

1120
3290

DM
CARV/A

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

1999/2001

TESE DE MESTRADO

**A relação sem afecto, a subjectividade sem
sujeito, a depressão sem objecto, o sonhador sem
sonho e o conflito sem solução: a expressão do
“mal psicossomático” em 2 casos clínicos**

António Neves Carvalho

Nº 1574



Reg. 15767
Data: 20.04.05
Registo: 5040
Centro de
Bibliotecas
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

ORIENTADOR: Prof. Doutor António COIMBRA DE MATOS

Agradeco

aos *doentes*, o voluntarismo, a participação interessada, os momentos agradáveis proporcionados,

à *Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de Diabetes e Nutrição*, do *Hospital de Santa Maria*, a todos que tão bem me receberam, integraram e trataram ao longo de mais de um ano, o apoio, a excelência na relação, as imagens e impressões que guardo,

a **todas as pessoas** do *Centro de Saúde da Sub -Região de Lisboa e Vale do Tejo*, desde o Director aos funcionários administrativos, aqui tratado de forma anónima por uma questão de confidencialidade dos dados, a confiança, a colaboração oferecida, o interesse,

ao *Dr. Rui Castro*, meu grande amigo, a amizade, a generosidade, a ajuda fundamental na compreensão da organicidade,

ao *Prof. Doutor Coimbra de Matos*, a inspiração, o conflito cognitivo provocado nas aulas de seminário de dissertação, a crítica que fez crescer o trabalho, a honra de orientar o trabalho e presidir ao Júri na defesa da tese, a amabilidade,

à *Prof. Doutora Sílvia Ouakinin*, a simpatia e o apoio desde o primeiro momento, a disponibilidade, o prazer de a conhecer,

aos restantes *membros do Júri* que amavelmente aceitaram o convite, valorizando e honrando muito este estudo com a sua presença,

a **todos** os que, dos muitos, de uma maneira ou de outra, me ajudaram,

uma palavra especial para a *Ana Rita* pela ajuda incondicional, os sacrifícios, o estímulo, a paciência infinita nem sempre fácil quando se lida com a angústia, grande, de alguém que, depois de quinze anos de compulsividade tabágica, procura agora, uma “*nova*” identidade sem nicotina, logo na altura de concretizar esta produção escrita, precisamente o exercício mais exigente para esta provação...

RESUMO

Relação. Esta é a palavra que melhor resume este trabalho.

A partir de algumas **teorizações em psicossomática**, nomeadamente o acervo clínico e científico presentes nas obras e pensamentos de *Sami-Ali* e de *Coimbra de Matos*, convocando o **método clínico de estudo caso** e recorrendo a instrumentos de recolha de dados de teor essencialmente **projectivo** - entrevista clínica não directiva, *Rorschach*, e desenho livre e desenho da figura humana - esta investigação procura, na **relação** - vinte sessões ao longo de um ano -, **pensar e tentar compreender o específico adoecer somático em duas pessoas com doença orgânica** - uma com **síndrome de Cushing** e outra com **diabetes mellitus tipo 1**.

Constitui-se, assim, como um **estudo de cariz marcadamente exploratório** - à custa das duas biografias -, naturalmente **subjectivo** e de **alguma profundidade**, a procurar situar-se **entre o biológico e o relacional**, mas a tender, por deformação, claramente para o **relacional**, insuficiência que se assume, mas que não se conforma em perder o biológico de vista, tentando compreender a relação entre a **doença, a pessoa e o seu "drama existencial"** no adoecer.

Os resultados colhidos e discutidos parecem confirmar o sempre **espectacular funcionamento psicossomático** e a **pálida personalidade psicossomática**, reflectindo-se, por último, nos principais marcadores de um e de outra e nas **implicações terapêuticas** deste conhecimento.

ÍNDICE

<i>Agradecimentos</i>	I
<i>Resumo</i>	II
<i>Índice</i>	III

INTRODUÇÃO.....1

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....5

1. AS PATOLOGIAS ORGÂNICAS EM ESTUDO	6
1.1. A Síndrome de Cushing	6
1.2. A Diabetes Mellitus Tipo 1 (Insulino-Dependente)	16
2. ENTRE O BIOLÓGICO E O RELACIONAL	24
2.1. A Psiconeuroimunologia	24
2.2. Os Ritmos Biológicos	30
2.3. O Ritmo, os Estádios e os Ciclos do Sono	33
2.4. As Relações Precoces	42
2.5. Ritmos e Patologias	46
3. A PSICOSSOMÁTICA	52
3.1. As Falas do Corpo	52
3.2. Revisitação da Evolução de Algumas Ideias	60
3.3. Em Torno do Modelo Multidimensional de Sami-Ali	65
3.4. A Teoria Psicossomática de Coimbra de Matos	79

II. PROBLEMÁTICA.....93

III. METODOLOGIA.....97

3.1. O MÉTODO CLÍNICO DE ESTUDO DE CASO	98
3.2. AMOSTRA	100
3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	102
3.3.1. A Entrevista Clínica Não Directiva	103
3.3.2. O Rorschach	107
3.3.3. O Desenho	114
3.4. PROCEDIMENTOS	119

IV. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.124

4.1. CASO CLÍNICO 1: ODETE	125
4.1.1. Descrição Geral do Caso	125
4.1.2. Dados Anamnésicos Recolhidos e Comentados	129
4.1.3. Tabela Síntese	172
4.1.4. Rorschach	176
4.1.5. Desenho Livre	184
4.1.6. Desenho da Figura Humana	186
4.1.7. Síntese Conclusiva do Caso	188

4.2. CASO CLÍNICO 2: FRANCISCO	197
4.2.1. Descrição Geral do Caso	197
4.2.2. Dados Anamnésicos Recolhidos e Comentados	203
4.2.3. Tabela Síntese	244
4.2.4. Rorschach	248
4.2.5. Desenho Livre	258
4.2.6. Desenho da Figura Humana	260
4.2.7. Síntese Conclusiva do Caso	263

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....271

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....279

ANEXOS.....288

Anexo 1: Caso Odete - Cronologia das Sessões

Anexo 2: Caso Odete - Sessões

Anexo 3: Caso Odete - Genograma

Anexo 4: Caso Odete - *Rorschach* e Psicograma

Anexo 5: Caso Odete - Desenho Livre

Anexo 6: Caso Odete - Desenho Figura Humana

Anexo 7: Caso Francisco - Cronologia das Sessões

Anexo 8: Caso Francisco - Sessões

Anexo 9: Caso Francisco - Genograma

Anexo 10: Caso Francisco - *Rorschach* e Psicograma

Anexo 11: Caso Francisco - *Desenho Livre*

Anexo 12: Caso Francisco - *Desenho Figura Humana*



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Ao longo do seu processo evolutivo as ciências médicas e humanas **interrogam-se sobre a doença e sobre o adoecer**, procurando-lhes um **sentido** e interrogando-se sobre a **melhor aplicação das teorias, métodos e técnicas** do, já crescido, edifício científico entretanto construído.

Naturalmente, a **psicossomática** não foge a este caminho, tentando, também, contribuir para o inevitável **“combate” à doença, à dor e ao sofrimento humanos**, constituindo-se paulatinamente como uma disciplina científica cada vez mais emergente.

Enfrentando e assumindo a complexidade que qualquer abordagem holística encerra, procura **acrescentar mais algumas peças ao estudo e compreensão do gigantesco e complexo “puzzle” que é o ser humano**.

Perfilhando este movimento e trajecto, procura *“pensar o somático”* na dupla, e complexa, **relação entre o biológico e o relacional**, entendendo o sujeito como uma **unidade psicossomática** e encarando a patologia orgânica a partir de uma **causalidade circular ou espiral** - íntimo interface entre organicidade, acontecimentos de vida, funcionamentos e situações conflituais, entre outros -, assumindo, assim, a insuficiência dos modelos psicogénicos de somatização, caracterizados basicamente por uma causalidade de tipo linear.

Acredita-se que, nesta organicidade psicossomática, todas as dimensões da construção humana nascem a partir do corpo e da experiência corporal e que

tudo é relacional desde a concepção, ou seja, **o relacional e o biológico são dois aspectos complementares de uma mesma realidade**, daí o alcance da expressão *“pensar o corpo”*.

O **exercício original da psicossomática de pensar o adoecer somático** - nesta unidade complexa e dinâmica - deve convocar todos os marcadores, circunstâncias e eventuais determinantes da história de vida da pessoa, como por exemplo: a genética, os ritmos corporais e biológicos, a relação e o afecto, a organização do tempo e do espaço, a imunidade, os acontecimentos de vida, o funcionamento, o comportamento latente e manifesto, a identidade, o sonho, o recalçamento, a agressividade, entre outros.

As tendências actuais das ciências médicas, neurológicas, psicológicas, biológicas, e outras afins, como as neurociências, catapultadas, também, pelo extraordinário desenvolvimento tecnológico, continuam a caminhar no sentido das especializações e microespecializações, certamente, ainda, por necessidade de crescimento do corpo científico que lhes permita compreender, explicar, intervir, prever e, essencialmente, controlar um cada vez maior número de situações e fenómenos que nos inquietam.

Contudo, esta atomização do campo de estudo e de intervenção, sendo compreensível, e mesmo indispensável, pode, também, encerrar riscos elementares graves no tipo de abordagem à pessoa com doença - muitas vezes, **perde-se a unidade e não se consegue ver a doença como uma face da patologia da pessoa**.

Conscientes da dificuldade do “*empreendimento*” e do vastíssimo campo de estudo que o envolve, o trabalho que agora se apresenta procura, ainda assim, de uma forma **marcadamente exploratória**, pensar o específico adoecer somático em duas pessoas com doença orgânica – uma com síndrome de Cushing e outra com **diabetes mellitus tipo 1**; repita-se específico porque é o delas, o de outras pode ser totalmente diferente, inclusivamente nas mesmas patologias, claro.

Assim, com este propósito, procurar-se-á, acima de tudo - mesmo sabendo que não se pretende dividir mas antes unificar - **compreender o relacional** – é esse o nosso modesto contributo, aquilo que nós podemos oferecer – e, sempre que possível, espreitar o biológico que não pretendemos perder de vista.

Esta investigação é essencialmente um **trabalho de relação** – aqui sim, estamos seguros em afirmar que é uma investigação de **matriz marcadamente relacional**, tal o apelo proposto pela metodologia utilizada.

Por fim, como a maioria das investigações com este desenho metodológico, o tratamento dos dados de um **trabalho que apela à relação** recorre invariavelmente à **interpretação**, assumindo-se, assim, toda a **subjectividade científica** que a encerra – subjectividade científica porque acreditamos que continua a haver espaço na ciência para a subjectividade.

I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

AS PATOLOGIAS ORGÂNICAS EM ESTUDO

- A Síndrome de Cushing
- A Diabetes Mellitus Tipo I (Insulino-dependente)

ENTRE O BIOLÓGICO E O RELACIONAL

- A Psiconeuroimunologia
- Os Ritmos Biológicos
- O Ritmo, os Estádios e os Ciclos do Sono
- As Relações Precoces
- Ritmos e Patologias

A PSICOSSOMÁTICA

- As Falas do Corpo...
- Revisitação da Evolução de Algumas Ideias
- Em Torno do Modelo Multidimensional de Sami-Ali
- A Teoria Psicossomática de Coimbra de Matos

1. AS PATOLOGIAS ORGÂNICAS EM ESTUDO

1.1. A SINDROME DE CUSHING

Não se constituindo como uma doença com o historial, por exemplo, da diabetes, é, ainda assim, longo e sinuoso o trajecto na história do conceito da *Doença de Cushing*, primeiro, e depois do *Síndrome de Cushing*, feito de confirmações e infirmações, como a maior parte das histórias científicas.

Mas porque a história é importante, façamos uma “viagem” muito rápida.

Começamos com uma curiosidade: entre a data da descrição original do quadro clínico que viria a ficar conhecido como **Síndrome de Cushing** e a do relato de que era possível localizar as supra-renais e avaliar a sua função, utilizando o iodocolesterol marcado, decorreram sessenta anos.

A **Síndrome de Cushing** tem sido vista como o conjunto de anomalias clínicas e metabólicas provocadas essencialmente por **hipercortisolismo crónico**, enquanto a expressão **Doença de Cushing** usava-se exclusivamente para a variante etiológica que se demonstrava relacionada com uma **disfunção do sistema nervoso central (SNC) e/ou tumor hipofisário** e que, por não se acompanhar de tumor supra-renal, tem sido, ao longo dos últimos anos, designada por **hiperplasia supra-renal bilateral**. O termo tornou-se clássico mas pode tornar-se incorrecto porquanto nem sempre tal hiperplasia ou hipertrofia podem ser demonstradas. Os estudos científicos apontavam para

uma incidência de cerca de sessenta por cento entre as variantes etiológicas do SC.

Aquilo que hoje parece redundante repetir – que a **Doença de Cushing** resulta essencialmente de um hipercortisolismo crônico – não era ainda reconhecido em 1912, ano em que *Cushing* descreveu pela primeira vez a doença.

Começando por atribuir uma origem pluriglandular, vinte anos mais tarde vem defender que ela seria devida a um adenoma basófilo da hipófise, muito provavelmente o responsável pela hiperplasia supra-renal (*Collaço, 1980*).

Embora já em 1924, Itsenko tivesse levantado pela primeira vez a hipótese de uma etiologia hipotalâmica para um síndrome de características muito semelhante às do descrito por *Cushing*, a verdade é que este conceito de basofilismo hipofisário, constitui-se como um dos temas de mais prolongado debate na história mais recente da endocrinologia (*Collaço, 1980*).

Em 1944, *Heinbecker* revendo os achados de necrópsias chamou a atenção para certas alterações dos núcleos paraventriculares do hipotálamo, sugerindo uma sede «*mais alta*» para a etiologia da doença (*Collaço, 1980*).

Em 1949 *Kepler e colaboradores*, a propósito de um caso de **Síndrome de Cushing** por tumor na supra-renal, demonstraram a reprodutibilidade do quadro por administração de cortisona (isolada nessa década) e insistiram sobre se o hipercortisolismo não seria sempre primitivo; a favor desta hipótese, constatava-se, em 1956, que as lesões hipotalâmicas e a hialinização das células

hipofisárias descritas por *Crooke* na *Doença de Cushing* eram afinal consequência e não causa do hipercortisolismo. Mas já por esses anos, as descritas curas da doença por irradiação da hipófise e por hipofisectomia levavam a crer que a origem da doença se situava nesta glândula (*Collaço, 1980*).

Contudo, só no início da década de sessenta, os resultados obtidos no chamado estudo dinâmico da função supra-renal utilizando ACTH e metopirona, permitiram a *Liddle* demonstrar que a **origem do hipercortisolismo não era única e que o Síndrome resultava de situações agora mais facilmente classificáveis de primárias ou secundárias conforme a doença se originava na supra-renal ou fora dela** (*Collaço, 1980*).

Nesta última circunstância, a forma correspondente à **Doença de Cushing** com hiperplasia supra-renal bilateral e a demonstração de que doses de dexametasona (embora) mais altas que as habituais são (ainda) capazes de frenar a secreção de cortisol, valia como prova de que o *feedback* hormonal estava mantido e a demonstração de que a metopirona, bloqueando a síntese de cortisol e despertando o consequente estímulo à secreção de ACTH, provocava uma secreção de corticosteróides mais viva do que a habitualmente obtida, provando não só que a função supra-renal se mantinha subsidiária do estímulo corticotrófico, mas ainda a maneira excessiva como se lhe mostra sensível (*Collaço, 1980*).

Pelo contrário, nas situações de hipercortisolismo primitivo, correspondentes ao **Síndrome de Cushing** por tumor na supra-renal, comprovava-se: (1) que o mecanismo de acção da dexametasona não lhe

permitia interferir na secreção de ACTH, de maneira a influenciar o grau de corticoidogénese; (2) que o mecanismo de *feedback* hormonal despertado pela metopirona não chegava a ter tradução laboratorial e (3) que o próprio efeito do ACTH era nulo – tudo isto sugerindo a autonomia funcional do córtex (Collaço, 1980).

A hipótese da neuro-secreção formulada por Harris (1955, citado por Collaço, 1980) e segundo a qual a função da hipófise anterior seria controlada por neuro-hormonas hipotalâmicas transportadas nos vasos porta-hipofisários ficaria definitivamente demonstrada, no que se referia à ACTH, quando em 1955 se verificou que extractos crus hipotalâmicos são capazes de estimular especificamente a secreção desta hormona, **tornando mais bem conhecidos os mecanismos da secreção da ACTH** e podendo, na altura, dizer-se que o seu **nível circulante é regulado por três sistemas** que, sumariamente, se podem descrever desta forma:

1. Um **reflexo de origem nervosa** centrado sobre a zona da eminência média e do hipotálamo anterior que «segrega» CRF, e responsável pelo surto de secreção de ACTH em resposta a vários tipos de stress psíquico ou físico;

2. Um **ritmo circadiano**, com um zénite por volta das 08h00 e um nadir cerca das 0h00, precocemente adquirido mas adaptável, dentro de certos limites, ao regime do sono/vigília e ao regime luz/obscuridade. À parte circunstâncias excepcionais – cegueira, stress prolongado,... – o ritmo está afectado na *Doença de Cushing* e em doenças cujo processo orgânico atinge as estruturas da área límbico-hipotalâmica;

3. Um sistema de *feedback* hormonal que automaticamente corrige desvios do nível circulante de cortisol pelo ajustamento correspondente da secreção de ACTH, ou que automaticamente corrige o nível circulante da ACTH pelo ajustamento correspondente da secreção de CRF (Collaço, 1980).

Atalhando e procurando rematar, também as respostas a algumas, outras, “*questões existenciais*” sobre a **enigmática Doença de Cushing** - por exemplo, **saber se a Doença de Cushing resulta do excesso de ACTH circulante**, laboratorialmente confirmado, **resolver a questão do tumor hipofisário** nesta doença, ou responder à especulação entretanto criada sobre a **etiologia auto-imune da Doença de Cushing** -, permitiram, hoje, avançar com a informação que, de seguida, se apresenta sobre o essencial da **etiologia e sintomatologia da Síndrome de Cushing**, **diagnóstico** e, porque não, respectivo **tratamento**.

Incluída na secção da endocrinologia e metabolismo, ou nas **afecções endócrinas**, e, numa malha mais fina, nas **doenças do córtex supra-renal**, a **Síndrome de Cushing resulta da hiperfunção da glândula supra-renal** e pode ser descrito assim:

«*A Síndrome de Cushing é causada pela produção excessiva de cortisol (e de outras hormonas) pelo córtex supra-renal. Algumas manifestações frequentes (obesidade de tipo central, hipertensão, osteoporose, diminuição da força muscular, labilidade emocional e diabetes mellitus) são inespecíficas e podem, ou não, serem úteis para o diagnóstico. Nos achados de maior utilidade incluem-se as equimoses fáceis, as estrias*

cutâneas típicas, a miopatia, a deposição de gordura na face e áreas interescapulares (face de lua cheia e bossa de búfalo) e a virilização.» (Fauci et al., 1999, p. 936).

Dito de uma forma mais simples, a **Síndrome de Cushing** é uma doença determinada pelo **aumento ou secreção excessiva de cortisol**, hormona produzida pelas glândulas supra-renais, mas que emerge ou decorre pela **utilização excessiva desta e de outras hormonas esteróides**.

A causa mais frequente do **excesso de glucorticóides** é a administração iatrogénica. A **produção excessiva de cortisol pela supra-renal** é geralmente devida a uma hiperplasia supra-renal bilateral secundária à hipersecreção hipofisária de ACTH (doença de Cushing) ou à produção de ACTH por tumores não endócrinos - carcinomas pulmonar de pequenas células, carcinoma medular da tiróide ou tumores do timo, pâncreas ou ovário (Fauci et al., 1999).

Os níveis de cortisol plasmático e de 17 -hidroxicorticosteróides e cortisol livre urinários estão elevados. A hipocaliemia, a hipoclormia e a alcalose metabólica são proeminentes, particularmente na produção ectópica de ACTH (Fauci et al., 1999).

Por outras palavras: a **Síndrome de Cushing** pode ser ocasionada por um **tumor na glândula pituitária - doença de Cushing -**, um **tumor na glândula supra-renal**, ou um **outro qualquer tumor - Síndroma Ectópico de Cushing -**, ou, ainda, pela utilização prolongada de corticosteróides - medicamentos utilizados frequentemente no tratamento de algumas doenças como por exemplo a Artrite Reumatóide e a Asma.

Em mais de 60% dos casos, a **doença de Cushing** é a **causa mais comum** desta **síndrome**, provocada, como se referiu, pela **produção excessiva da hormona adrenocorticotrópica - ACTH** - pela **glândula pituitária**; ACTH, que, por sua vez, como vimos, vai estimular a **produção de cortisol pelas glândulas supra-renais** e **determinar a Síndrome de Cushing**.

Quanto ao **diagnóstico de doença de Cushing** endógena requer a demonstração da produção aumentada do cortisol e da incapacidade de suprimir normalmente a secreção do cortisol pela dexametasona. No rastreio inicial é adequado utilizar o teste de administração nocturna da dexametasona ou a determinação do cortisol livre na urina de vinte e quatro horas (*Fauci et al., 1999*).

O **diagnóstico definitivo** é estabelecido pela demonstração da incapacidade de suprimir o cortisol urinário para $< 30\mu\text{g}/\text{d}$ ou o cortisol plasmático para $< 5\text{mg}/\text{dL}$ após a administração de 0,5mg de dexametasona, 6-6 h, durante 48 h (*Fauci et al., 1999*).

Depois de se estabelecer o diagnóstico, são **necessários testes adicionais para determinar a etiologia da doença**. Baixos níveis plasmáticos de ACTH sugerem um adenoma ou carcinoma supra-renal; níveis plasmáticos elevados de ACTH e supressão supra-renal por altas doses de dexametasona indicam um microadenoma da hipófise produtor de ACTH. Os macroadenomas hipofisários secretores de ACTH e as fontes ectópicas de ACTH não são suprimidos por doses elevadas de dexametasona, sendo necessário diferenciá-los através de exames imagiológicos (*Fauci et al., 1999*).

O **essencial do diagnóstico** pode ser dado pelas seguintes dimensões sintomatológicas (*Tierney et al, 2003*):

- Fraqueza, atrofia muscular, aumento de peso, obesidade central, psicose, hirsutismo, acne, irregularidade menstrual, hipogonadismo;
- Hipertensão, face em lua cheia, corcunda de búfalo, pele fina, equimoses fáceis, estrias violáceas, má cicatrização de feridas, osteoporose;
- Hiperglicemia, glicosúria, leucocitose, linfocitopenia; eventual hipocaliemia com secreção ectópica de ACTH;
- Cortisol plasmático e cortisol livre urinário elevados; não supressão do cortisol plasmático com dexametasona exógena;
- Concentração normal ou alta de ACTH indica doença de Cushing, ACTH-dependente (adenoma hipofisário ou síndrome de ACTH ectópica); concentração baixa de ACTH indica tumor supra-renal;
- TAC ou RMN revelarão tumor supra-renal, quando presente.

O **diagnóstico diferencial** “obriga-nos” o olhar atentamente para, entre outros, o alcoolismo crónico, a depressão, a diabetes mellitus, a administração exógena de glucocorticóides e a obesidade grave.

Por fim, o **tratamento** do adenoma ou carcinoma supra-renal requer exploração e excisão cirúrgicas, enquanto os carcinomas supra-renais metastáticos e irrissecáveis são tratados com mitotano e a cirurgia transesfenoidal pode ser curativa na hipersecreção hipofisária de ACTH. A

redução do carcinoma pulmonar ou a ressecção de tumores carcinóides podem resultar na remissão de doença de Cushing ectópica (Fauci et al., 1999).

Procurando clarificar, o tratamento depende da causa da perturbação, por exemplo: quando a Síndrome de Cushing surge devido às terapias medicamentosas que contém corticosteróides, o médico deve suprimi-las lentamente; se a doença de Cushing resultar de um tumor na pituitária, esse tumor deve ser retirado cirurgicamente; por vezes também é necessária radioterapia; após a cirurgia, em alguns casos ao longo da vida, também se pode aplicar uma terapia de reposição de hidrocortisona.

Quando a **Síndrome de Cushing** resulta de um **tumor da supra-renal**, o tratamento também consiste numa **remoção cirúrgica do tumor**. Nos casos em que a cirurgia não é possível, existem alguns medicamentos que podem suprimir a secreção de cortisol.

A **remoção cirúrgica** também se constitui como a melhor forma de tratamento nos casos em que a Síndrome de Cushing resulta de um tumor que segrega ACTH.

A **terapia de substituição de cortisol** prescreve-se depois da cirurgia até que se reinicie a produção de cortisol. Em alguns casos, a terapia com medicamentos de cortisona é necessária ao longo da vida.

A remoção do tumor pode levar à recuperação total mas existe sempre a possibilidade de um novo tumor. Os indivíduos com tumores ectópicos podem sobreviver dependendo do resultado total associado com cada tipo de tumor.

Na ausência de tratamento a Síndrome de Cushing pode ser mortal.

Como complicações habitualmente associadas ao síndrome de Cushing destacam-se as seguintes: **diabetes mellitus; tensão arterial elevada; hirsutismo; obesidade mórbida; infecções graves; fracturas devida a osteoporose; cálculos renais e crescimento do tumor pituitário.**

1.2. DIABETES MELLITUS TIPO 1 (INSULINO-DEPENDENTE)

É uma **doença conhecida há muito tempo**: foi identificada na Grécia Antiga e, desde logo, designada por **Diabetes**.

«A polidipsia e a poliúria levaram à analogia com o aqueduto ou sifão, ambos em gregos chamados “diabetes” e, assim, no século II antes de Cristo, Demétrio de Apamea deu-lhe o nome e Apolónio de Menfis definiu-a como uma doença do “corpo como um aqueduto” percorrido por abundante água entrada pela boca e saída como urina. Isto em contraste com “outra polidipsia em que a água era retida”.» (Lisboa, E., 1997, p. 19).

Contudo, só quatro séculos depois é que a caracterização clínica da Diabetes foi descrita e definida por *Areteo de Capadócia*, assim: *«A Diabetes é uma doença invulgar e intrigante. Os doentes sofrem uma sede insaciável mas urinam ainda mais do que bebem. Isto, porque a carne e os membros se fundem e desfazem em urina. A emaciação cedo se torna severa e a morte sobrevém rapidamente após uma vida dolorosa e miserável.»*.

Segundo Eurico Lisboa (1997, p. 19), *«(...) Areteo de Capadócia define o síndrome completo e, até, dele dá uma interpretação patogénica que hoje sabemos verdadeira: poliúria, polidipsia e emagrecimento progredindo inevitavelmente para a morte em emaciação “como se a carne e os membros se fundissem e desfizessem em urina...”. São a lipólise e a miólise hoje bem reconhecidas como resultantes da insulinopénia e a consequência inevitável do balanço energético negativo da diabetes descompensada.»*.

Apesar de conhecida há tanto tempo, só no século XX, mais precisamente em 1921/1922, *Banting e Best* descobrem a **insulina** e com ela emerge uma verdadeira **revolução nas formas de tratar e controlar a doença**. Contudo, ao contrário do que se poderia pensar na altura, a insulina não foi a panaceia para todo o mal diabético ou dele resultante, muito embora ajudasse a salvar a vida a muitos doentes.

A caminho de um século sobre a descoberta da insulina, a **diabetes mellitus** representa um **grave problema de saúde pública** amplamente reconhecido, também, pela *Organização Mundial de Saúde (O.M.S.)*. Na sua 42^a Assembleia Geral desta Organização declarou-se: «*A Diabetes Mellitus é um grave e crescente problema de saúde na Europa, um problema de todas as idades e de todos os países. É causa de doenças prolongadas, morte prematura e ameaça para, pelo menos, 10 milhões de europeus.*». Excerto da *Declaração de St. Vincent, 1989*.

Calcula-se que este problema “major” de Saúde Pública possa atingir, dentro de vinte anos, cerca de **250 milhões de pessoas em todo o mundo**. Em **Portugal** estima-se que existam cerca de **500 mil diabéticos**, muitos deles ainda por diagnosticar, e a continuar a tendência actual acredita-se que, dentro do mesmo período, os números podem atingir aos 700 mil.

Procurando definir, a designação *Diabetes Mellitus* descreve uma desordem metabólica de **etiologia multifactorial**, caracterizada basicamente por uma hiperglicémia crónica com perturbações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou na

acção da insulina, ou de ambas, ou seja, a diabetes é uma **doença endócrina e metabólica** que resulta do mau funcionamento do pâncreas.

Dito de outra forma: «*a Diabetes é um síndrome caracterizado por uma deficiente insulino-secreção, relativa ou absoluta, a que se podem associar graus variáveis de insulino-resistência, resultando na hiperglicemia crónica e alterações do metabolismo dos lípidos e proteínas. A hiperglicemia crónica é o principal factor patogénico, responsável não só pelo quadro sintomático clássico (poliúria, polidipsia, perda de peso), como também, e ao longo do tempo, pela lesão dos tecidos e órgãos com conseqüente aparecimento das complicações tardias, sobretudo vasculares (Macro e Microangiopatia), que conferem a este síndrome alta mortalidade e morbidade.*» (Lisboa, M. & Duarte, R., 1997, p. 43).

A maioria das vezes, os **sintomas da diabetes mellitus** são controláveis – em determinada fase pode até ser assintomática, quer isto dizer que pode existir uma hiperglicemia suficiente, durante muito tempo, para causar alterações patológicas e funcionais antes do diagnóstico -, contudo **existem efeitos que podem provocar estragos, disfunções e mesmo falência de vários órgãos.**

Como se referiu, a longo prazo, os efeitos da *diabetes mellitus* podem conduzir ou influir, por exemplo, no desenvolvimento das complicações específicas da **retinopatia diabética**, com potencial cegueira, na **nefropatia**, até à insuficiência renal, na **neuropatia**, com risco de ulcerações e amputações, na **disfunção sexual**, na **doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular**, entre outras – diga-se, ainda, que a *diabetes mellitus* está

entre as sete principais causas de morte e é a maior responsável pela cegueira adquirida.

A classificação da Diabetes, baseada essencialmente em critérios clínicos como os que foram aludidos, continua a ser alvo de **forte contestação e controvérsia**. A **classificação actual** – segundo o que se sabe prestes a ser revista, em resultado das novas propostas de um grupo de trabalho da O.M.S. constituído com a finalidade de rever os critérios de diagnóstico e classificação da **Diabetes Mellitus**, dando particular ênfase à sua **etiopatogenia** – foi adoptada em 1980 pela O.M.S. com posterior revisão em 1985.

No essencial, destacam-se as seguintes **três classes clínicas**: (1) **Diabetes Mellitus**; (2) **Tolerância Diminuída à Glucose**; (3) **Diabetes Mellitus Gestacional**. Na primeira classe, aparecem, entre outras formas secundárias e a forma relacionada com a má nutrição, a **Diabetes insulino-dependente (tipo 1)** e **Diabetes não insulino-dependente (tipo 2)**.

Na linha dos interesses da investigação, vamos apenas focalizar a atenção sobre o caso da **Diabetes insulino-dependente (tipo 1)**.

Em torno de alguns resultados que ajudam à caracterização geral deste tipo de **Diabetes Mellitus**, parece-nos interessante avançar com os seguintes dados:

- Representa aproximadamente **10% do total de casos de Diabetes**;
- Pode ocorrer em qualquer idade mas, da percentagem anterior, **metade desenvolve a doença antes dos vinte anos**;

- Parece apresentar valores de maior prevalência nas idades relacionadas com os inícios da escolaridade e da puberdade;
- Apresenta-se de formas distintas nos vários grupos etários;
- Na população em geral, só cerca de 10% dos casos de Diabetes insulino-dependente (DID) apresentam antecedentes familiares deste tipo de doença;
- A incidência da DID tem vindo a aumentar.

A forma de apresentação clássica, a habitualmente observada na infância e na adolescência, caracteriza-se pelo **repentino aparecimento de sintomas** – nomeadamente **poliúria, polidipsia e perda de peso** – num quadro clínico de **rápido agravamento**, acompanhado frequentemente por **alterações metabólicas que podem levar à cetose, ao coma e à morte**.

«A exuberância do quadro inicial denuncia a existência de uma insulinopénia absoluta e obriga por esse facto à instituição de insulino-terapia, muitas vezes “lifesaving”, no momento do diagnóstico.» (Lisboa, M. & Duarte, R., 1997, p. 45).

As causas da **diabetes mellitus tipo 1**, ou diabetes insulino-dependente, ainda não são bem conhecidas, contudo, sabe-se que, em parte, é o próprio sistema de defesa do organismo que ataca as suas próprias estruturas, conduzindo à sua destruição.

Com efeito, este tipo da doença tem a sua **etiopatogenia** assente num **processo auto-imune** dirigido contra as células beta dos ilhéus pancreáticos, de *Langerhans*, com conseqüente deficiência de insulina necessária à sobrevivência.

O conhecimento sobre este processo, mediado por **imunidade humoral e celular**, parece desencadear-se em determinadas condições: *«Em indivíduos geneticamente susceptíveis (...) a interacção de factores ambientais desconhecidos (vírus...) conduz a um processo auto-imune com destruição das células B do pâncreas e insuficiente produção de insulina com conseqüente insulinopénia absoluta.»* (Lisboa, M. & Duarte, R., 1997, pp. 44-45).

A conhecida caracterização do **tipo 1** identifica o processo auto-imune que conduz à destruição celular. A **auto-imunidade humoral está bem demonstrada** através da presença de vários auto-anticorpos contra constituintes dessas células beta dos ilhéus pancreáticos: *«A fase pré-diabética, onde a agressão auto-imune do pâncreas ainda não se faz acompanhar de manifestações clínicas, tem uma duração variável, podendo prolongar-se por vários anos. Este período é marcado pelo aparecimento de vários anticorpos dirigidos contra constituintes das células B dos ilhéus, incluindo os anticorpos anticélulas dos ilhéus (ICA), anti-insulina (IAA) e anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD). Actualmente, o Anti-GAD é considerado o marcador de auto-imunidade mais importante na DID.»* (Lisboa, M. & Duarte, R., 1997, p. 45).

Ficamos, assim, também a saber que uma pessoa com um processo de tipo 1 pode estar **metabolicamente normal** antes da doença se manifestar clinicamente, **mas o processo auto-imune das células B pode estar a decorrer e mesmo ser detectado**: *«Entre o início do processo auto-imune e as manifestações clínicas da doença decorre um período prodrómico mais ou menos prolongado (período de latência), durante o qual são detectáveis alterações imunitárias, nomeadamente os*

autoanticorpos ICA. (...) Podemos supor pois, uma sequência etiopatogénica começando numa reacção auto-imune indolente dirigida contra as células beta pancreáticas, exacerbada por uma infecção viral intercorrente, desembocando numa hiperglicémia mais ou menos aguda com as manifestações clínicas da DID (as quais só aparecem quando há destruição de cerca de 80% das células beta).» (Góis, 1999, p. 9).

Segundo Santiago et al., (1992, citados por Góis, 1999, p. 9): «Nas crianças e adolescentes com um diagnóstico de DID, a recuperação dessa mesma infecção poderia restaurar a secreção de insulina a um ponto tal que permitiria a independência da insulina exógena por um período relativamente prolongado (“honeymoon period”). De facto, o tratamento com imunossuppressores ou a administração de insulina em doses baixas (provavelmente por induzir fenómeno de tolerância ou aquietar o processo auto-imune) permitiu alargar temporalmente esta fase.».

Actualmente, multiplicam-se as **investigações em psicossomática** à volta da **Diabetes Mellitus insulino-dependente**, onde parece fazer cada vez mais sentido a recorrer à **perspectiva psiconeuroimunológica**.

Existe mesmo o caso da **Diabetes lábil** em que alguns estudos apontam para o reconhecimento de uma **etiopatogenia múltipla**: fisiológica e psicológica, nomeadamente. Por outro lado, a “*diabetes lábil*” é uma entidade que melhora e pode mesmo **remitir espontaneamente a partir dos vinte ou trinta anos do doente**.

Em suma, muitos casos estudados de diabetes mellitus têm vindo a revelar-se um ponto de encontro de diversas etiopatogenias e evoluções,

subsidiárias de explicações complexas e tendencialmente integradoras de **modelos psicossomáticos e bio-psico-sociais.**

2. ENTRE O BIOLÓGICO E O RELACIONAL

2.1. A PSICOIMUNOLOGIA

Em meados dos anos setenta, o psicólogo americano *Robert Ader* desenhou e operacionalizou uma investigação com ratos procurando saber se estes podiam aprender a responder com aversão a uma solução de água com sacarina, de acordo com os princípios do condicionamento clássico ou *Paoloviano*.

Neste sentido, administrou água com sacarina aos ratos e, de imediato injectou-lhes uma droga causadora de náuseas – a ciclofosfamida. Como seria de esperar, ocorreu uma resposta condicionada, ou seja, a ingestão de sacarina provocava nos ratos uma reacção semelhante à da droga.

O investigador tinha conhecimento de que, para além da indução de náuseas, a ciclofosfamida também suprime o sistema imunitário. Desta forma, para não influir na saúde dos ratos, *Ader* teve a preocupação de injectar doses mínimas desta substância.

No entanto, ao longo da investigação observou-se um facto surpreendente: alguns ratos morreram após nova ingestão de sacarina. Esta mortalidade variava directamente com a quantidade de sacarina ingerida, ou seja, quanto maior a dose de sacarina, maior a mortalidade.

Ader percebeu que a sacarina não só condicionava a indução de náuseas como também condicionava a imunossupressão, dito de outra forma, de cada vez que o animal era novamente exposto à sacarina ocorria uma resposta imunossupressora condicionada, situação que conduzia à debilitação do sistema imunológico dos ratos, e, por conseguinte, ao aumento da susceptibilidade à doença.

Em síntese, «A importância destes estudos deriva do facto de terem demonstrado que os processos de aprendizagem podem influenciar as respostas imunológicas, e que existe uma relação entre o sistema nervoso e o sistema imunológico. Antes destas experiências, a ideia dominante nos meios científicos era que o sistema imunológico seria autónomo, sem relação com os sistemas nervoso e endócrino. Depois das investigações de Ader e de muitas outras realizadas na década de oitenta, concebe-se os sistemas imunológico, endócrino e nervoso em interacção, influenciando-se reciprocamente. O reconhecimento desta interacção deu origem a uma nova disciplina científica, a *Psiconeuroimunologia*» (Ader, 1991; Ader, Felten e Cohen, 1990, todos citados por Reis, 1998, pp. 72-73).

Com efeito, as teorizações resultantes das novas investigações proporcionaram a **compreensão do sistema imunológico como um mediador das relações do sujeito consigo e com o meio exterior a si, envolvendo-se, assim, na manutenção da integridade corporal e na vida de relação do organismo, operando, como foi antedito, numa íntima relação com o sistema nervoso e o sistema endócrino.**

Segundo Ouakinin (1999): «A compreensibilidade das relações entre factores de nível psicológico e o equilíbrio homeostático do organismo ou a génese e evolução da doença, assentará provavelmente no conhecimento de uma rede complexa de interações entre o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunitário» (p. 91).

Neste sentido, um estudo de Klapp e Col. (1992, citados por Ouakinin, 1999), na linha de outros, anunciam mesmo os termos de linhas futuras de investigação, «(...) a importância de uma avaliação quantitativa e funcional no que diz respeito ao sistema imunitário. Nas dimensões psicológica e social do comportamento é de salientar a necessidade de integrar dados da história biográfica, da personalidade, de nível cognitivo e afectivo, bem como acontecimentos de vida marcantes.» (pp. 92).

Por aqui, a interrogação seguinte pareceu incontornável?: **Como pensar e desenhar esta complexa interacção entre os sistemas orgânicos e as variáveis exteriores a eles?**

Besedowski (1992, citado por Ouakinin, 1999) «...propõe a integração destes diferentes níveis de acordo com um padrão de comunicação em rede com múltiplas interações possíveis, a que chama a Rede Imuno-Neuro-Endócrina» (p. 92).

Ainda segundo Ouakinin (1999, p. 93), «Nesta complexa rede de interações com vias aferentes, eferentes e sinais reguladores entre o sistema neuroendócrino e o sistema imunitário, podemos pensar a influência do stress e de algumas perturbações psiquiátricas sobre a função imunitária como um conjunto de alterações na rede, ajustadas às modificações do próprio organismo quer no sentido de manter a homeostasia quer em situações de ruptura desse equilíbrio».

Com efeito, inúmeras investigações confirmaram, com superlativo significado clínico, **relações entre estados emocionais e alterações do sistema imunitário**, isto é, os processos psicológicos podem influenciar o sistema imunológico, mas a influência acontece também no sentido inverso, ou seja, alterações do sistema imunitário podem provocar alterações emocionais e comportamentais.

Na continuidade, a corporalização da literatura científica posterior, em resultado de várias evidências experimentais, aponta para uma **complexa relação entre o sistema imunitário, o sistema endócrino e o sistema nervoso central**, agrupada em torno de **três eixos** (*Maier e Watkins, 1998* citado por *Ouakinin, 1999*): (1) o **primeiro eixo** é representado pelo sistema nervoso autónomo e pela sua acção sobre órgãos do sistema imunitário; (2) o **segundo eixo** é representado pelo eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal; (3) e um **terceiro eixo** representado por substâncias produzidas pelo sistema imunitário que actuam sobre o sistema nervoso e sobre o sistema endócrino, processo onde se destaca o papel das citocinas (*Ouakinin, 1999*).

Sobre o **funcionamento do sistema imunológico** importa acrescentar, de forma breve, que a resposta imunitária inclui dois tipos gerais: a **imunidade inata ou não específica** e a **imunidade adquirida ou específica**. A **imunidade não específica** permite uma primeira linha de defesa do organismo contra infecções ou lesões dos tecidos e envolve diferentes mecanismos e tipos de células, enquanto a **imunidade específica** requer uma capacidade de aprendizagem e memorização por parte das células envolvidas. Este tipo de

resposta revela uma coordenação singular e, por isso, especial entre os diferentes tipos de células, emergindo as **citoquinas** como os mediadores da comunicação entre as células que, de alguma forma, coordenam estas complexas interações (*Ouakinin, 2000*).

Com padrões heterogêneos, as **citoquinas** assumem diferentes implicações na resposta imunológica, com consequências determinantes não só no **controle de doenças infecciosas**, mas envolvidas também, sabe-se hoje, na **regulação homeostática**, funcionando como **mediadores da comunicação entre o sistema imunitário, o sistema nervoso central e periférico e o sistema endócrino**, sendo sintetizadas em diferentes locais do organismo, para além das células do sistema imunitário (*Ouakinin, 2000*).

Entretanto, não esquecer que de entre todas as complexas operações do sistema imunitário, é absolutamente crucial que este se **mantenha benigno relativamente às células do próprio organismo, designadas por Si**, enquanto deve **reagir energeticamente contra aquelas que reconhece como estranhas ou invasoras, designadas por Não Si**.

Esta **capacidade do sistema imunitário em reconhecer e distinguir o Si do Não Si** é, naturalmente, de vital importância para toda a estrutura em análise, encontrando-se a comunidade científica à procura de produzir respostas mais satisfatórias sobre um processo, controverso, responsável pela chamada **doença auto-imune**, ou seja, entre o **interior e o exterior**, entre o **genético e o ambiental**, ou entre o **biológico e o relacional**, o que é que determina, por exemplo, na **Diabetes insulino-dependente**, a **confusão no**

sistema imunitário que leva os linfócitos T a atacar as suas próprias estruturas e destruírem as células do pâncreas que produzem a insulina.

Em suma, parece que, no essencial, a resposta imunitária deixou de ser considerada como um **sistema isolado** para passar a ser vista como estando **sujeita a uma modulação pelo sistema nervoso autónomo e neuroendócrino**; por sua vez, estas vias de **imunomodulação** são reguladas por sinais que **partem dos centros cerebrais superiores e do sistema límbico e pela acção das citoquinas** (*Watkins, 1995, citado por Ouakinin, 2000*).

A terminar, e socorrendo-nos, mais uma vez, do pensamento e das palavras de *Ouakinin (2000)*, é possível, a partir deste mapeamento, conceber e representar a resposta global do organismo em situações ameaçadoras, integrando a percepção, a emoção, a cognição e o comportamento, e os sistemas nervoso autónomo, endócrino e imunitário.

2.2. OS RITMOS BIOLÓGICOS

Parece que estamos “presos” ao tempo. A avaliar pelo registo empírico da história do homem e da humanidade, desde tempos muito remotos que procuramos saber viver com **ciclos, frequências e ritmos**.

Porém, só há relativamente pouco tempo, pouco mais de meio século, as ciências da saúde vieram a **considerar o impacto e a importância das variáveis rítmicas**, focalização que muito tem contribuído para o estudo e compreensão de variadíssimos fenómenos até então muito escuros, senão mesmo ocultos, nomeadamente os atinentes às oscilações e mudanças nas funções orgânicas e padrões comportamentais do ser humano.

Sabe-se, agora, que existem **determinantes biológicos** e que muitas das actividades que desempenhamos, têm, por exemplo, no decorrer do dia, fases mais apropriadas para ocorrer, ou seja, o desempenho humano em certas situações não é o mesmo a qualquer hora do dia, apresentando horários ou fases em que o rendimento é claramente diferente.

Esta evidência parece decorrer da existência no organismo humano, e não só, de variáveis denominadas **ritmos biológicos**, resultantes de todas as funções biológicas que variam ciclicamente.

Passadas algumas dezenas de anos já foi possível identificar um número significativo de **ritmos biológicos**, quer na esfera específica das funções biológicas - temperatura corporal, níveis de cortisol plasmático, frequência

cardíaca, tensão arterial, entre muitos outros -, quer numa esfera, digamos, mais comportamental - humor, atenção, tempos de reacção, por exemplo.

Evidências que o ritmo sono-vigília se mantém em condições de isolamento temporal - na espécie humana, por exemplo, pessoas retidas em cavernas, por períodos de semanas ou meses, continuam a dormir e a acordar com uma periodicidade de aproximadamente vinte e cinco horas -, sugerem a existência de **relógios biológicos**, isto é, estruturas biológicas capazes de gerar ciclos periódicos ou regulares, mais ou menos independentes da presença de estímulos ambientais.

Os **relógios biológicos** são, assim, as estruturas e mecanismos internos **geradores de ciclos** - um ciclo é uma variação no tempo de uma função em que a mesma retoma o valor inicial. Múltiplas funções do nosso organismo - fisiológicas, psicológicas e comportamentais - fluem e flutuam no tempo de uma forma cíclica, designando-se, por isso, **ritmos biológicos**.

O relógio biológico está intimamente ligado ao sistema nervoso: quanto mais alta a posição do animal na escala zoológica, mais o sistema nervoso central assume o controle do relógio e, por extensão, dos ritmos biológicos. Os relógios biológicos parecem influenciar os comportamentos dos seres vivos como um todo, desde o nível celular, controlando o crescimento e a divisão celular, por exemplo, até ao nível orgânico, controlando a hora em que temos sono, fome e sede. Também parecem influenciar o momento do início da maturação sexual e da menstruação, tal como a vida no trabalho -

biologicamente os seres humanos, como animais diurnos, estão preparados para a actividade durante o dia e repouso à noite.

Actualmente, a realidade dos relógios biológicos é amplamente aceite na comunidade científica e são muitas as estruturas já identificadas em várias espécies - os **núcleos supra-quiasmáticos** do hipotálamo anterior, em mamíferos, constituem um dos exemplos mais divulgados de relógios biológicos que controlam, neste caso, a ritmicidade diária.

Em síntese, poder-se-iam sublinhar duas ideias, por agora, dadas como certas: (1) o sistema nervoso é responsável não só pela coordenação dos processos de adaptação dos organismos ao espaço, mas também pela sua **adaptação ao tempo**, esforços e mecanismos de adaptação que, ao longo da evolução das espécies, têm vindo a desenvolver um **património genético** composto por **relógios e ritmos biológicos**; (2) a omnipresença dos ritmos, embora com diferenças entre espécies, leva os investigadores à ideia de que se a sua **importância fosse insignificante os ritmos teriam desaparecido no decurso da evolução**, ora aquilo que se verifica é precisamente uma organização temporal dos mamíferos e do ser humano com um grau de complexidade impressionante.

Quanto aos **factores ambientais** parecem ajudar a ajustar e a **sincronizar** os ponteiros desses relógios biológicos, mas, neste particular, o assunto parece não estar ainda satisfatoriamente esclarecido.

2.3. O RITMO, OS ESTÁDIOS E OS CICLOS DO SONO

Como se avançou, a vida dos seres humanos é regulada, entre outros, por ritmos diários, existindo um **sistema automático** que parece controlar esses ritmos circadianos espontâneos, materializando-se, por exemplo, em períodos de sono e de vigília. No entanto, em rigor, a razão porque o sono chega, em geral, à noite ou porque despertamos automaticamente de manhã, depois de uma noite normal de sono, é ainda um mistério que não está completamente desvendado no processo de funcionamento desse **relógio**.

Durante algum tempo existiram dúvidas acerca da autonomia do **ritmo sono-vigília** em relação ao ritmo da temperatura. No entanto, os resultados das investigações realizadas concluíram o seguinte: (1) o ritmo de sono-vigília possui um relógio próprio e independente e (2) o relógio do ciclo de sono-vigília constitui-se como o relógio major de todo o sistema circadiano humano (Silva et al, 1996).

Nos mamíferos, este relógio encontra-se no **núcleo supra-quiasmático (NSQ)**, núcleo hipotalâmico, e é **sincronizado biologicamente pela luz** (fotoperíodo) através do tracto retino-hipotalâmico (TRH), feixe que deriva do quiasma óptico - o TRH *«medeia a estabilização das acrofases dos ritmos pelo fotoperíodo, enviando impulsos rítmicos para estruturas vizinhas, entre as quais a hipófise e a epífise (pineal), embora seja muito provável que o tracto óptico acessório inferior (TOAI) (feixe que deriva do quiasma óptico) também possa mediar directamente*

a regulação pela luz da secreção de uma hormona – a melatonina – pela pineal» (Silva et al, 1996, p.33).

Esta hormona, cuja secreção é activada na ausência da luz e inibida na presença da luz - nos seres humanos a intensidade de luz necessária à supressão da secreção de melatonina é muito superior àquela que é necessária para suprimir a melatonina nos outros animais -, para além de ter um papel fundamental na abertura, durante a noite, do portão do sono dos jovens adultos normovisuais, também tem outros papéis importantes que influenciam todos os ritmos do corpo via endócrina, como, por exemplo, ao nível das funções dos ovários e dos testículos, ao nível da clareza da pigmentação da pele nos animais ou ao nível do controlo da actividade cerebral (Lavie, 1998 e Silva et al, 1996).

Assim, compreende-se o papel do NSQ ao nível do controle da hierarquia dos relógios a todos os níveis do corpo, constituindo-se **a luz como o principal sincronizador** (Silva et al, 1996).

Mas, para além do fotoperíodo, as investigações revelam que o NSQ também é sincronizado aos **ritmos nictemerais** exteriores, por **factores sociais e relacionais**. A explicação desta circunstância reside no facto do hipotálamo também ser influenciado pelas restantes estruturas límbicas e pelo córtex cerebral, pelo que a afectividade e as actividades sociais se constituem como potenciais sincronizadores.

Aliás, o sistema límbico abarca vários sistemas oscilantes, entre os quais o sistema reverberativo de *Papez*, o que parece demonstrar que as trocas e as rotinas sociais também alinham vários ritmos, sendo estas formas de

alinhamento provavelmente mais eficazes na ausência do ciclo luz-escuro (*Silva et al, 1996*).

As investigações têm, também, revelado a existência de **variações do sono ao longo da vida**, tal como se desconfiava. De facto, o sono parece decrescer com a idade - se as crianças passam grande parte do tempo a dormir, já os mais velhos sofrem de um sono interrompido e, conseqüentemente, dormitam várias vezes durante o dia (*Lavie, 1998*).

Por exemplo, alguns trabalhos acerca da observação dos **ritmos de sono-vigília em bebês** permitiram perceber que os recém-nascidos, até aos 15 dias de vida, possuem um ritmo de sono-vigília com uma periodicidade de aproximadamente 90 minutos. A partir do seu 1º mês de vida começam então a concentrar os episódios de sono durante a noite e os episódios de vigília durante o dia - nos bebês prematuros, torna-se necessário esperar um pouco mais, pois tudo se passa como se a maturação nervosa do relógio que controla o ritmo sono-vigília dependesse da duração real do desenvolvimento e não do dia do nascimento.

No geral, os primeiros dias de vida do bebê humano são caracterizados por dois tipos de sono: (1) um sono que apesar de ser acompanhado por movimentos oculares rápidos (MOR) não assinala o início de uma completa paralisia motora como acontece nos adultos e (2) um sono calmo e pacífico, sem movimentos corporais.

Assim, no primeiro tipo de sono acima descrito, o bebê encontra-se num estado de actividade motora aumentada, sendo sujeito a pequenos e frequentes

movimentos espasmódicos dos dedos das mãos e dos pés e dos músculos faciais, revelando, de tempos a tempos, expressões faciais associadas a choro, raiva e rejeição.

Estes movimentos corporais devem-se à imaturidade dos mecanismos inibitórios do cérebro que bloqueiam a transmissão dos impulsos nervosos para os músculos do esqueleto. É neste sono REM, cuja maioria das ondas cerebrais, à semelhança do adulto, são ondas teta, que aparece o primeiro sorriso, denominando-se por isso como «*sono activo*». Durante o primeiro ano de vida a maturação desses «*bloqueios*» entre o cérebro e os músculos irá evoluir permanecendo então apenas os MOR. A partir do segundo tipo de sono, referido como «*pacífico*» e «*não activo*», desenvolver-se-ão os conhecidos estádios II, III e IV do sono (Lavie, 1998).

No que diz respeito à **duração do sono**, sabe-se que nas primeiras semanas de vida o bebé passa cerca de metade do seu tempo de sono em sono activo, decrescendo gradualmente este tipo de sono durante o primeiro ano de vida até estabilizar nos cerca de 25% a 30% aos 12 meses de vida. O ritmo do sono da criança, é também mais rápido do que o do adulto: o tempo que decorre entre um sono activo e o próximo é de apenas 60 minutos, ao contrário dos 90 minutos que dura o ciclo REM do adulto (Lavie, 1998).

O ritmo do sono do adulto fica consolidado aproximadamente entre o décimo e o vigésimo ano de vida, assim dividido: 20% a 25% de sono REM; 20% a 25% de sono profundo, nos estádios ou fases III e IV; e 50% a 60% de sono superficial, no estádio II.

O **envelhecimento humano** está ligado a mudanças substanciais na qualidade do sono. A maioria das pessoas de idade queixa-se de frequentes interrupções no seu sono nocturno, queixas com uma forte tradução na componente fisiológica. As gravações electrofisiológicas do sono nas pessoas de idade mostram variações características que ajudam a explicar as queixas subjectivas. As investigações realizadas evidenciam, sobretudo, uma diminuição na duração do sono profundo de 20% a 25% no adulto jovem para 5% a 10% no idoso entre os 70 e 80 anos. Assim, o sono dos idosos é constituído principalmente por sono superficial – o sono REM ocupa cerca 10% a 20% do seu tempo total de sono. A **mudança na consolidação do sono**, por exemplo crescentes despertares de sono, salvo situações clínicas particulares, assinalam frequentemente o envelhecimento (*Lavie, 1998*).

Uma noite de sono é uma sucessão de vários ciclos, cada um dos quais compreende basicamente duas fases: a fase de **sono lento**, que se divide em quatro estádios progressivamente mais profundos, e o **sono paradoxal**, um tipo de sono leve específico, **estádio onde predomina a actividade de sonhar**. É sobre os estádios e ciclos de sono que nos iremos ocupar a seguir.

Antes das proeminentes investigações científicas sobre o sono, acreditava-se que a evolução do o sono ao longo da noite se tratava de um processo monofásico, ou seja, da situação de vigília passava-se para um estado de semi-vigília e, progressivamente, o sono tornava-se mais profundo, mantendo-se neste registo até que começava a diminuir de intensidade voltando ao estado de vigília.

Com a descoberta e utilização do **electroencefalógrafo** – tecnologia que veio permitir registar o **ritmo bioeléctrico do cérebro** durante a toda noite -, foi possível saber que o aparecimento de fases do sono durante a noite não constitui um processo aleatório, mas sim um processo muito bem organizado e concludente.

A partir de 1937, *Loomis* e seus colaboradores sobressaem entre os primeiros investigadores que recorreram ao registo electroencefalográfico, acabando por conseguir diferenciar no sono **cinco estádios diferentes** que correspondiam a outras tantas profundidades. Esses estádios foram designados com as letras do alfabeto, sendo que o estádio A era o mais superficial e o estádio E o mais profundo.

Vinte anos mais tarde, *Dement* e *Kleitman*, naturalmente socorrendo-se também de registos electroencefalográficos, **descreveram quatro fases no sono** que denominaram com os números romanos de I a IV. Esta classificação acabou por reunir maior aceitação e é, hoje em dia, a mais utilizada. A correspondência com a divisão de *Loomis* é a seguinte: os estádios A e B correspondem ao I de *Kleitman* e as letras seguintes correspondem aos números seguintes. Assim, os estádios I e II são habitualmente considerados como **sono superficial** e os III e IV, como **sono profundo** (*Gonzalo, 1991*).

O **estádio I** corresponde à situação de “*semi-vigília*” e o electroencefalograma (EEG) caracteriza-se pelo facto de as suas ondas se tornarem mais lentas, aumentando a sua amplitude. A **passagem do estádio I ao II** é normalmente caracterizada pelo aparecimento de esboços de ondas

fusiformes que se vão tornando cada vez mais frequentes até que constituem quase o tipo uniforme do traçado, visto que estas ondas apenas são interrompidas pelo aparecimento de esboços de ondas mais lentas e amplas (ondas delta) (Gonzalo, 1991).

Os estádios III e IV são conhecidos pelo nome de estádios de «*sono profundo*» ou também como «*sono sincronizado*», já que as ondas, mais lentas e de maior amplitude do que as dos estádios precedentes, se sucedem com grande regularidade. O estádio IV distingue-se do III pelo facto de as ondas delta serem mais amplas e menos frequentes (Gonzalo, 1991).

Em 1959, Jouvét e seus colaboradores revelaram um outro estádio mais específico designado pelo nome de «**Sono Paradoxal**». Este novo estádio - por muitos autores considerado como o estádio V do sono -, tal como a sua designação indica, apresenta propriedades um pouco contraditórias. Por um lado, nesta fase do sono consegue-se um relaxamento muscular máximo - nomeadamente a diminuição do tónus dos músculos do queixo - e, por isso, os estímulos a aplicar ao indivíduo para que desperte têm de ser mais intensos. A par desta característica que parece indicar uma maior profundidade do sono, existem outras que, contudo, apontam para um sono superficial. De facto, durante o sono paradoxal a actividade do córtex cerebral é, de certo modo, idêntica à que se verifica no período de vigília, mas trata-se, também, da fase do sono em que mais frequentemente ocorrem os sonhos.

Uma terceira característica refere-se aos **movimentos oculares**: durante o sono paradoxal registam-se esboços de movimentos dos globos oculares, os

mais frequentes são os de rotação lateral. Estes movimentos oculares, registados no traçado poligráfico do sono, inspiraram outros nomes desta fase do sono, como a conhecida designação de **sono REM** (*Rapid Eye Movements*).

Em todo o caso, a diferença entre sono REM e o sono não REM não coincide com a diferença entre sono paradoxal e o sono não paradoxal. «É que se o sono REM se caracteriza por uma actividade bioeléctrica do cérebro de alta frequência e baixa amplitude e por uma actividade ocular muito visível, o sono paradoxal caracteriza-se por isso também, e ainda por um abaixamento notável do tónus muscular. Ele não se pode confundir, como de início fez Dement, com o estágio de sono ligeiro. É outra coisa» (Frederico Pereira, 1999).

Existe ainda um outro nome para o sono paradoxal: **sono dessincronizado**, motivado pelo tipo de traçado EEG, em contraponto aos quatro estádios já referidos que apresentam um tipo de traçado muito sincronizado, em especial os estádios III e IV. A razão por que o sono REM mostra um traçado dessincronizado funda-se na já referida actividade do córtex cerebral, na fase REM muito semelhante à da vigília, ora o traçado electroencefalográfico do estado de vigília é, precisamente, dessincronizado (Gonzalo, 1991).

Os cinco estádios do sono anteriormente descritos - se considerarmos o sono paradoxal como um outro estágio -, verificam-se normalmente em cada um dos cinco **ciclos de sono** que têm lugar todas as noites. Embora os ciclos não tenham a mesma duração, pode calcular-se como média sensivelmente uma hora e quarenta minutos por ciclo. O primeiro dos ciclos do sono é

habitualmente o mais breve, aproximadamente uma hora, e nele se alcança mais depressa o estágio IV. Durante os primeiros dois ciclos de sono, permanecemos mais tempo nos estádios de sono profundo; nos dois ciclos finais, especialmente no último, quase todo o tempo corresponde ao sono superficial, ou seja, aos estádios I e II (*Gonzalo, 1991*).

O sono **paradoxal** ocorre sempre na fase de sono superficial, é muito curto nos dois primeiros ciclos e, em contraste, ocupa uma boa parte deste último. Em todo o caso, o tempo decorrido em cada um dos diferentes estádios do sono varia com os indivíduos, com as idades e de uma noite para outra no mesmo sujeito. A duração do sono paradoxal parece diminuir com os anos e varia muito com as espécies animais (*Gonzalo, 1991*).

2.4. AS RELAÇÕES PRECOCES

Hoje sabe-se que um feto a partir dos seis meses começa a organizar a sua **actividade cerebral rítmica**. Também se sabe que **um feto se emociona, reage e comunica e essas experiências relacionais ficam guardadas dentro de si**.

Sabe-se, actualmente, muitas outras coisas interessantes, a maior parte delas **perfeitamente insuspeitas e deslumbrantes para a maior parte de nós**. Ficamos, por agora, com a ideia de que o ser humano tem potencial para se desenvolver como um todo ainda antes do nascimento e que, para isso, entre muitos outros exemplos de competências um *“bebé já sabe ler, muito bem, a mãe por dentro”*.

Para *Sami-Ali* (1992), os ritmos são **construídos na relação** e a partir da relação, uma relação que se estabelece antes e se desenvolve depois do nascimento - a mãe assume, neste processo, não só um papel de **pára-excitação**, mas também de **sincronizador dos ritmos da criança**.

Para este autor, *«à partida há um potencial relacional biológico, e a evolução deve ser concebida como uma modificação progressiva que vai permitir a este potencial desenvolver-se sempre nas situações relacionais»* (1992, p. 166).

Deste modo, ao relevar a relação precoce *“mãe-criança”* na perspectiva dos ritmos, *Sami-Ali* (1992) introduz uma nova dimensão a esta relação: para o autor, a mãe é, em primeiro lugar, um **sincronizador dos ritmos**, função

determinante no estabelecimento dos ritmos, especialmente nos **ritmos do sono-vigília** e nos ritmos de regulação térmica – neste sentido, a depressão da mãe, por exemplo, pode constituir-se como uma variável importante em eventuais perturbações precoces dos ritmos. Assim, a **problemática das somatizações** pode, também, ser encontrada na perturbação transitória ou permanente da construção dos ritmos corporais.

Ainda a propósito da importância dos ritmos na somatização, *S. Cady* (1992) vem precisar a **qualidade biológica do tempo, na sua relação com o exterior por intermédio da função materna.**

Na opinião da autora, *«A mãe, à partida, está incluída nos factores do meio o que tem dois significados: por um lado, que o meio é tanto afectivo como corporal e, por outro lado, que os acontecimentos corporais, em si próprios, são inseparáveis da relação com a mãe. Assim, dois ritmos relacionais entram em contacto e influenciam em profundidade o funcionamento psicossomático, o qual tem como matriz o clima maternal precoce. (...) Pode também dizer-se que existe uma relação com o outro, de natureza rítmica, desde a vida fetal, e que toda a energia psicossomática aí se instaura através de outros sistemas para além do sistema nervoso. Com efeito, a vida fetal é um modo de existir em relação com o outro, seguindo um ritmo, cuja presença se pode ver, por exemplo, através da alternância do sono lento e do sono paradoxal»* (Cady, 1992, p. 76).

Nesta linha, as relações precoces moldam a aquisição de ritmos e estilos de interacção e é desta *«proto-linguagem»* do corpo em interacção dinâmica que surgem as **primeiras representações** do mundo físico, construindo-se sobre o ritmo do corpo as primeiras coordenadas que orientam o **pensamento.**

A este propósito, «Já Bion considera que os pensamentos são anteriores à capacidade de os pensar. Queria com isso ele dizer que um bebé tem disponíveis todas as competências do pensamento mas requer um aparelho mental que transforme emoções e afectos em pensamentos. Comunicando com o bebé pela pele, pelo olhar e os outros sentidos, a mãe, ao aprender os afectos do filho, dá-se-lhe a ler, dando-lhe um alfabeto de emoções com que ele a virá a ler a ela, à família e ao mundo. Também «embalar», na sua raiz latina, significa «arremessar, bailar e jogar». E, sendo assim, a relação precoce permite ao bebé, na relação com a mãe, fazer uma primeira resignação: compreender o seu interior para não ficar só, através da leitura que faz a partir dos olhos da mãe» (Eduardo Sá, 1995, pp. 43-44).

Deste modo, a mãe, e também o pai, diga-se, ao pensarem todas essas experiências interiores do bebé, fazem com que essa relação se torne vital para que ele mesmo, a partir dela, seja competente para **pensar os seus próprios pensamentos.**

Procurando, por fim, ligar com a problemática dos ritmos, a relação precoce “*mãe-bebé*” encontra-se, sobretudo, regulada por um ritmo biológico que é inteiramente modulado por aquilo que o **tempo** representa para a mãe. Daí que, por exemplo, esta possibilidade do bebé guardar dentro de si os pais que estão fora, supõe que **pais e bebé se diferenciem, também, nos seus ritmos.**

Esta necessidade é evidente, por exemplo, nas perturbações precoces da infância, onde o impacto do biológico predomina, percebendo-se a incidência da atitude materna, tanto consciente como inconsciente, sobre a instauração de

um ritmo característico do tempo do corpo, oscilando entre o real e o imaginário (Cady, 1992).

O que muitas vezes nos é dado a observar, em certos casos de patologia relacional, é que a mãe, mesmo que consiga assegurar as funções corporais da criança, parece fazê-lo de um modo impessoal, constituindo-se em “*super-ego corporal*”, isto é, substituindo a **vivência subjectiva** pelos esquemas banais e as trocas relacionais por comportamentos estereotipados. Ora, não parece ser este o registo relacional mais desejável.

Sami-Ali, na evolução do seu pensamento, oferece-nos numa das suas últimas obras - «*Le Rêve et le l’Affect – Une Theorie du Somatique*» (1999) – uma descrição dos afectos como ritmos, propondo mesmo seis pares antagónicos que, na sua opinião, constituem as categorias formais mais importantes dos afectos - «*continuidade/descontinuidade; lento/rápido; amplo/restrito; fraco/forte; profundo/superficial; violento/suave*» -, **tensões e relaxamentos que constituem o ritmo fundamental da experiência afectiva**. Este ritmo afectivo é modelado pela mãe nos primeiros meses de vida e são estas **experiências precoces que contribuem definitivamente para o estabelecimento de um ritmo corporal subjectivo**.

O que pretendemos concluir é que, muitas vezes, por dificuldades neste processo, **em vez de um ritmo subjectivo instala-se um ritmo adaptativo em ruptura com a subjectividade** (*Sami-Ali*, 1999).

Em síntese, **ter um corpo próprio é ter um espaço e ter a noção de tempo**, e esta construção passa muito pela relação precoce com o outro.

2.5. RITMOS E PATOLOGIAS

Por volta da segunda metade do século passado, *Franz Halberg* e os seus colaboradores, empenharam-se em investigar experimentalmente o **ritmo da vulnerabilidade do organismo às agressões**. Em resultado desses estudos, formularam o conceito teórico "*tempo de resistência mínima*" - *tempus minoris resistentiae*; recorde-se que há muito era conhecida uma conceptualização teórica deste estilo, então denominada "*local de resistência mínima*" - *locus minoris resistentiae* (*Reinberg, 1998*).

Halberg, no período compreendido entre 1955 e 1960, estudou sistematicamente linhas de ratos geneticamente definidas, com idades e pesos semelhantes, com o mesmo tipo de alimentação e a viverem num laboratório onde a temperatura e humidade eram mantidas constantes. A sincronização externa estava, ainda, sujeita à alternância constante de doze horas de luz - no caso, das 06h00 às 18h00 - e de doze horas de escuridão - das 18h00 às 06h00.

Posteriormente, dividiu os ratos em vários grupos injectando-os com uma dose fixa e única de uma "*endotoxina*" de *Escherichia coli* a horas diferentes: começou por injectar um grupo às 8 horas e, de quatro em quatro horas, durante setenta e duas horas, injectava um grupo diferente de quinze a vinte ratos, ou seja, os diferentes grupos de ratos diferiam apenas na hora da injeção da substância.

Por fim, observou que o efeito tóxico da droga, avaliado pela taxa de mortalidade em cada grupo, se acentuava por volta das 16h00, período em que a taxa de mortalidade se situava à volta dos 80%.

Conclusão: a mesma dose de “*endotoxina*”, administrada ao longo das várias horas do dia e relativamente à qual os ratos mostravam resistência, quando aplicada por volta do período de descanso diurno tornava-se fatal em 80% dos casos.

Muitas outras investigações realizadas posteriormente confirmaram, no essencial, o conceito de “**tempo de resistência mínima**”, oferecendo provas de que este “*tempo*” é observado numa grande variedade de agentes de agressão, desde os *agentes químicos* – como toxinas bacterianas, fármacos, agentes utilizados na indústria - aos *agentes físicos* – por exemplo, frio, calor, ruído ou radiações ionizantes. Mais: essas variações temporais dos efeitos tóxicos podem medir-se por outros indicadores que não apenas a taxa de mortalidade e atestam-se tanto em espécies animais como vegetais.

No sentido de investigar se o ser humano também tinha as suas horas de resistência mínima, *Reinberg et al.* (1964, todos citados por *Reinberg*, 1998) realizaram uma experiência que veio, novamente, a confirmar a ocorrência do fenómeno. A situação experimental consistia em inocular uma pequena dose fixa de histamina na derme do antebraço, procedimento repetido de quatro em quatro horas durante vinte e quatro horas. Registou-se que a reacção de todos os sujeitos experimentais variava segundo um ritmo circadiano de grande

amplitude (diferença de 70%), entre o pico (cerca das vinte e três horas) e o ponto mais baixo (onze horas).

Actualmente estão bem documentadas numerosas investigações que provam a existência de variações circadianas dos efeitos tóxicos de diferentes substâncias, nomeadamente as atinentes à cronotoxicidade dos medicamentos, em seres humanos (*Reinberg, 1998*).

Em síntese, os resultados alcançados parecem atestar que, também, a **vulnerabilidade do organismo às agressões apresenta variações rítmicas.**

Assim, se considerarmos que estas variações movimentam um grande número de ritmos biológicos e que os próprios agentes de agressão ambientais também variam de forma cíclica, com picos altos e pontos mais baixos, as possíveis combinações resultantes destas variáveis são um conhecimento a não desprezar na **ocorrência das doenças** e, conseqüentemente, na **compreensão e intervenção terapêutica de muitas patologias** – por exemplo, os resultados serão certamente diferentes consoante a actuação do agente de agressão ocorre à hora da vulnerabilidade máxima ou de resistência máxima do organismo.

Actualmente é possível **prever e controlar** alguns fenómenos e acontecimentos da vida humana devido ao conhecimento de **vários tipos de ritmos.**

Naturalmente, também no campo de estudo das doenças esta necessidade se afigura cada vez mais importante: um conhecimento eficaz sobre os ritmos das múltiplas variáveis envolvidas nos **processos e mecanismos**

patológicos tem-se revelado muito útil. Nesta perspectiva, embora ainda longe de um saber satisfatório, felizmente são já muitas as manifestações clínicas onde o conhecimento científico em apreço nos permite actuar em conformidade.

A **asma** é um exemplo que ajuda a ilustrar a importância do conhecimento dos ritmos a favor do combate à patologia. Neste caso, a interrogação principal partiu da clara evidência de que os **sintomas obstrutivos da doença costumam exacerbar-se à noite**, com expressão máxima por volta das 04h00.

Estudado o fenómeno, foi possível perceber que enquanto na pessoa saudável a medida dos brônquios é mais pequena de noite do que de dia, no asmático essa diferença acentua-se ao ponto de ser considerada um risco mortal. Se por um lado, a diminuição da autonomia brônquica nocturna é favorecida pelas secreções nocturnas mais baixas de cortisol, adrenalina e noradrenalina, por outro lado, **existem igualmente variações circadianas das defesas imunitárias conducentes a uma maior vulnerabilidade nocturna**. Deste modo, ao compreender-se a causa do aumento do risco de crise asmática à noite, a pesquisa científica pode propor uma cronoterapêutica mais adequada à prevenção das crises.

Também vários estudos demonstram que a incidência do **enfarte do miocárdio** varia segundo um ritmo de vinte e quatro horas, atingindo um pico cerca das 10h00. O grande risco de fazer um enfarte de manhã está manifestamente ligado aos ritmos circadianos de factores que controlam a coagulação (*Reinberg, 1998*).

Ainda segundo *Reinberg* (1998), vejamos alguns dados americanos acerca das **variações sazonais de doenças infecciosas**: dos cerca de 1 400 000 casos de gripe e infecções pulmonares, a grande maioria manifesta-se entre Janeiro e Fevereiro e o ponto mais baixo situa-se entre Julho e Agosto; entre 1975 e 1980 o número de casos de crianças por semana com sarampo, rubéola, varicela e papeira foi o seguinte: em relação ao sarampo, verificou-se um pico em Abril com 1100 casos, enquanto a rubéola registou um valor máximo em Abril com 1300 casos, quaisquer das duas praticamente "*desapareceram*" em Setembro. A varicela e a papeira atingiram em Fevereiro respectivamente 6000 e 600 casos, no Verão desceram para 1000 e 100 casos, respectivamente.

Efectivamente, a existência de ritmos circadianos e anuais de processos de defesa imunitária parece inquestionável. **A resistência do nosso organismo a proteínas estranhas também varia segundo ritmos.**

Em 1977, *Reinberg* e colaboradores observaram que os adultos, jovens e saudáveis, possuem uma **ritmicidade anual** bem marcada de leucócitos e de várias imunoglobulinas. Investigações posteriores confirmaram que os linfócitos B - produtores de imunoglobulinas - eram duas a três vezes mais abundantes no Verão do que em Dezembro e Janeiro. As imunoglobulinas do plasma também passam por uma concentração mais elevada no Verão ou no Outono e mais baixa no Inverno. Os linfócitos T que estimulam os linfócitos B, os linfócitos assassinos que destroem as células infectadas com vírus e as células cancerosas, também possuem **ritmos anuais**.

A rematar, se os ritmos sazonais do sistema imunitário nos proporcionam uma maior defesa contra os invasores desde finais da Primavera até finais do Verão, é, contudo, durante os meses de Inverno que, ao perder vigilância e combatividade, este sistema nos torna mais **vulneráveis**.

Para terminar esta breve tentativa de ilustração - entre muitos outros e distintos exemplos que se poderiam agora enumerar -, recorde-se, também, os resultados de numerosos estudos científicos, realizados em diversos países, sobre o **trabalho por turnos**. Esta oscilação de tempo na actividade profissional pode acarretar, ou potenciar, consequências mais ou menos graves para o homem, tais como: **distúrbios do sono, fadiga crónica, doenças gastrointestinais, doenças cardiovasculares, abuso de substâncias, acidentes de trabalho, problemas familiares e depressão**.

3. A PSICOSSOMÁTICA

3.1. AS FALAS DO CORPO...

Desde sempre, a história da saúde e da doença é feita de tentativas de construção de sentidos e significações sobre a estrutura, funcionamento e idiossincrasia do corpo humano, incluindo as presumíveis mas, muitas vezes, inexplicáveis **relações entre o corpo e a mente** ou entre a pessoa e os factores ambientais.

Quanto ao par "*corpo-mente*", ainda hoje parecem existir muitos mais "*mistérios*" do que aqueles que conseguimos antever e mesmo futurar, **desconhecimento** que se compreende à luz de uma caminhada científica naturalmente espinhosa, mas fortemente marcada, parece que infelizmente, por uma **lógica de pensamento dualista que não foi capaz de pensar a unidade**.

Por exemplo, ao longo dos últimos três séculos, o objectivo da biologia e da medicina tem sido a compreensão da fisiologia e da patologia do corpo. A **mente** foi como que desprezada - em grande parte adoptada para o campo de estudo da religião e da filosofia - e, mesmo depois de se ter tornado o tema de uma disciplina específica, a psicologia, só recentemente lhe foi permitida a entrada na biologia e na medicina. O resultado desta situação tem sido a **amputação do conceito da natureza humana** (Damásio, 1994).

Obviamente, se a evolução científica não se chegou mais à frente não foi por falta de sinais - não foi possível ou não estavam reunidas as condições para o avanço desejado; temos que aceitar e respeitar o nosso trajecto -, porquanto

qualquer elementar revisão de literatura sobre patologia humana mostra-nos que há muito de “*corpo*” nas perturbações “*mentais*” e muito de “*mental*” nas perturbações “*corporais*”.

Com efeito, os estudos da relação entre a *psique* e o *soma*, preocupação documentada desde os articulados gregos, dizem-nos que o **corpo é indissociável da mente**. Daí que **algumas das perturbações ditas mentais encontram, por vezes, no corpo a linguagem elegível da sua expressão**, da mesma forma que o “*desassossego*” somático pode traduzir-se em “*confusão*” e angústia psicológica e comportamental.

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

Ao certo, sabe-se que **aprendemos a lidar com as primeiras situações de vida usando o próprio corpo** - por falta, imaturidade ou deficiência de outros recursos - e, parece, **assim continuamos a funcionar**, mesmo enquanto adultos, sempre que, por qualquer razão, outras competências e capacidades não se revelam eficazes, por exemplo, por falência, bloqueios ou porque, simplesmente, as aprendizagens necessárias não foram conseguidas.

O vasto acervo científico em torno do bebé recém-nascido, ou de uma criança pequena, é um conhecimento bem ilustrativo da **expressão corporal como principal recurso de comunicação e de defesa do repertório da criança**. Ela sobrevive por dependência do prestador de cuidados maternos,

habitualmente a mãe, necessitando de um contacto muito íntimo e intenso, como se a mãe fosse parte dela mesma, encontrando no seu corpo o veículo mais eficaz para que a mãe possa traduzir a sua **fala somática**, as suas mensagens e sinais, por exemplo, de ameaças, angústias ou desconfortos.

A **queixa somática** é, assim, desde muito cedo, **uma forma de linguagem à procura da melhor tradução e compreensão**. Infelizmente, também, a ciência, ainda hoje, muitas vezes, **não consegue ler e explicar a expressão do somático**, incapacidade que dificulta, sobremaneira, a natureza da intervenção a operar.

No dia-a-dia da prática médica encontram-se, frequentemente, pessoas com queixas físicas sem qualquer evidência de lesão ou de doença orgânica, fenómenos que parecem reenviar para o que se tem vindo a conhecer sobre manifestações hipocondríacas, histéricas ou somatizações, todas elas, portanto, com uma forte componente de **factores psíquicos** ou psicológicos.

Por outro lado, são muitas as pessoas que se sentem doentes com uma clara correspondência na expressão somática, doenças, sabe-se hoje, também vincadamente condicionadas pela **força do psíquico**. Os crescentes estudos e provas científicas da neurofisiologia, psicoendocrinologia e psicoimunologia, por exemplo, têm descrito, cada vez melhor, os caminhos percorridos desde o sistema nervoso central até aos diversos órgãos e tecidos.

Mas ainda existem outras pessoas que estando comprovadamente doentes não se sentem assim, dissonância que, certamente, envolve e inclui, mais uma vez, **agentes psíquicos**.

Centrando-nos especificamente no campo de estudo da **doença do soma**, importa adiantar que, actualmente, a comunidade científica considera a maior parte das doenças somáticas como apresentando uma natureza ou **dimensão multifactorial**, resultado de uma dialéctica muito interactiva entre, por exemplo, estímulos químicos, ambientais, biológicos, relacionais, psíquicos ou sociais, diversidade que se tem procurado arrumar, por exemplo, no tão conhecido conceito "*bio-psico-social*" ou na esfera do, seu equivalente, "*biológico e relacional*".

As conclusões das investigações desenvolvidas por *Hans Selye* sobre **stress**, algumas delas conhecidas ainda antes da primeira metade do século XX, são - apesar de posteriormente retocadas - um bom exemplo, entre outros, dos modelos teóricos que entretanto já estavam em construção.

Selye (1959) utilizou o termo "*stress*" para designar o conjunto de reacções que um organismo desenvolve quando é submetido a uma situação que exige esforço de adaptação, vindo depois a defender uma conceptualização teórica a que chamou «*Síndrome Geral de Adaptação*» - «*Síndroma, porque envolvia um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes; Geral, porque eram afectados grandes departamentos orgânicos e De Adaptação, porque parecia ter como finalidade última reactiva defesas que ajudam a repor o equilíbrio perturbado*» (Serra, 1999).

Para o efeito que se pretende, interessa, no essencial, rematar o exemplo anterior. *Selye* teorizou que o *Síndrome Geral de Adaptação* decorre em três fases, a saber: **Reacção de Alarme**, caracterizada pela activação do eixo

simpático medular. «*Consiste numa activação ergotrópica do organismo, com aumento da produção de adrenalina e de noradrenalina, devido à activação da medula supra-renal. Permite ao indivíduo organizar as suas defesas biológicas para estar preparado para lutar ou fugir*» (Serra, 1999, p. 153); **Fase de Resistência**, com objectivos reparadores, desencadeada pela activação do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. «*Apaziguam-se muitas das modificações induzidas na fase anterior e o indivíduo prepara-se para lidar e se adaptar à situação perturbadora. Nesta fase verifica-se uma elevação do cortisol no sangue, uma activação do metabolismo em geral e um aumento da força muscular. Ocorre uma diminuição dos processos de tumefacção e de inflamação*» (Serra, 1999, p. 153); e, por última, **Fase de Exaustão**, quando o ser humano não consegue lidar nem adaptar-se à situação indutora de stress. «*Nesta, dá-se uma reactivação vegetativa e a manutenção de níveis elevados de cortisol, que vão tendo efeitos negativos sobre o organismo. A resistência às infecções diminui substancialmente e em casos extremos o indivíduo pode morrer*»(Serra, 1999, p. 153).

Em boa verdade, praticamente em todos os momentos desenvolvemos esforços de adaptação na tentativa de nos ajustarmos às mais diferentes exigências externas e internas, funcionamento que, felizmente, muito nos ajuda, mas, pelo que se entende, se a reacção ao agente agressor, ou percebido como agressor, for muito intensa ou se o estímulo instigador de stress for muito violento e prolongado, poder-se-á abrir caminho à doença ou concretizar-se mesmo a lesão e a **falência de determinadas estruturas e funções orgânicas**.

Por fim, o **risco** parece ser maior nas situações em que a energia mobilizada pelo stress psico-emocional não pode ser consumida. Aliás, *Selye* (1959) alerta-nos, também, para o facto de as doenças de adaptação puderem resultar tanto do excesso de hostilidade como do excesso de reacções de submissão.

Nesta linha, algumas das concepções anteriormente expostas podem ser comprovadas em **diversas patologias orgânicas** como, por exemplo, úlceras digestivas e alterações inflamatórias do aparelho gastrointestinal, alguns tipos de doenças renais, várias doenças dermatológicas, manifestações alérgicas e outras dificuldades do sistema imunológico.

A necessidade de **compreender a doença orgânica a partir de uma esfera de causalidade multifactorial com impacto sistémico** é hoje, cada vez mais, reconhecida por todos, nomeadamente pela prática médica verdadeiramente interessada e reflexiva, tão influente é o **diálogo entre o biológico e o relacional** e tão incompletas têm sido, até aqui, em dadas perspectivas, as respostas terapêuticas para patologias tão diversas como, por exemplo, a asma, o cancro, a diabetes, a esclerose múltipla, a artrite reumatóide, o lúpus eritematoso sistémico, a alergia, a psoríase, a hipertensão arterial, doença coronária e vitiligo.

Assim, e numa época em que os progressos da medicina moderna nos permitem, finalmente, afirmar a existência de mecanismos íntimos de ligação causais entre, por exemplo, as emoções e a **imunidade**, urge saber ainda mais

sobre os “*balanceamentos psicossomáticos*” há muito reconhecidos em muitas doenças.

Porém, a disciplina científica que procura pensar a unidade destes balanceamentos - a **psicossomática** -, não tem, até hoje, conseguido atingir a maturidade e competência que o complexo empreendimento exige.

Se o objecto de estudo é ambicioso, como se reconhece, também é verdade que, em grande parte precisamente por isso, o próprio conceito “*psicossomática*” tem sobre si um legado pesado de entendimentos e significações - desde “*falsa doença*” a “*tudo é psicossomático*”, passando pela negação da realidade orgânica e corporal e, em alguns casos, mesmo psíquica -, acervo que, também, é responsável, muitas vezes, pelo **esvaziamento do próprio conceito** e pela **confusão** instalada em torno da disciplina.

Com efeito, a psicossomática tem sentido muitas dificuldades em delimitar e conquistar o seu campo de acção e de pensar o **facto psicossomático**, oscilando entre o “*universo psíquico*” e o “*universo biológico*”, movimentos pouco ligados que têm conduzido a verdadeiras situações de **impasse**. Acresce, ainda, que esta dificuldade de definição do campo epistemológico da psicossomática tem levantado, conseqüentemente, complicados obstáculos na construção de uma metodologia científica própria e eficiente, situação que tem penalizado fortemente a sua plena afirmação enquanto ciência.

Em todo o caso, o trajecto evolutivo da psicossomática tem vindo, progressivamente, a libertar-se de modelos puramente psicogénicos -

encerrados no postulado de que as perturbações psíquicas originam perturbações somáticas -, valorizando e privilegiando, independentemente da prevalência do tipo de factores, a **unidade psicossomática** da pessoa doente, procurando interpretar as **falas do corpo** a partir de uma abordagem holística da pessoa e da sua doença.

Assumindo as responsabilidades da reflexão, e sem pretender fugir ao desafio, deixamos mais para a frente o entendimento sobre o que é, ou o que deve ser, afinal, a psicossomática enquanto ciência.

Em seguida, continuando a “viagem”, recuperam-se alguns dos mais significativos modelos teóricos que têm procurado **conceptualizar este difícil compromisso de pensar a unidade psicossomática**, para depois terminarmos com os nossos **dois principais quadros de referência: as ideias de Sami-Ali e de Coimbra de Matos.**

3.2. REVISITAÇÃO DA EVOLUÇÃO DE ALGUMAS IDEIAS

Na saúde como na doença, a **concepção do ser humano como ser uno** não é propriamente uma novidade.

Ao que se sabe, já Hipócrates no século V – precisamente na altura em que elevou a medicina ao estatuto de ciência - considerou **o homem como uma unidade organizada incluída na ordem do cosmos, enquanto a doença era vista como uma espécie de perturbação dessa ordem.**

Séculos depois, contrariando esta tese, Descartes defende uma visão do mundo dividida entre a *res extensa* - coisas com extensão - e a *res cogitans* - coisas que pensam -, perspectiva doutrinal com um forte impacto no abandono desta última como objecto de estudo; não tinha definição no espaço e no tempo e não tinha extensão, estando, assim, fora de qualquer alcance.

Servem apenas estes dois marcadores, entre muitos outros que agora se poderiam recuperar, para ilustrar as influências e os movimentos que têm gravitado à volta do cruzamento do par “*psique-soma*”, nomeadamente as dificuldades em pensá-lo e, obviamente, operacionalizá-lo cientificamente.

Em concreto, o vocábulo “*psicossomática*” é utilizado pela primeira vez por *Heinroth* em 1818; no caso, o estudo e distinção entre duas formas de insónia levou à necessidade de reflectir sobre a evidência das relações estreitas entre os fenómenos mentais e as doenças orgânicas. Porém, a originalidade dos

postulados teóricos de *Heinroth* não colheu grande aceitação da comunidade científica e o termo foi praticamente esquecido durante um século.

A partir daí, por volta do início do século XX, começaram a desenhar-se novas tentativas para explorar as eventuais **inter-relações somato-psíquicas**. Esses modelos ou tentativas de conceptualização em psicossomática têm vindo a seguir várias linhas de orientação desde, por exemplo, a mais psicanalítica à mais neurofisiológica, deslizando, a pouco e pouco, para teorizações de causalidade múltipla e modelos multidimensionais.

As primeiras conceptualizações psicanalíticas surgem por influência do **modelo teórico de somatização de Freud**, resultante dos casos de histeria de conversão entretanto estudados – *Freud* procurou definir o campo do somático a partir da diferença entre psiconeuroses e neuroses actuais, situando nestas últimas as perturbações ditas psicossomáticas; deste modo, releva a noção de carácter corporal dos sintomas (*Coelho et al.*, 1996).

Assim, e no essencial, as formulações psicanalíticas inspiradas neste modelo procuraram **traduzir a sintomatologia somática a partir da qualidade histórica** resultante da expressão simbólica de fenómenos inconscientes.

Com o aparecimento da **Escola de Chicago**, a partir dos anos trinta, surgem novas conceptualizações que procuraram estabelecer **correspondências entre as manifestações somáticas, personalidade e noção de conflito**, teorizações que vieram, naturalmente, impulsionar o “*movimento psicossomático*”.

De entre os principais representantes desta escola destacam-se *Dunbar*, ao atribuir um perfil de personalidade específico aos diversos doentes psicossomáticos – a estrutura da personalidade ao fragilizar certas partes do organismo convidava à somatização – e *Alexander* ao introduzir um modelo psicodinâmico para as lesões orgânicas, procurando articular a situação conflitual, neurofisiologia e estilos de vida – segundo este autor, a doença psicossomática resultaria da interação entre um conflito intrapsíquico específico, a vulnerabilidade orgânica e uma situação de vida desencadeante.

O modelo psicodinâmico avança, depois, nos anos 60, com *Michael Balint* ao enfatizar a importância da relação médico-doente, em particular a proposta anunciando a existência de uma falta ou deficiência precoce que estaria na gênese da doença psicossomática – a falha básica na origem da precipitação ou agravamento da doença orgânica (*Balint, 1964*).

Desenvolvendo as suas formulações a partir da observação clínica, e relevando o discurso dos sujeitos, a Escola Psicossomática de Paris vai reencontrar esta linha de reflexão onde vem a sobressair a concepção do pensamento operatório de *Marty (1976)*.

A falha que levaria à somatização parecia resultar da incapacidade de elaboração mental dos conflitos vivenciados e da insuficiente mentalização dos afectos, interpretações que reenviavam para um defeito no funcionamento mental, sobretudo ao nível do pré-consciente.

A origem da estrutura psicossomática destes doentes, caracterizada pela carência dos meios de simbolização, apontava para uma perda precoce

anterior à constituição do objecto libidinal, e, obviamente, anterior à sua representação, instalando nos sujeitos uma espécie de depressão “branca”, sem sintomas psíquicos, denominada por *Marty* (1976) como «*depressão essencial*» - os autores desta escola, ao estudarem o funcionamento mental destes sujeitos, encontraram algumas características comuns, como, por exemplo, pensamento orientado para o real e para o utilitário, discurso com pobreza afectiva, empobrecimento da vida onírica, falsa adaptação social e dificuldades ao nível da identidade.

O conceito de **pensamento operatório** aproxima-se de uma outra concepção teórica introduzida por *Sífneos* (1975), também muito conhecida por essa altura, denominada **alexitimia**.

A alexitimia era considerada uma perturbação cognitivo-afectiva, vincada por um estilo de **discurso verbal quase desprovido de emoções, sentimentos e pensamento simbólico**.

O conceito de alexitimia tinha pontes não só com a conceptualização de *Marty* (1976), mas igualmente com o funcionamento de personalidade de tipo C, aparentemente mais vulnerável à depressão e factor de risco para o cancro. *Sífneos* (1975) sugeriu mesmo a existência de um base neurofisiológica resultante de uma disfunção ou perturbação das conexões neuronais entre o sistema límbico e o neocórtex.

As **formulações neuropsicológicas** têm avançando à medida da evolução do conhecimento neurofisiológico, iniciado com as célebres investigações *Paolovianas*, procurando pensar as novas descobertas e

diligenciando provas científicas mais esclarecedoras. No caso da alexitimia, por exemplo, acredita-se que a perturbação pode estar associada a problemas nas conexões entre o néocortex pré-frontal direito e o sistema límbico-hipotálamo ou entre os dois hemisférios (*Pedinielli e Rouan, 1998*).

3.3. EM TORNO DO MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAMI-ALI

Mais recentemente *Sami-Ali* (1984, 1990, 1992) ofereceu-nos um **modelo teórico inovador** que se tem vindo a constituir-se como um valioso contributo para nos **ajudar a pensar a unidade psicossomática da doença orgânica**.

Este autor (1992) propõe um **modelo multidimensional** para o estudo da somatização, sob a forma dialéctica de doze pares de conceitos que, na sua perspectiva, parecem corresponder às **dimensões fundamentais do adoecer somático**.

Um dos eixos principais deste modelo, que procura ajudar a compreender os fenómenos da somatização, reside na conhecida **situação de impasse** – entendida como uma situação de conflito sem saída que configura um bloqueio e, por conseguinte, a doença -, toda ela vista à luz de uma dinâmica muito viva entre, por exemplo, **organicidade, tipo de funcionamento, função do imaginário e factores circunstanciais e vivenciais**, postulado que nos “obriga” a **olhar para a pessoa doente como uma unidade psicossomática**.

Sami-Ali (1992) enfatiza a **importância do relacional** e alerta-nos para uma relação existente antes e depois do nascimento, vincando que estamos em relação desde a concepção, sendo esta a primeira relação, sem sujeito e sem objecto. O sujeito e o objecto vão suceder-se, depois, em **situações reguladas**

pelo relacional e pelo biológico como duas faces de uma mesma realidade em permanente diálogo e interacção.

Para *Sami-Ali* (1992), também, naturalmente, os ritmos são construídos na **relação** e a partir da relação, uma relação que se estabelece antes e se desenvolve depois do nascimento, assumindo a mãe, neste processo, não só um papel de **pára-excitação**, mas também de **sincronizador dos ritmos da criança**.

Ao relevar a relação precoce “*mãe-criança*” na perspectiva dos ritmos, *Sami-Ali* (1992) introduz uma nova dimensão a esta relação: a mãe é, em primeiro lugar, um **sincronizador dos ritmos**, função determinante no estabelecimento dos ritmos, especialmente nos **ritmos do sono-vigília** e nos ritmos de regulação térmica.

Como foi dito no capítulo das “*relações precoces*”, *Sami-Ali*, oferece-nos numa das suas obras - «*Le Rêve et le l’Affect – Une Theorie du Somatique*» (1999) – uma descrição dos afectos como ritmos, propondo mesmo seis pares antagónicos que, na sua opinião, constituem as categorias formais mais importantes dos afectos - «*continuidade/descontinuidade; lento/rápido; amplo/restrito; fraco/forte; profundo/superficial; violento/suave*» -, **tensões e relaxamentos que constituem o ritmo fundamental da experiência afectiva**.

Segundo o autor, este ritmo afectivo é modelado pela mãe nos primeiros meses de vida e são estas **experiências precoces que contribuem definitivamente para o estabelecimento de um ritmo corporal subjectivo**.

Assim, algumas vezes, por dificuldades neste processo, **em vez de um ritmo subjectivo instala-se um ritmo adaptativo em ruptura com a subjectividade** (*Sami-Ali, 1999*).

A **depressão pós-parto da mãe**, por exemplo, pode constituir-se como uma variável importante em eventuais perturbações precoces dos ritmos, exemplo que nos ajuda a pensar que a **problemática das somatizações** pode, também, ser encontrada na perturbação transitória ou permanente da construção dos ritmos corporais.

Em síntese, segundo o autor (1990), para ser pensada na sua unidade esta relação exige a integração das **dimensões do espaço e do tempo**, sublinhando o interesse no estudo dos **ritmos biológicos**, dos **ritmos fisiológicos** e dos **ritmos relacionais** como dimensões fundamentais para a compreensão do fenómeno relacional.

Vimos que em função das **tonalidades das relações precoces**, onde se poderia incluir, também, o «*bebé imaginário*» de *Lebovici*, podem ser facilitadas e promovidas, ou não, a **diferenciação de ritmos individuais**, a **construção de um corpo próprio** e a **noção de espaço e de tempo**, por exemplo.

Como também é possível perceber, algumas vezes observa-se, por exemplo, que algumas crianças parecem possuir **limites corporais mal definidos**, **dificuldades em perceber as relações espaciais dos objectos entre si** e, não constituindo um ritmo individualizado, **não parecem compreender a organização temporal** em termos sociais, quadro muito típico, por exemplo,

das crianças irrequietas. Em algumas conhecidas situações clínicas, mais parece **“o lugar do corpo que não sabe de si”**.

Também a partir da relação precoce com o outro e de uma projecção sensorial que ocorre nos exórdios da nossa existência, o **corpo**, como esquema de representação, parece assumir o seu estatuto de intermediário na **constituição do imaginário enquanto espaço de projecção**.

Mas o que é o espaço do imaginário?

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

A **compreensão desse espaço** pode passar pela análise de elaborações patológicas, por meio, por exemplo, do estudo da histeria, em particular a histeria de angústia essa *«região limítrofe atravessada por zonas sombrias e claras, onde as trocas entre o homem e o mundo passam misteriosamente pela mediação do corpo próprio» (Sami-Ali, 1974).*

Mas, mais do que a patologia, o **sonho**, como uma clara forma de expressão da função do imaginário, **conduz-nos para o centro do imaginário** ainda mais directamente, já que nele se *“objectiva”* o corpo próprio e as suas partes, tanto no espaço enquanto tal, como nos objectos que nesse espaço **circulam**.

De facto, como nos mostra Sami-Ali (1974), «é todo o espaço onírico que deriva da vivência corporal, o continente tanto quanto o conteúdo, o pleno como o vazio...».

Também para Gorot (2001), «o corpo, no processo onírico, é tanto real como imaginário, e a realidade corporal, oferecendo-se à elaboração projectiva, serve de material de base às metamorfoses do corpo imaginário» (p. 98).

É por meio de **movimentos de diferenciação e identificação** que o **sujeito organiza o espaço real como espaço imaginário**, deixando um outro espaço real como espaço que acolhe euclidianamente o conjunto dos objectos da percepção.

A nível do imaginário, o corpo próprio é a imagem do outro, e o outro é a imagem do corpo próprio, ou seja, constitui-se um “duplo” do espaço real no interior do espaço imaginário.

A característica central do espaço imaginário, enquanto oposto ao espaço real, é que o espaço imaginário está centrado na dinâmica do “duplo” ou do “especular” e na dinâmica da inclusão recíproca, **instaurando uma identidade entre o todo e a parte, o dentro e o fora, o perto e o longe: *a* inclui *b* que inclui *a*** (Sami-Ali).

Na teoria de Sami-Ali, o **imaginário aparece como traço fundamental no funcionamento psicossomático**. Como espaço de projecção, esta função **tem um efeito terapêutico sobre o corpo real**.

Nesta linha, e como já foi sublinhado, o mundo onírico do sujeito é altamente valorizado: **o sonho é visto como a projecção do sujeito fora de si e dentro de si, num universo que é ele próprio sendo outro** (*Sami-Ali*).

Deste modo, **o sonho liga-nos à nossa identidade enquanto espécie e enquanto sujeito**. A relação do indivíduo com o seu mundo onírico reflecte, em parte, o seu relacionamento consigo próprio, com os seus conflitos, desejos, forças, medos e afectos, por exemplo, isto é, **o que sonhamos tem necessariamente a ver com o que somos**.

Nesta perspectiva, *«(...) a actividade onírica, já perceptível na vida intra-uterina, pela alternância do sono lento e do sono paradoxal no feto, constitui o próprio núcleo do ser humano e representa o primeiro funcionamento do homem que o liga ao reino animal»* (*Sami-Ali*, 2001, p. 30-31).

Ainda segundo o mesmo autor, *«Mas a essência do sonho está para mim noutra terreno, e é esse facto o que justamente o enraíza na filogénese. Porque o que existe de absolutamente único no sonho, para além das funções que se lhe reconhecem e independentemente das imagens que ele elabora, é que ele é antes de tudo a criação de uma realidade que, certamente, se torna ilusória quando se sai do sonho, mas que não deixa de se afirmar como realidade enquanto dura o sonho»* (*Sami-Ali*, 2001, p. 30-31).

Em síntese, **os sonhos integram-se num processo mais amplo que *Sami-Ali* designa como função do imaginário** e que engloba muitas variantes oníricas diurnas, às quais far-se-á referência já a seguir.

Novamente emergindo do relacional, a identidade como expressão de **subjectividade** define-se, também, pela forma como o indivíduo se relaciona com o imaginário.

No âmbito da problemática que temos vindo a desenvolver, o método clínico parece sublinhar, cada vez mais, que **onde a representação da função imaginária não se concretiza é a anulação da subjectividade que se elabora**, é a construção do conformismo, do literal e do **banal** que se verifica. Aí parece nascer o pseudo-pensamento, ou o não pensamento, aí parece irromper, também, o corpo real como "*locus*" onde o mal se instala.

No **banal** tudo se passa como se o espaço da representação, cortado das suas origens subjectivas, não pudesse ser ao mesmo tempo um espaço corporal onde os objectos são representações do corpo. Por esta falha se parece insinuar a somatização, enquanto ressurgência do corpo real.

Nesta linha, encontra-se, cada vez mais, um domínio da patologia em que o **onírico aparece em continua perca real**, em que o onírico, por recalçamento, é **eliminado da experiência consciente**. A "*morte do subjectivo*" parece ser, assim, a outra face também do "*mal psicossomático*" no seu mais preciso sentido.

O **imaginário tende a reduzir-se** e parece pertencer cada vez mais à banalidade, onde a criação se tornou uma subjectividade sem sujeito. O **enigma da subjectividade sem sujeito** é um "*mistério*" que está presente numa vasta forma de patologia - tudo é absolutamente subjectivo, mas o sujeito não parece existir.

Trata-se de uma nova tonalidade e de um novo padrão na **patologia funcional** - por princípio, os doentes com patologia funcional apresentam um imaginário rico e são capazes de fazer síndromes histéricas e convercionais. Mas aqui, e ao contrário, o que acontece como particular é essa invasão pelo banal.

O **espaço do banal**, tanto quanto o próprio objecto banal, parece assinalar o fim da projecção - o banal é o não subjectivo, o não onírico.

Aparentemente sem reflexão singular ou sentido crítico, acentua-se a **falta de individualidade** e um **défice de diferenciação entre o eu e o não eu**, emergindo, neste contexto, patologias orgânicas graves que atingem pessoas normais e adaptadas, isto é, **pessoas que vivem em ruptura com a sua intimidade onírica**.

Assim, numa patologia psicossomática que podemos caracterizar, ao mesmo tempo, pelo **êxito da adaptação** e pelo **recalcamento de toda a actividade do sonho**, o banal parece ocupar o lugar do imaginário.

Muitas vezes, a adaptação a um funcionamento que lhe é exterior parece implicar o **recalcamento da subjectividade** e a **interdição do imaginário**, notando-se, cada vez mais, a **influência do banal** e o **desvio contemporâneo de um imaginário separado das suas raízes subjectivas**.

Na continuidade do seu pensamento e da sua obra, *Sami-Ali* (2002) introduziu recentemente um **novo conceito entre o banal e o onírico: o ordinário**. Esta nova teorização é vista pelo autor como uma variedade do

banal, intermédia, e que permanece descritiva. Pode-se dizer que **no banal só existe a consciência vigil**, enquanto **no ordinário as duas consciências - consciência onírica e vigil - podem coexistir e dar um novo estatuto ao sonho na consciência vigil.**

Em suma, em mais uma tentativa de síntese intermédia, *Sami-Ali* tem vindo, ao longo de muitos anos, a elaborar um modelo clínico, cada vez mais, compreensivo e articulado em redor da dinâmica de projecção e de subjectividade, ou seja, tem vindo a pensar, de forma muito consistente, a importância da função imaginária no vasto universo da patologia orgânica.

À luz desta formulação teórica, o sonho é, então, integrado num processo mais amplo que *Sami-Ali* designou como **função do imaginário** e que engloba, a par do sonho nocturno, muitas **variantes ou equivalentes oníricas diurnas**, tais como: «*o fantasma, a fantasia, a alucinação, o afecto, a ilusão, a crença, o jogo, a transferência, etc.*» (*Sami-Ali*, 2001, p. 33).

Segundo o autor, «*Todos estes fenómenos nascem igualmente da projecção, esse mesmo poder de criar uma realidade à qual se adere, mas no entanto não são exactamente o sonho, porque se encontram mais ou menos modificados pela consciência vigil (...) importa compreender que não se trata de factos isolados, mas de fenómenos aparentados que derivam do mesmo fenómeno fundamental, o sonho, e que, a partir daí, constituem aquilo a que chamo a função do imaginário. E é tomando em consideração este conjunto de fenómenos pelos quais se define o funcionamento onírico, oscilando entre o sono e a vigília, que se torna possível a bordar a problemática da psicossomática.*» (*Sami-Ali*, 2001, p. 33).

Assim, o sonho, enquanto acontecimento psicossomático, envolve e compromete toda a realidade humana. O sonho nocturno, certamente, mas também os seus equivalentes diurnos referidos. Neste sentido, mais do que o sonho, trata-se do **funcionamento onírico**, cujo desenvolvimento seguimos, numa consciência dos confins do dentro e do fora, oscilando entre o corpo real e o corpo imaginário.

Sobre este assunto, o trabalho mais recente de *Sami-Ali* tem consistido na compreensão, e teorização, de funcionamentos em que há a possibilidade de uma dupla relação de inclusão e de exclusão da **consciência onírica** e da **consciência vigil**, conceitos que, de alguma forma, reformulam o que se disse anteriormente sobre o real e o imaginário – na continuidade, consciência onírica não só como sonhos nocturnos, mas também os equivalentes referidos, em especial o **afecto**, como **prolongamento da actividade onírica na consciência vigil**; para sublinhar a importância deste afinamento, vinca-se que o afecto é uma relação com algo, normalmente com o outro.

Uma das particularidades do funcionamento psicossomático, instaurando uma **ligação significativa entre a actividade onírica e a patologia orgânica**, é que esta ligação se pode interromper dando lugar a um **funcionamento em que os sonhos deixam de existir**: «*não sonho*», «*nunca me recordo dos sonhos*» - trata-se de qualquer coisa que parece impedir a passagem da consciência onírica à consciência vigil (*Sami-Ali*).

Mas o que é o sonho senão a recordação do sonho?

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

O sonho apenas parece existir para ser recordado, o que, no plano humano, introduz de imediato a **dimensão do esquecimento**, a **dimensão do recalçamento persistente**. O que parece especificamente próprio do homem não é o sonho, mas sim a **força interna que conduz ao apagamento do sonho** até o tornar no banal da adaptação perfeitamente inacessível: o absolutamente estranho (*Sami-Ali*).

Efectivamente, a vivência do sonho pode ser vedada pelo **recalçamento**, recurso que pode ser mobilizado como forma de resolver o conflito. No caso específico do funcionamento psicossomático, este «*recalçamento caracterial*» parece perpetuar-se a si mesmo, quer pela ausência do afecto quer pela ausência de sonho. O resultado pode não ser a resolução do conflito, mas o seu desaparecimento como acontecimento interno.

Em última instância – mesmo considerado que todos sonhamos, excepto nos casos de administração de neurolépticos específicos ou de graves perturbações do sono que podem afectar toda a função do sonho -, o **problema fundamental joga-se na possibilidade de existir um recalçamento total da vida onírica que a impeça de pertencer ao funcionamento psíquico**, problema precisamente típico dos doentes psicossomáticos, isto é, eles sonham mas parece perder-se a ligação entre o sonho e os seus equivalentes.

No caso deste «*esquecedor definitivo*» - «*não sonho*»; «*nunca me recordo dos sonhos*» - parece ser um esquecimento daquilo que o une ao mais profundo de si mesmo e dos outros, simbolizando bem a «*tragédia actual da ausência de imaginário*» (Sami-Ali).

Mas o recalçamento caracterial não se singulariza apenas pela ausência de sonhos, mas sobretudo pelo seu desinteresse, onde nenhum lugar parece estar reservado ao sonho no funcionamento psíquico.

Também em certas pessoas, todos os sonhos que a memória é capaz de guardar são **sonhos sobre o trabalho**. Aqui, sonhar com o trabalho parece ser a negação de sonhar, «*o sonho banal parece responder sobretudo a uma injunção interna que é a de continuar a trabalhar, mesmo lá onde se tem toda a latitude para não o fazer. Aqui o desejo do sonho é o de não ter desejo de sonhar. Prossegue-se assim uma actividade que é a do estado permanente de vigiância. Neste caso, o sonho não esconde nada, ele coincide com a sua existência literal e dele se pode dizer o que Andy Warhol dizia acerca da sua obra: “não há nada por detrás”*» (Sami-Ali, 2002, p. XXVI).

A tentar concluir, socorremo-nos, mais uma vez das palavras insubstituíveis do autor em apreço: «*(...) a tarefa terapêutica mais urgente consiste em compreender que existe um impasse determinante de todo o funcionamento caracterial e que confere ao sonho a sua posição paradoxal de ser, simultaneamente, aquilo que permite ultrapassar o traumatismo e aquilo que o precipita. E, no entanto, a actividade onírica continua a ser o único fio condutor susceptível de fazer chegar à saída do labirinto. Como reconciliar exigências tão contraditórias? Trata-se, com efeito, de efectuar um duplo movimento: por um lado, reconhecer que a vida onírica, oculta*

até aí, pode emergir subitamente numa relação com o outro, na medida em que os sonhos só encontram o seu lugar no funcionamento, porque o encontram precisamente na relação; por outro lado, instaurar uma verdadeira propedêutica da vida onírica, estabelecendo entre os sonhos e os acontecimentos do passado ligações simples e verdadeiras. No entanto, para lá desse trabalho preparatório, perfila-se o impasse que anula qualquer avanço e torna todas as saídas igualmente impossíveis. É indispensável que o terapeuta tenha uma consciência aguda desta impossibilidade, para se dar conta de que a verdadeira questão não é a de saber como sair do impasse, mas, é, precisamente: quais são as condições internas e externas que conduziram ao impasse. E para isso é necessário que haja uma grande participação da vida onírica que, em todo o caso, não pode pertencer ao funcionamento, a não ser que o funcionamento caracterial mude notavelmente (Sami-Ali, 2001, p. 46).

Mas porquê o sonho? Porquê conceder ao sonho este papel fundamental na elaboração do impasse em relação com a patologia orgânica?

Resposta: «O sonho, fenómeno psíquico e ao mesmo tempo biológico, permanece o único exemplo de uma actividade criadora onde se pode imaginar o inimaginável e reconciliar o irreconciliável. É sobretudo, originalmente, este poder de criar uma realidade que escapa à contradição. Esta possibilidade de todas as possibilidades é em princípio dada a todos, naturalmente, regularmente, durante quatro ou cinco períodos de intensa actividade cerebral por noite. E não há uma receita mágica que nos permita servir desta magia, mas um trabalho infinitamente paciente de relacionar, de retomar, de questionar, em que todos os recursos do sonho, no terapeuta, devem surdamente acompanhar o percurso lógico. Nestas condições, em estado de vigília, a abertura ao sonho permanece total: trata-se menos de interpretar do que,

verdadeiramente, de descobrir. Só uma tal prática de sonhos é capaz de transformar o funcionamento caracterial e dar ao conflito, conduzido às suas raízes históricas, a possibilidade de se elaborar de outro modo. O facto de o sonho conter potencialmente este poder de pensar o impensável, só por si já lhe confere um carácter paradoxal, que lembra esta fase do sono justamente denominada paradoxal, na medida em que ele reúne perfeitamente uma actividade cerebral próxima do estado de vigília e um sono profundo em ruptura com o meio. Parece que nos encontramos aqui em presença de um único e mesmo processo criativo, transcendendo a oposição do real e do imaginário, e deixando-se entrever, ao mesmo tempo, do lado de dentro e do lado de fora.» (Sami-Ali, 2001, p. 46).

Procurando compreender o **fenómeno da somatização**, a teoria de Sami-Ali aparece assim como uma das mais consistentes reflexões sobre a **subjectividade**, o **corpo** e o **imaginário** que nos são dados a conhecer.

3.4. A TEORIA PSICOSSOMÁTICA DE COIMBRA DE MATOS

António Coimbra de Matos é um autor diferente. Procurar desenhar uma síntese em torno de alguns conceitos e conceptualizações teóricas de Coimbra de Matos constitui-se como um desafio **tão fascinante quanto difícil**, essencialmente por dois motivos: (1) porque a riqueza do vasto acervo clínico/científico que, felizmente, o autor nos tem comunicado entrecruza-se de uma tal forma que qualquer tentativa de resumo, por mais desadornada despretensiosa que se pretenda, como é o caso, arrisca-se a cair em **amputações comprometedoras** e porque (2) a **singularidade** da sua comunicação escrita, expressando pensamentos e manejando as palavras como poucos, torna particularmente espinhosa a tarefa de procurar sintetizar alguns dos seus modelos teóricos – até porque, parece, as ideias só fazem pleno sentido se forem expressas com aquelas irrepetíveis palavras, naqueles precisos momentos e com aquela rede e trama comunicacionais inigualáveis, tamanha a força da subjectividade que brota do seu pensamento.

Assim, na tentativa de resolução deste “*conflito*”, pretende-se, de seguida, apresentar uma **breve revisão teórica sobre as suas principais conceptualizações em psicossomática**, procurando uma linha que nos conduza **do geral para o particular** - para nos parecer mais fácil e mais integradora dos conceitos em análise -, exercício que precisará, muitas vezes, de convocar as palavras sábias do autor.

Na esteira das tentativas de resolução do “*conflito epistemológico*” nascido do, intrincado, compromisso de produzir ciência a partir do par “*psique-soma*”, a evolução das conceptualizações em psicossomática ainda assim, tem permitido ultrapassar velhos paradigmas de causalidade linear.

Como já foi referido neste estudo, a indispensabilidade de compreender a doença orgânica a partir de uma esfera de causalidade, dita, multifactorial, com impacto sistémico, é hoje, cada vez mais, reconhecida por todos, tão influente é o **diálogo entre o biológico e o relacional** e tão necessária é a **melhoria de respostas terapêuticas para certas patologias**.

Hoje a moderna psicossomática - «*psicossomática de terceira geração*» (Coimbra de Matos, 2003) - ao tentar **pensar** este grande “*mosaico*”, procura aceder não apenas a uma dimensão holística de expressão, de elaboração, de construção de significados e de compreensão, mas já de intervenção sobre a problemática, valorizando **todos** os factores implicados na génese, manutenção e evolução da doença especificamente naquela pessoa doente.

Comecemos, então, por responder ao primeiro conceito que nos deve encaminhar: **mas o que é afinal a psicossomática?**

Na saúde como na doença, a **pessoa é uma unidade**. Deste modo, não é possível compreender-se o funcionamento normal ou os desvios patológicos de qualquer das partes - biológica, psicológica, social ou relacional - sem ter em linha de conta cada uma delas na sua interacção permanente.

Para *Coimbra de Matos*, a **psicossomática** pretende justamente constituir-se como a disciplina científica que «(...) *estuda os efeitos biológicos dos fenómenos psicológicos, isto é, os efeitos no soma do pensamento, das emoções e do comportamento, ou como se diz na psicologia tradicional, do pensar, do sentir e do agir. Em sentido mais amplo, é o estudo dos subsistemas soma e mente da unidade psicossomática.*» (2002f, aulas do mestrado em psicossomática).

Assim, e a exemplo de outras ciências, neste processo também a psicossomática não se deve furtar ao cíclico desafio de deixar cair “velhos” paradigmas, sempre que insatisfatórios, e ajudar à emergência de “novos” paradigmas, com melhores e mais consistentes resultados e contribuir, em última instância, para o aprofundamento da teoria, metodologia e clínica psicossomáticas.

A «*nova vaga da psicossomática*», de *Coimbra de Matos*, parece-me que procura, deste modo, compreender a doença, a pessoa e o seu “*drama existencial*” no adoecer, introduzindo, nesse movimento e “*olhar*” constantes entre o biológico e o relacional, **um novo modelo na compreensão etiopatogénica da doença orgânica em geral**, sem contudo o sobrevalorizar, porquanto agora importa a qualidade e eficácia da intervenção terapêutica - contributos, certamente, com um impacto, ainda, mais forte nas próximas gerações de clínicos, logo que as suas teorizações se tornem, inevitavelmente, mais compreendidas.

Naturalmente, o **modelo teórico** continua a ser muito importante porquanto sustenta o «*diagnóstico compreensivo*» e, conseqüentemente, o **sucesso terapêutico** alumiado.

Assim, o autor articula e desenvolve os conceitos de «*depressão falhada*», «*sonho falhado*» e «*raiva amordaçada*» como a **trama psicopatológica do “mal psicossomático”**.

Na **depressão falhada**, por assim dizer, não se chega a dar uma verdadeira depressão, a pessoa não sente a depressão, resigna-se sem consciência – o trabalho depressivo, como sabemos, pode ser fundamental como oportunidade para elaborar os acontecimentos vividos.

«A depressão falhada diminui, dada a falta de ressonância emocional à perda/carência afectiva, a capacidade de mentalização e de expressão da zanga; isto é, leva ao sonho falhado e à raiva amordaçada. É a tríade psicopatológica da doença psicossomática: depressão falhada, sonho falhado, raiva amordaçada.» (Coimbra de Matos, 2003, p. 34).

É como se não houvesse consciência das perdas emocionais, e sem consciência não pode haver reconhecimento das falhas, conjugação que pode impossibilitar a optimização das respostas ou mesmo a resposta. Por exemplo, no caso de uma situação de ameaça, necessidade de ataque ou fuga, não se faz uma coisa nem outra, paralisação ou **conflito interior que pode encontrar no soma**, na falta de outras mais acessíveis, **a melhor alternativa para a inevitável descarga**.

Como, melhor, explica Coimbra de Matos: «Quando em perda, desiludido, o sujeito não tem acesso à depressão (verdadeira, 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”, uma espécie de hibernação com fraca capacidade de resposta aos estímulos agressivos; então, a adaptação biológica falha e a doença instala-se. O desencadeante, recente ou remoto, da doença psicossomática manifesta é uma perda afectiva (como em toda a depressão) que não é reconhecida, desenvolvendo-se apenas a reacção biológica de retirada da luta pela sobrevivência (pelo esforço na luta), mas uma desistência – a “morte” da luta biológica pela vida.» (1999b, p. 9).

Nesta linha, a **depressão falhada** não se chega a organizar mentalmente, é uma depressão sem objecto, expressa apenas na dimensão biológica em quebra, onde se destaca a depressão imunológica, ou seja, há uma baixa da resposta dos sistemas biológicos de adaptação e um enfraquecimento das capacidades de auto-regulação e de auto-reparação do organismo (Coimbra de Matos, 2003).

Esclareça-se, desde já, que esta noção de **depressão falhada** não é sinónimo de um outro constructo teórico também muito trabalhado pelo autor, o de «*depressividade*» - depressividade e depressão falhada são conceitos diferentes que procuram reflectir realidades psicopatológicas distintas embora próximas, não são iguais mas podem coexistir (Coimbra de Matos, 2003).

Segundo o autor (2003), na **disposição psicossomática sobressai mais a depressão falhada**, enquanto a **depressividade** é mais um padrão de carácter

depressivo que parece representar uma predisposição à doença depressiva, como que um «(...)traço de personalidade constituído por uma depressão latente e larvar com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva» (p. 33).

A este propósito, de acordo com *Coimbra de Matos* (2003), os factores **psicopatológicos da depressividade** gravitam em torno de quatro dimensões: (1) submissão a um supereu disperso, primitivo e imaturo; (2) abatimento geral, desânimo e propensão à desistência; (3) inibição fóbica; (4) baixa auto-estima.

Para terminar as comparações, o conceito de **depressão falhada** tem mais afinidades com o de “**depressão essencial**”, de *Pierre Marty*, e o de **depressividade**, com os de “**depressão a priori**” e “**depressão caracterial**” de *Sami-Ali* (*Coimbra de Matos*, 2003).

Continuando o desenrolar da trama psicopatológica anunciada pelo autor, de onde parece emergir a doença psicossomática, e para terminar a explanação do primeiro dos três vértices apresentados, recupere-se uma passagem do pensamento de Coimbra de Matos comunicada, por escrito, em 1990: «A ausência ou insuficiência do bom objecto interno – o mesmo é dizer, a inconstância e condicionalidade do amor do objecto pelo sujeito – geram um clima afectivo interior que, ou se sofre – e o indivíduo deprime-se -, ou se nega – e o sujeito adoce: é então o corpo que vacila e cede. Com efeito, a depressão ou é assumida como doença mental e pode eventualmente ser elaborada (é o deprimido, que sofre psiquicamente e tem possibilidade de vir a curar-se) ou não é aceite como doença psíquica e faz sofrer o corpo com a sua repercussão interna ou a sociedade com as suas

distímias irritadas e descargas agressivas (é o depressivo, que adoecer somaticamente e/ou provoca sofrimento nos outros).» (pp. 67-68).

Com efeito, para o autor, para além do efeito sobre o corpo, a depressão falhada parece reenviar, na sua origem, para uma **perda empática inicial** e reiterada, sublinhando a insatisfatória resposta objectal de contacto, ao nível da leitura e satisfação das necessidades básicas na **relação precoce**.

Anos depois, o autor ao debruçar-se sobre esta interrogação parece ratificar: *«A depressão falhada é devida a uma falha empática – falta de compreensão empática e resposta adequada do objecto de vinculação (mãe, em regra). A falta de intuição, empatia e investimento amoroso do bebé pelo prestador de cuidados está na origem desta falha básica que condiciona esta reacção depressiva, de desistência, que é a depressão de todo o ser/organismo sem vivência depressiva a que chamamos depressão falhada.» (2003, p. 35).*

A **relação primária com o primeiro objecto de amor**, habitualmente a mãe, é a **experiência fundadora do desenvolvimento psico-afectivo da criança**, onde ela se vê e revê e consegue, ou não, os alicerces de uma **identidade própria** e necessária. Por esta altura, a vida mental do bebé, animada pela paixão de quem dele cuida, depende muito da qualidade do investimento parental e se esta se revelar insatisfatória a mente do bebé não se desenvolve e a sobrevivência torna-se indiferente, desinteressada e pouco colorida.

Efectivamente, na **construção identitária** – processo que decorre da identidade biológica, mas que se revela fortemente condicionado pela natureza

da circulação de afectos que envolve a criança - **o objecto de amor primário representa uma dimensão fundamental.**

E por aqui, nas primeiras etapas da construção de uma identidade psíquica básica, o **rost**o assume a marca dessa construção, é o que define e identifica o bebé, ele identifica-se com a imagem que o cuidador lhe devolve, é reconhecido pelo seu rosto e amado por ser único e belo aos olhos de quem dele cuida (Coimbra de Matos, 1996).

Em suma, aponta-se para a existência de um **insuficiente investimento no bebé por parte dos pais**, no sentido de o tornar um ser **único e especial, narcisado, amado**, promotor de uma **auto-estima estável**, de uma **identidade própria**, de uma **subjectividade com sujeito** e de um **self consistente**, psíquico e corporal, **como uma unidade.**

Por outras palavras, em resultado deste investimento parental insatisfatório, não tendo recebido amor suficiente, o sujeito não vive a experiência fundamental de ser amado, vivência fundadora sem a qual o desenvolvimento saudável da mente fica comprometido (Coimbra de Matos, 2003).

Nestas condições - como a matriz do sonho é a relação e sem relação é o nada (Coimbra de Matos, 2002b) - «(...) **É o sonho falhado, o desejo abortado, a sobrevivência sem vivência. Sem sonho, resta a adaptação e o desenvolvimento cognitivo. A clivagem razão/emoção com desprezo pelo afecto e hiperinvestimento no real e lógico será, porventura, o processo efectivo no desenvolvimento da vulnerabilidade somática.**» (Coimbra de Matos, 2003, p. 35).

Naturalmente, esta falência da função do imaginário, este pensamento de calibre operatório, esta produção precipitada em **sonho falhado** entronca na depressão falhada, daí a trama - na fantasia também se encontram soluções.

Como explica o autor, melhor do que ninguém, «*Mas sem amor não existe a possibilidade de perdê-lo. A depressão não se desenvolve – é a depressão falhada. A depressão vivida permitiria a elaboração da perda e o renascimento da esperança. A carência de afecto, não consciencializada e elaborada psicologicamente, repercute no organismo biológico como hipotonia geral e perturbações da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária.*» (Coimbra de Matos, 2003, p. 35).

Reforçando esta ideia, as dificuldades na reacção psíquica às agressões sofridas, por deficiências graves no funcionamento do sistema psico-afectivo, uma espécie de primeira barreira aos estímulos agressivos do meio – recorde-se, a primeira reacção ao ambiente é emocional e psicológica -, sujeita o organismo biológico à acção directa e persistente de uma tensão stressante, enfraquecendo e **desregulando as funções adaptativas dos sistemas psiconeuroimunológicos** atrás referidos. (Coimbra de Matos, 2003).

Por fim, para completar a tríade conceptualizada pelo autor, a frustração não vivida psicologicamente opera uma espécie de irritabilidade no funcionamento orgânico, por excesso de tensões sem possibilidade de descarga por vias psíquica e comportamental, originando a «*raiva ou zanga amordaçada*», (Coimbra de Matos, 2003).

Na raiva ou zanga amordaçada há uma **contenção da agressividade do sujeito**, que não consegue ser colocada fora dele, aumentando, naturalmente, os

níveis internos de tensão ou stresse. Assim, por dificuldades em exercitar saudavelmente esta raiva contida, na impossibilidade de utilizar o *acting-out* - tendência à descarga exterior, a agir no comportamento externo, na relação com os outros e com o mundo -, o recurso parece ser o *acting-in* - a agressividade acumulada descarrega sobre os órgãos internos -, ou seja, confirma-se a impressão há muito conhecida de que **aquilo que não consegue explodir acaba por implodir.**

Nesta linha, evocando o conhecido e meritório trabalho de *Mellita Sperling*, pensa a doença psicossomática também como a consequência da inflexão da agressividade, da inversão pulsional sobre o organismo, isto é, estes impulsos não se conseguem esvaír pelo comportamento sobre o exterior e acabam dirigidos contra o próprio corpo, num acto orientado para dentro, é o agir através dos órgãos internos (*Coimbra de Matos, 1990*).

A validar esta tese, parece estar o facto de, a maioria das vezes, quando o comportamento manifesto se torna livremente agressivo, a patologia psicossomática melhora visivelmente - «*O que importa é saber como e porquê se constitui tal acervo de agressão contida (raiva, ressentimento, ódio, desejo de retaliar). O que é preciso é saber quando e de que maneira o paciente pode assumir os seus afectos constrangidos, elaborar a dor e o sentimento de injustiça, reparar os danos e prejuízos sofridos, como e em que tempo pode ele acusar, perdoar e reconciliar-se.*» (*Coimbra de Matos, 1990, p. 66*).

Generalizando, sempre que o sofrimento psíquico não é suficientemente expresso a nível afectivo e ideativo - por emoções e pensamentos -, com a

correspondente tradução em palavras, gestos e actos, pode ser eminente a doença orgânica. Representa-se um sofrimento psíquico de banda larga, desde o medo à vergonha passando pela culpa, ou afectos de grande desgaste no organismo como a ansiedade, a depressão e o ressentimento - por exemplo, no caso do medo desencadeia-se agressividade e, nesta lógica de dificuldades, é o próprio medo que bloqueia a sua expressão comportamental; assim, forma-se um foco irritativo intra-muros, um **sistema implosivo** actuante que pode ajudar a explicar algumas lesões de natureza orgânica (Coimbra de Matos, 1990).

Este **novo modelo compreensivo da doença psicossomática**, agora apresentado, resulta, primeiro, de um **conjunto muito rico de interrogações** por parte do autor e, nesta esteira, de **uma vasta, dinâmica e articulada reflexão em torno do adoecer psicossomático**.

Nesta esfera, qualquer breve observação à cronologia evolutiva dos conceitos patentes na sua obra, regista, sem dificuldade, um encadeamento, uma transversalidade e uma actualidade que importa avivar e sublinhar nesta parca revisão teórica, porquanto essas teorizações ligam-se ao que já foi escrito e ajudam a melhor compreender a unidade psicossomática em análise - é o que se fará de seguida, convocando, para finalizar o exercício, breves notas sobre o «*recalcamento primário*» e o «*impasse emocional*», para, depois, terminarmos com a tentativa de caracterização da «*personalidade psicossomática*».

O **recalcamento primário**, ou repressão primária, é uma outra dimensão ou factor psicológico reconhecido com poder etiopatogénico na patologia psicossomática, funcionando, no essencial, como um mecanismo primitivo de

defesa psíquica ou do Eu, de exclusão da consciência, pela não representação e não integração mental do acontecimento traumático, ou seja, uma espécie de mecanismo de clivagem, forte e não permeável, como convém, que consiga isolar o afecto do acontecimento vivido.

Deste modo, *«O afecto, desligado da representação da experiência vivida, difunde pelo psíquico e pelo somático – colorindo o humor e perturbando o funcionamento do organismo – ou acumula-se em bolsas de contenção que drenam para o exterior (em explosões emocionais e através do comportamento) ou para o interior sobre o soma e causando a disfunção/lesão orgânica. O impulso activado tem o mesmo destino: represado ou com descargas periódicas na conduta ou nos órgãos, ou actualizado em comportamento compulsivo persistente ou perturbação somática crónica.»* (Coimbra de Matos, 1990, p. 69).

Em economia no sofrimento psíquico depressivo - como vimos, uma das principais razões do adoecer somático -, concretizado o **sonho falhado**, auto-agredindo-se na sua **raiva amordaçada**, socorrendo-se de um falso self adaptativo cada vez mais desgastado, mobilizando um mecanismo de clivagem que lhe permite o isolamento afectivo, ao ponto de **falhar a depressão**, o psicossomático vive um impasse afectivo e relacional - e, naturalmente, biológico ou com reflexos no orgânico - denominado pelo autor de *«impasse emocional»* (Coimbra de Matos, 2003).

A terminar, para o autor a **personalidade psicossomática** define-se, então, como uma estrutura pré-depressiva resultante de uma falha empática precoce, com forte impacto no desenvolvimento emocional, fantasmático e

simbólico do sujeito – a dimensão e a natureza da falha narcísica parece que impossibilita a estruturação de uma verdadeira mente, pronta a criar. Assim, a capacidade de reconhecimento do outro fica, também ela, comprometida, acabando por sobreviver de forma monótona e desinteressante, mesmo assim à custa de um grande esforço adaptativo (Coimbra de Matos, 1999).

Na personalidade psicossomática a «*eficácia adaptativa*» e a «*habilidade operacional*» acabam por, de alguma forma, encobrir a contínua desvalorização no self e a constante hemorragia narcísica, com conseqüente perda de auto-estima global (Coimbra de Matos, 2003). O impasse afectivo e relacional, esse parece cristalizado: «*não ama, nem odeia; apenas está (na verdade, sem estar) na relação.*» (Coimbra de Matos, 2003, p. 127).

A finalizar:

- «*O psicossomático é bom, mas a gente não sabe (nem ele) onde está a sua bondade; zanga-se, mas não se sabe qual o sentido da sua zanga; às vezes está triste, mas ignora-se qual a sua tristeza; outras, parece alegre, mas não se percebe em que consiste a sua alegria. Está e circula – as mais das vezes em velocidade de cruzeiro. Nota-se pouco, Pois nota! É tão certinho que mais parece uma peça da engrenagem social. E se faz barulho, é porque gripou, que o seu motor é bem silencioso.*» (Coimbra de Matos, 2003, pp. 127-128).

- «*São indivíduos bem treinados no jogo social e nas perícias intelectuais. Só que não são os senhores do jogo – como os neuróticos – mas os escravos do jogo: Nada têm de loucos geniais, mas bastantes de “máquinas de pensar” (pseudo-pensar) e muito de “estivadores intelectuais”. Falta-lhes, porém, a inteligência emocional, com a*

capacidade para amarem e sobretudo a disponibilidade e destreza para serem amados. O gozo passa-lhes ao lado – é um luxo para quem tem tão pouco cabedal narcísico.»

(Coimbra de Matos, 2003, pp. 223-224).



II. PROBLEMÁTICA

II. PROBLEMÁTICA

Serviram as escolhas do anterior quadro teórico apresentado para nos ajudar a tentar fundamentar os intentos da nossa investigação.

Anuncia-se, agora, como principal **objectivo desta pesquisa o estudo exploratório de dois casos clínicos em torno de duas patologias somáticas distintas**– a *Síndrome de Cushing* e a *Diabetes Mellitus Tipo 1* (insulino-dependente) –, à luz de algumas teorizações em psicossomática, nomeadamente as conhecidas e prestigiadas ideias de **Sami-Ali** e o pensamento e interessante acervo científico produzidos por **Coimbra de Matos**.

Sobre as patologias orgânicas em análise – ambas incluídas nas “*Afecções Endócrinas*” (Tierney et al, 2003), ou na grande dimensão “*Endocrinologia e Metabolismo*” (Fauci et al., 1999) –, no caso da **Diabetes Mellitus tipo 1** a doença tem a sua **etiopatogenia** assente num, ainda, intrigante **processo auto-imune** dirigido contra as células beta dos ilhéus pancreáticos, com conseqüente deficiência de insulina necessária à sobrevivência do organismo, enquanto a **Síndrome de Cushing** resulta da **hiperfunção da glândula supra-renal** e da utilização excessiva de cortisol, **processo e circuito susceptíveis**, como sabemos, **a influências e interacções emocionais e relacionais**.

Tanto numa como noutra patologia, a investigação científica, também, em **psicossomática** tem vindo a produzir estudos, muitos deles a partir da clínica, com o propósito de perceber melhor este “*adoecer somático*”.

Na **Diabetes Mellitus tipo 1**, procuram-se esclarecimentos que permitam explicar, melhor, porque é que o sistema imunológico do organismo se baralha a ponto de atacar as suas próprias estruturas, **confundindo o reconhecimento do Si e do Não Si**, relacionando a resposta **imunitária** do sujeito com, por exemplo, as dimensões da **identidade** e da **conflitualidade**.

Nas endocrinopatias, como é o caso da **Síndrome de Cushing**, as investigações em **psiconeuroendocrinologia** procuram agilizar a compreensão dos mecanismos desde a sobre-estimulação do sistema límbico e do hipotálamo à excessiva secreção hormonal responsável pela doença, **relevando a importância dos factores emocionais, psíquicos, relacionais ou ambientais**, como lhe queiramos chamar, como o stresse, por exemplo, na emergência e evolução desta complexa e, ainda, de alguma forma, *“enigmática”* entidade clínica.

Assim, atendendo à matriz conceptual e desenho metodológico utilizados, vinca-se o carácter **exploratório desta investigação** e assume-se que é **um trabalho de relação**. A partir das opções e modelos agora anunciados, procura-se pensar e tentar compreender a doença, a pessoa e o seu *“drama existencial”* no adoecer - despretensiosamente e sem amarras que tolham a livre fruição dos movimentos cognitivos entre relacional e o biológico; certamente mais sobre o relacional, porquanto as competências sobre o biológico são comparativamente inferiores.

Apresentada e fundamentada a problemática do estudo, atente-se, a seguir, no desenvolvimento e descrição das principais fases e **escolhas metodológicas** que permitiram a sua efectiva realização.

III. METODOLOGIA

O MÉTODO CLÍNICO DE ESTUDO DE CASO

AMOSTRA

INSTRUMENTOS

A Entrevista Clínica Não Directiva

O Rorschach

O Desenho

PROCEDIMENTOS

3.1. O MÉTODO CLÍNICO DE ESTUDO DE CASO

O método clínico colheu na **prática clínica** aquilo que constitui a sua unidade: a convicção de que apenas um **estudo aprofundado e prolongado** de indivíduos isolados, cuja individualidade seja reconhecida e respeitada e que sejam considerados «*em situação e em evolução*», possibilitará a **compreensão** desses indivíduos (Reuchlin, 1989).

Ao exigir um **espaço de relação** e, portanto, um **espaço de intersubjectividade**, este método permite-nos, por um lado, a **recolha de dados** e, por outro lado, **aceder à complexidade e singularidade** que caracteriza o **sujeito**, condição indispensável para a abordagem que se pretende.

Ao procurar encarar o sujeito como uma **unidade**, e ao enfatizar a importância da dimensão **relacional**, a incontornável utilização do **contexto relacional** por parte do método clínico de estudo de caso confere, a este, o reconhecimento como **uma das metodologias mais privilegiadas para o estudo e investigação** do chamado “**funcionamento psicossomático**”.

Nesta linha, o “*estudo de caso*” apresenta-se-nos como um **trabalho de relação e de compreensão** e não apenas a busca de uma explicação linear para o fenómeno em causa. Este modelo possui a enorme vantagem de conceder uma maior **importância ao subjectivo e ao intersubjectivo da relação**, permitindo, simultaneamente, a **criação de um espaço de projecção**.

Por último, o seu papel dito de "*vanguarda*" levanta, muitas vezes, **novas questões e problemas** que poderão vir a ser confirmados pelo método experimental e estudos quantitativos, contribuindo assim, decisivamente, para **a construção do edifício teórico.**

3.2. AMOSTRA

A amostra deste estudo foi recolhida a partir da actividade desenvolvida em dois estágios em psicossomática, ao longo de quase dois anos, entre Janeiro de 2001 e Novembro de 2002, realizados em duas instituições e serviços de saúde públicos que atendem e acompanham pessoas com patologia orgânica.

Nos dois locais de estágio - Hospital de Santa Maria, em Lisboa, mais precisamente na *Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de Diabetes e Nutrição*, e um Centro de Saúde da Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo - foram apresentados e muito bem aceites, diga-se, os propósitos da pesquisa e daí resultou o acesso a um conjunto de pessoas com as seguintes patologias somáticas: Diabetes Mellitus; Asma; Artrite Reumatóide e Síndrome de Cushing, doenças antecipadamente sinalizadas com muito interesse para o estudo a realizar.

Assim, já integrado nas respectivas equipas, tanto numa como noutra Instituição os doentes foram previamente informados do cariz científico e académico dos eventuais acompanhamentos, podendo, naturalmente, optar ou não pela sua participação na investigação, conforme se pode observar, em anexo, nas transcrições das primeiras entrevistas dos dois casos apresentados (anexos 2 e 4).

Relativamente à Diabetes Mellitus os doentes foram encaminhados a partir da triagem efectuada pela Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de

Diabetes e Nutrição, do Hospital de Santa Maria, enquanto nas outras três patologias - **Asma; Artrite Reumatóide e Síndrome de Cushing** - os doentes foram encaminhados por intermédio dos respectivos **médicos de família** do **Centro de Saúde**.

Inicialmente, a partir dos casos em acompanhamento, foram seleccionados aleatoriamente **um doente por cada patologia em estudo** - num esquema simples de "*papelinhos*" dentro de um saco opaco, valia o nome do primeiro doente, por cada doença, tirado em sorte -, justamente porque todos estavam nas mesmas condições quanto ao número de sessões (20) e à restante metodologia utilizada e dados recolhidos.

Mais tarde, já na fase de tratamento e análise dos resultados, por condicionalismos do investigador, nomeadamente os que decorrem do prazo de entrega da tese que agora se apresenta, foi tomada a opção de reduzir para apenas dois o número de casos a estudar, seguindo exactamente o mesmo processo de selecção aleatória, calhando em sorte, por fim, um caso de **Síndrome de Cushing** e outro de **Diabetes Mellitus tipo1**.

Deste processo resultam, assim, os casos de uma mulher de 31 anos com diagnóstico de **Síndrome de Cushing**, aqui chamada de Odete, e o do Francisco, um rapaz de 22 anos com **Diabetes Mellitus tipo 1**.

3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Quem avalia deve estar atento aos pressupostos inerentes à avaliação, conhecer os instrumentos que utiliza, compreender as limitações dos mesmos e dominar os procedimentos que lhe são necessários.

Costuma-se dizer que "*um teste vale o que vale*", boa consciência daqueles que, apesar das informações preciosas e importantes que podem recolher, e que não devem desprezar, sabem que nenhuma medida, psicológica ou outra, está livre de erros.

Sob a égide do método clínico de estudo de caso, algumas **técnicas e instrumentos de avaliação** utilizados – desde que se controle o perigo de não nos afastarmos do sujeito a investigar, afinal, o seu grande objectivo e aquilo que, verdadeiramente, o distingue dos outros métodos – podem, também, ajudar-nos a recolher informação complementar e, conseqüentemente, **ajudar a pensar, neste caso, a unidade da pessoa doente.**

Em concreto, os **instrumentos de recolha de dados** utilizados na presente investigação foram, por esta ordem, a **entrevista clínica não directiva**, o **teste projectivo de Rorschach** e o **desenho**, livre e da figura humana. De seguida, procurar-se-á caracterizar, de forma breve, cada um dos instrumentos em apreço.

3.3.1. A ENTREVISTA CLÍNICA NÃO DIRECTIVA

Do ponto de vista histórico, a **entrevista** tem sido vista como um encontro face a face entre indivíduos para uma conferência formal num determinado tempo. Assim, é um **instrumento** que, através da troca verbal, procura a recolha de informações por parte do entrevistador.

No caso da **entrevista clínica** representa, muitas vezes, o contacto inicial entre o técnico e o doente, processo dinâmico e criativo que, no essencial, consiste num método de recolher informação através da palavra ou de questões colocadas - **maioria de informação recolhida que só muito dificilmente poderá ser conseguida de outra maneira ou com outro instrumento.**

«Mas a entrevista clínica é mais do que isso. É o processo pelo qual o entrevistador tenta compreender todos os factores – biológicos, psicológicos e sociais – que desempenham um papel no aparecimento da doença e que vão afectar a recuperação do doente.» Enelow et al. (1999, p. 15).

Nesta linha, a **entrevista em saúde é um instrumento de avaliação**, entre outros, como, por exemplo, os testes psicométricos ou projectivos, usado, também, naturalmente, como sistema de interacção no processo de recolha de informação e intervenção e, mesmo, considerado, por alguns autores, como o mais poderoso instrumento clínico.

No caso da investigação em exame, sem desprezar os atributos anteditos, na **concepção das nossas entrevistas** internalizou-se como **verdadeiramente**

importante a exigência na construção de um espaço e um tempo que tratassem bem a dimensão humana.

Ao enfatizar a importância da **dimensão relacional** e ao procurar encarar o sujeito como uma **unidade**, esta preocupação com o **contexto relacional** pretendeu alcançar um **espaço de relação e de projecção** onde a díade entrevistador/entrevistado - num processo dinâmico e criativo e de influência mútua - conseguisse navegar num **espaço e num tempo de intersubjectividade**, ou seja, num “**encontro de subjectividades**”.

Deste modo, pelo exposto, considerou-se que a **entrevista aberta** - também designada **não estruturada** ou **não directiva** - seria a que melhor servia os intentos da investigação, nomeadamente ao permitir aceder ao **discurso espontâneo** e à livre **fruição das ideias do entrevistado**, isto é, as sessões fluíam conforme as **inquietações**, a **iniciativa** e os **assuntos apresentados pelos sujeitos**.

Só secundariamente se procuravam avaliar hipóteses diagnósticas e outra recolha de informação, entretanto, e quase inevitavelmente, sinalizada mentalmente para explorar com o decorrer da relação estabelecida - neste caso, as intervenções espontâneas remetiam essencialmente para o quadro teórico de referência, recorde-se, as teorizações de *Sami-Ali* e de *Coimbra de Matos*.

Ao **encarar o sujeito como uma unidade**, acreditava-se, assim, que um **instrumento com estas características** poderia permitir aceder a **mais dimensões da sua vida**, e de forma **mais ampla e profunda**, ou seja, em teoria,

a entrevista não directiva promove o **acesso à complexidade e singularidade que caracteriza o sujeito**, mais do que à **recolha biográfica de dados**.

Na linha do cruzamento ou entrançamento dos predicados deste tipo de entrevista, uma palavra final para a inevitabilidade da **observação**, para muitos autores considerada não apenas uma técnica ou instrumento mas também um método, comum a vários tipos de metodologias científicas.

A **observação** - como percepção de um acontecimento, de um comportamento ou de um documento, incidindo, portanto, no domínio das condutas exteriorizadas (verbais e motoras/gestuais) - é um instrumento privilegiado na recolha de dados, constituindo-se como **um dos suportes fundamentais da metodologia científica**.

A **observação clínica** não sendo observável em si mas apenas através dos seus efeitos, visa a observação da realidade psíquica, o psiquismo e os seus processos, e, em última instância, da "**subjectividade do sujeito**".

O acesso à **realidade psíquica** realiza-se pela observação dos sintomas, dos sinais, das mensagens verbais e não verbais, das interacções, dos sonhos, de produções como os jogos, por exemplo, entre outros.

Assim, deu-se uma atenção especial às associações, ao **encadeamento associativo dos elementos observados**. A situação clínica mobiliza a transferência e a **observação clínica pressupõe a observação da transferência, dos objectos transferidos e dos objectos visados pela transferência**. Supõe

igualmente a observação da **contratransferência**, uma vez que a observação do psiquismo põe em jogo o psiquismo do observador.

3.3.2. O RORSCHACH

O teste projectivo *Rorschach* é, para além da entrevista, talvez o instrumento mais usado em clínica, construído para possibilitar o acesso a um sujeito psicológico dotado de capacidades não só de **expressão**, mas, sobretudo, de **relação, criação e simbolização**.

A utilização das provas projectivas, nomeadamente o *Rorschach*, inscreve-se «(...) num procedimento clínico de conjunto cuja intenção exploratória necessita de uma abordagem pluridimensional, que permite a melhor compreensão possível do sujeito» (Chabert, 1998, p.31).

O *Rorschach* é um instrumento organizado em torno de **dez cartões**, ou pranchas, constituídos por **manchas de tinta**, cinco cromáticas e cinco acromáticas.

Em termos da análise deste material, principalmente ao nível do conteúdo manifesto, é frequentemente examiná-lo a partir de uma **dimensão estrutural e uma outra mais sensorial**. Na primeira, os cartões podem agrupar-se em dois grupos, o grupo dos **cartões unitários** onde se destaca o eixo mediano (I, IV, V, VI e IX) e o grupo dos **cartões de configuração bilateral** em que a simetria existente está mais sublinhada na repetição do duplo (II, III, VII e VIII). Também é habitual considerar os cartões em função do seu **carácter fechado (I, IV, V e VI) e aberto (II, III; VII; VIII, IX e X)**. Na segunda dimensão,

distinguem-se os **cartões cinzentos-escuros** (I, IV, V e VI), os **cinzentos** (VII), os **negros-brancos-vermelhos** (II e III) e os **pastel** (VIII, IX e X) (Chabert, 1998).

É, assim, constituído por um material não figurativo – uma mancha sobre um fundo – que obriga à centração sobre as formas e contornos, pela colocação à prova de barreiras entre o «*dentro e o fora*»: dos limites, da sua solidez, da sua maior ou menor permeabilidade, bem como a **reação afectiva** a estas barreiras. Podemos, assim, tentar perceber tanto o que se passa no **plano da representação** como a importância do **corpo na relação**.

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

A partir dessa ruptura requer-se um **trabalho de ligação em relação aos elementos manifestados, aparentemente desprovidos de senso**. O objectivo é, justamente, a constituição de uma figura significativa.

Assim, no contexto do trabalho clínico, **o Rorschach tem como função completar ou mesmo esclarecer dados clínicos obscuros ou insuficientes que podem adquirir um sentido determinante na compreensão do sujeito**.

«Usar o Rorschach na procura da singularidade é aceder ao processo, a como o sujeito utiliza aquilo que é no confronto com aquilo que sendo novo, desconhecido, implica a mobilização desse ser – essência que se recria, realiza e estabelece novas realidades.» (Marques, 1994)

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

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

Confrontado com as pranchas de *Rorschach*, o indivíduo enfrenta uma **dupla exigência**: se, por um lado, procura mostrar **em que medida e como se organiza face ao seu mundo interno**, por outro, pode evidenciar **como se organiza face ao meio que o rodeia** - tal como diz *Chabert (1998)*, esta é uma situação à imagem da vida, pois trata-se de se conformar com os limites impostos pela realidade, deixando lugar ao possível, ao imaginário e aos fantasmas.

Pela menor estruturação e maior ambiguidade do estímulo, o teste de *Rorschach* parece permitir a **expressão de elementos mais arcaicos e mobiliza movimentos mais regressivos** do que outras provas projectivas - uma vez que as manchas não dão uma representação clara da figura humana, induzindo um

nível de regressão mais profundo, este teste parece reenviar com alguma facilidade para a **dimensão do corpo próprio**.

Efectivamente, segundo *Anzieu* (1989), o teste projectivo de *Rorschach*, ao reenviar para a uma fase pré-verbal, **provoca no sujeito um espaço vazio que ele só consegue preencher projectando a sua imagem corporal**. Neste caso, a regressão é significativa, remetendo para as **problemáticas de diferenciação exterior-interior, mãe-criança, sujeito-objecto, ou seja, para a problemática da identidade**.

Mas o teste de *Rorschach* também é visto como um **espaço de interacções entre a actividade perceptiva e a actividade fantasmática**, entre a **realidade externa do objecto conhecido e a realidade do objecto vivenciado**, parecendo atestar a presença de uma **imagem de um corpo integrado** (*Traubenberg*, 1983).

Na opinião de *Chabert* (1998), mesmo que a forma e organização das manchas seja diferente - fechadas ou abertas -, todas elas estão construídas em torno de um eixo mediano e simbólico, reenviando para a **construção do corpo**, característica comum a todas as manchas que parece reforçar a tese de que o teste de *Rorschach* é muito apelativo em termos de **projectão do próprio corpo**.

«*Perceptivamente, é a construção simétrica dos cartões em torno de um eixo médio que justifica a sua indução, tendo em conta a semelhança desta organização com o esquema do corpo humano ordenado simetricamente de um lado e de outro de um plano mediador.*» (*Chabert*, 1998, p.74).

Assim, são as pranchas compactas que mais solicitam a **projectão do corpo**, ainda que as outras possam conduzir ao aparecimento de uma angústia de desintegração, na medida em que não dão referências estáveis, pondo à prova as **capacidades de unificação do sujeito**.

Na perspectiva da teoria psicossomática, dita mais relacional, a associação da percepção e da projectão à dimensão inconsciente adquire no *Rorschach* um papel fundamental e tem um interesse particular: é a partir da **projectão, do sonho e dos seus equivalentes na vida vigil**, em especial o **afecto**, que se determina, em grande parte, muito do designado "*funcionamento psicossomático*".

Tal como nos diz Marques (1998, in Chabert, p. XIII), «Assim, antes de mais, é considerado que aquilo que a prova apela, logo que a sua apresentação e aplicação são colocadas ao sujeito, é da ordem da relação, o que é explicitado através das noções de transferência e contratransferência. De seguida, as formas e os objectivos da aplicação são estabelecidos a partir do duplo apelo que neles estão implícitos: apelo ao real, à percepção; apelo ao imaginário, à interpretação, à projectão. Por fim, todo este jogo e balanceamento é explicitado a propósito do material, dos 10 cartões Rorschach, que apresentam características precisas do ponto de vista perceptivo – por uma lado, dimensões estruturais e sensoriais e, por outro lado, dimensões ligadas ao carácter aberto ou fechado, compacto ou bilateral das manchas – que abrem os sentidos a um apelo simbólico específico e plural, que no essencial, se organiza à volta do feminino/masculino, do materno/paterno. Estas características podem ser analisadas

através das dimensões designadas por investimento, representação e imagem de investimento, representação e imagem do outro, do real e das relações.».

Também *Chabert* (1998) ao estudar o conteúdo latente das pranchas de *Rorschach*, distinguiu para cada prancha um nível dito «*evoluído*» e um nível dito «*arcaico*».

Na opinião da autora (1998), **cada prancha é capaz de estimular representações, fantasmas ou afectos situados em registos evolutivos diferentes**, seguindo uma linha fantasmática relativamente homogénea mas preservando a dialéctica própria de cada sujeito.

Nesta linha, *Chabert* (1998) investigou o conteúdo latente das pranchas de *Rorschach* reagrupando, em termos de **tipos de problemática ou de níveis de conflito**, as diferentes pranchas que participam na sua estimulação, de acordo com as modalidades de organização de cada indivíduo.

Na sequência da tese da autora, o teste de *Rorschach* permite, pelas suas características estruturais, uma centração à volta de tudo aquilo que se relaciona com a **representação de si** e, simultaneamente, a evocação de **representações de relações**.

Deste modo, é esta dupla orientação que permite aceder à análise do conteúdo latente do material. No atinente à **representação de si**, nota-se um conjunto de elementos relativos quer à **diferenciação entre sujeito e objecto** - pranchas onde é solicitada uma problemática de identidade - quer à **diferenciação sexual** - pranchas onde é solicitada uma problemática de identificação (*Chabert*, 1998).

Na dimensão das **representações de relações**, podem ainda distinguir-se, por um lado, o **registo conflitual e os níveis de desenvolvimento libidinal** e, por outro lado, as **mobilizações económicas** induzidas pelas mesmas pranchas (Chabert, 1998).

A terminar, é, em grande medida, sobre algumas das teorizações apresentadas que se inscreve a nossa linha interpretativa dos resultados do teste projectivo *Rorschach*, não no sentido da elaboração do psicodiagnóstico, mas antes, aproveitar também a informação fornecida pelos resultados do teste para **nos ajudar a pensar, melhor, o doente, a sua doença e o seu adoecer**, a partir de elementos diferentes que não aparecem nas entrevistas, nomeadamente aqueles que resultam de algumas das dimensões atrás relevadas.

3.3.3. O DESENHO

Como meio de **expressão livre e espaço de criação**, o teste do Desenho parece constituir-se como um **instrumento de grande riqueza projectiva**, podendo permitir, através das **mensagens gráficas e relacionais** do sujeito, a **projectão do seu funcionamento, personalidade e situações conflituais**, ou seja, o seu modo de ser, estar e viver, as suas relações, as suas emoções, sentimentos e afectos, podendo representar, ainda, uma **função de comunicação** ou, mesmo, uma **função terapêutica**.

Com efeito, «(...) *as produções gráficas podem ser consideradas instrumentos de linguagem simbólica que traduzem conteúdos do mundo interno (...), isto é, expressam “sentimentos, atitudes e reacções inconscientes através do uso da representação simbólica” e permitem um melhor entendimento de como a pessoa interage com aspectos específicos da sua vida (...) “é possível ver como o indivíduo se relaciona com o mundo, quão receptivo é a influências externas, como maneja as suas emoções e como se sente a respeito de si mesmo”*» (Groth-Marnat, 1984, citado por Cunha, 1993, p. 377).

Por outras palavras, segundo Groth-Marnat (1984, citado por Cunha, 1993, p. 377), «(...) *frequentemente reflecte uma impressão de sanidade ou de patologia, se são considerados aspectos mais globais, que resultam da integração, proporção, inclusão de partes essenciais, localização, qualidade da linha, estabilidade das figuras, potencial de mobilidade, acessibilidade ao ambiente e representatividade das características sexuais da figura. Tais considerações permitem fazer pressuposições sobre a auto-estima,*

segurança, auto-confiança, relações pessoais, abertura ao ambiente, estabilidade, ordem e identificação sexual.».

Atendendo a algumas das suas características – nomeadamente, fácil e rápida administração, férteis resultados clínicos e cotação acessível - o teste do **Desenho como técnica projectiva tem-se tornado o mais frequente suplemento do Rorschach e do TAT** (Campos, 1996).

«As indicações sobre a dinâmica da personalidade projectada no desenho foram descobertas graças ao emprego de várias fontes de evidência, tais como: informações a respeito do paciente; associação livre; interpretação dos símbolos pela análise funcional e comparação de um desenho com outro desenho de uma série, ou por comparação com os dados de Rorschach ou TAT.» (Campos, 1996, p. 15).

De uma maneira geral, a **impressão geral do desenho** – como, por exemplo, a posição e colocação na folha, os aspectos gráficos, o tamanho da figura e as omissões -, a **estrutura** – como o significado da figura desenhada, a movimentação, a perspectiva, a sequência, os detalhes internos e externos, a proporção, a transparência, os sombreados e os borrões - e os **conteúdos**, formais e não formais – partes do corpo, indicações anatómicas, roupas e acessórios, etc. – são, em síntese, os **critérios** mais frequentemente utilizados na **interpretação do desenho como metodologia projectiva**.

Segundo Campos (1996), esta utilização - a **interpretação do desenho como técnica projectiva - funda-se no seguinte**: (1) o uso dos significados de símbolos psicanalíticos e do estudo clínico dos sonhos, artes, mitos, fantasias e outras actividades com influência do inconsciente; (2) experiência clínica com os

mecanismos de deslocamento e substituição, tal como em fenómenos compreensíveis à luz da estrutura conceptual do simbolismo; (3) libertação da simbolização empregue, despertando as associações; (4) estudo de casos clínicos; (5) acesso ao inconsciente; (6) correlação positivas entre as projecções feitas nos desenhos e os quadros clínicos; (7) a consistência interna entre os resultados de outros testes, por exemplo personalidade, e os resultados do teste do desenho; (8) em, cada vez mais, resultados de estudos experimentais.

Vejamos, agora, alguns exemplos, necessariamente breves, atinentes à última razão apresentada.

Kotkov e Goodman (citados por *Campos, 1996*) investigaram as premissas básicas da **projectão da imagem do próprio corpo no desenho** e, para esse fim, compararam os desenhos de mulheres obesas com os desenhos de um grupo de controle constituído por mulheres não obesas, concluindo pela maior dimensão dos desenhos no primeiro grupo (*Campos, 1996*).

Em vários estudos de caso com cirurgias e amputações, a apurada consistência na **lateralidade dos sujeitos veio enfatizar a caracterização da auto-imagem projectada nos desenhos** (*Campos, 1996*).

Da mesma forma, investigações sobre pessoas com defeitos físicos confirmam a tese de **projectão do corpo no desenho**, observando-se, por exemplo, que sujeitos com alguma anormalidade auditiva, tendem a emprestar uma atenção especial ao desenho do ouvido (*Campos, 1996*).

Por sua vez, um estudo sobre **projeção da agressividade** comparou um grupo de cinquenta e dois homens adeptos do assalto e crime de morte com um grupo de controle constituído aleatoriamente, confrontação de resultados médios esclarecedora quanto às grandes diferenças de expressão da agressividade nos desenhos dos dois grupos (*Campos, 1996*).

Noutra linha, analisaram-se desenhos de alunos universitários e organizou-se um **resumo descritivo da personalidade** de cada estudante. A partir desse material, os respectivos professores, dos alunos, apresentaram bons resultados no reconhecimento dos seus alunos efectuado através desses resumos. Também se registou uma perfeita relação entre as interpretações do *Rorschach* e os resumos descritivos da personalidade evidenciados nos testes do desenho (*Campos, 1996*).

Várias outras investigações, tanto com o **Desenho Livre** como com o **Desenho da Figura Humana**, sublinharam, por exemplo, a expressão de **situações conflituais** significativas e, mesmo, ao nível da expressão da **organicidade**, relevando o interesse do uso desta técnica projectiva nestas dimensões.

No caso do **desenho da figura humana** os mecanismos e características que temos vindo a recuperar, essencialmente para o desenho livre, não são muito diferentes: «*No desenho da figura humana, o sujeito projecta a sua imagem ou esquema corporal, seus impulsos, suas ansiedades e defesas, seus conflitos, enfim, sua personalidade e sua interacção com o meio ambiente.*» (*Cunha, 1993, p. 379*).

Segundo Groth-Marnat (1984, citado por Cunha, 1993, p. 379), «a figura humana é a representação mais óbvia e consciente do self, isto é, “a pessoa revela como se percebe a si mesma e como se apresenta aos outros.».

Em todo o caso, «O desenho como técnica projectiva reflecte uma impressão do “todo” individual como uma “Gestalt” organizada, que aparece, em toda a sua extensão, através de um olhar do examinador experimentado na técnica de interpretação do desenho, sem necessidade de muitos cálculos e escores (...).»(Campos, 1996, p. 24).

Em síntese, na nossa investigação a opção pelo uso do **desenho livre**, enquanto instrumento projectivo, pretende avaliar a espontaneidade, a fruição da criatividade e o imaginário, ao passo que o **desenho da figura humana** nos interessa mais a projecção do corpo e da identidade. Na interpretação dos dois tipos de desenho, opta-se por uma **avaliação mais psicodinâmica** do que a habitualmente utilizada, naturalmente mais subjectiva, em torno dos principais conteúdos, organização espacial e alguns aspectos gráficos.

3.4. PROCEDIMENTOS

Tal como já foi referido no sub-capítulo intitulado «*amostra*», os dois casos clínicos em estudo resultam da actividade desenvolvida em dois estágios clínicos - no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, mais precisamente na *Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de Diabetes e Nutrição*, e num Centro de Saúde da Sub-Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Recupere-se mais alguma informação sobre os procedimentos da constituição da amostra. Nos referidos locais de estágio, os **propósitos da pesquisa foram apresentados** - primeiro por escrito e, a seguir, em forma de exposição verbal - às respectivas estruturas e chefias e foram, desde o primeiro momento, **muito bem aceites em qualquer dos serviços de saúde**.

Conhecedoras dos desideratos e necessidades da investigação, os dois serviços e estruturas começaram, logo, de forma muito atenciosa e simpática, a cooperar activamente na investigação, enviando os respectivos doentes, **depois de estes aceitarem participar no estudo, esclarecendo em pormenor o cariz científico e académico do eventual acompanhamento clínico**.

Relativamente à **Diabetes Mellitus** os doentes foram encaminhados a partir da triagem efectuada pela *Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de Diabetes e Nutrição*, do Hospital de Santa Maria, enquanto nas outras três patologias - **Asma; Artrite Reumatóide e Síndrome de Cushing** - os doentes foram encaminhados por intermédio dos respectivos **médicos de família** do Centro de Saúde.

A partir dos casos em acompanhamento, foram **seleccionados aleatoriamente um doente por cada patologia em estudo** - num esquema simples de *“papelinhos”* dentro de um saco opaco, valia o nome do primeiro doente, por cada doença, tirado em sorte -, justamente porque todos estavam nas mesmas condições quanto ao número de sessões (20) e à restante metodologia utilizada e dados recolhidos.

Mais tarde, já na fase de tratamento e análise dos resultados, por condicionalismos do investigador, nomeadamente os que decorrem do prazo de entrega da tese que agora se apresenta, foi tomada a opção de reduzir para dois o número de casos a estudar, seguindo exactamente o mesmo processo de selecção aleatória, calhando em sorte, por fim, um caso de **Síndrome de Cushing** e outro de **Diabetes Mellitus tipo1**. Deste processo resultam, assim, os casos de uma mulher de 31 anos com diagnóstico de **Síndrome de Cushing**, aqui chamada de Odete, e o do Francisco, um rapaz de 22 anos com **Diabetes Mellitus tipo 1**.

No que diz respeito ao **relato dos procedimentos que decorrem da aplicação dos nossos três instrumentos - Entrevista Clínica Não Directiva, Rorschach e Desenho** - poder-se-á, de forma breve, avançar com a seguinte informação.

Na **concepção das nossas entrevistas** procurou-se privilegiar, acima de tudo, (1) a **construção de um espaço e de um tempo que tratassem bem a dimensão humana**, (2) a importância da **dimensão relacional**, (3) a **corporalização biográfica do sujeito como uma unidade** e (4) a **construção de**

um **espaço de relação e de projecção** onde a díade entrevistador/entrevistado conseguisse navegar num **espaço e num tempo de intersubjectividade**.

Tendo em conta estes propósitos, considerou-se que a **entrevista mais aberta** seria a que melhor poderia servir os intentos da investigação, nomeadamente ao permitir aceder ao **discurso espontâneo** e à livre **fruição das ideias do entrevistado**, pois só secundariamente se procuravam avaliar hipóteses diagnósticas e outra recolha de informação, entretanto sinalizada de acordo com a inevitável interiorização de algumas dimensões do quadro teórico de referência, recorde-se, as teorizações de *Sami-Ali* e de *Coimbra de Matos*.

Conforme se pode observar pela **cronologia das entrevistas** nos dois casos apresentados (anexo 1 e anexo 3), realizaram-se **vinte sessões em cada caso** – a escolha metodológica deste número de sessões assentou na necessidade de realizar **um estudo aprofundado do sujeito**, acreditando-se que vinte sessões poderiam permitir, à partida, alcançar esse desiderato -, com uma **duração média de aproximadamente uma hora cada**, ao longo de cerca de **um ano** (anexos 1 e 3), calendarizadas, tanto quanto possível, no **cruzamento das disponibilidades dos intervenientes**, mas procurando respeitar, sempre que possível, **o ritmo dos entrevistados**.

Relativamente ao *setting*, aproveitou-se, naturalmente, o existente em qualquer das instituições, um **gabinete individual** que podemos classificar de **razoável**, tendo em conta as características oferecidas para o trabalho que se pretendia desenvolver – no essencial, privacidade satisfatória, duas cadeiras e uma secretária.

Quanto a outros procedimentos de recolha de dados pela entrevista clínica não directiva, diga-se, por fim, que o **discurso dos sujeitos foi organizado e relatado à posteriori** (anexos 2 e 4), quase sempre logo a seguir às sessões – ou no intervalo entre sessões ou no final do dia, para evitar perder muita qualidade e quantidade de informação – a partir do **registo mnemónico** e de **breves notas escritas**, essencialmente palavras-chave, recolhidas durante as sessões.

Relativamente ao **modo de aplicação do teste projectivo de Rorschach**, aplicado só depois de estabelecida a relação com o doente, foi dada a seguinte **instrução** aos sujeitos: *«Vou mostrar-lhe dez cartões e peço-lhe, por favor, que me diga tudo aquilo que vê a partir deles, tudo aquilo que eles o fazem pensar ou imaginar; não há respostas certas ou erradas, apenas interessa as sua opiniões.»*.

Neste primeiro momento de aplicação do teste, anotou-se as **posições da prancha em que o sujeito deu as respostas, o tempo de latência e o tempo por cada resposta**.

Num segundo momento, denominado de **inquérito**, solicitou-se ao sujeito que esclarecesse ou **localizasse** nos cartões alguns conteúdos do seu discurso que suscitaram algumas dúvidas.

Por fim, no conjunto das dez pranchas, pediu-se aos sujeitos que escolhessem as **duas que gostaram mais e as duas que gostaram menos**, mais os **fundamentos das suas escolhas**.

Finalmente, quanto aos procedimentos resultantes da aplicação do instrumento **Desenho**, tanto num como no outro tipo de desenho, os sujeitos

foram apenas instruídos para desenharem, sem outras *consignes* que não aquelas que se adiantam de seguida: (1) no caso do **desenho livre**: «peço-lhe, por favor, que faça um desenho sobre um tema livre à sua escolha»; (2) no desenho da **figura humana**: «peço-lhe, agora, por favor, que faça o desenho de uma figura humana».

Nos dois tipos de desenho acresciam, ainda, as seguintes instruções comuns: (1) «Não se preocupe com o tempo, tem o tempo que precisar, nem com o jeito, ou não, para o desenho, pois isso não é importante»; (2) «Pode utilizar todos os materiais que tem à sua disposição conforme entender»; o material era constituído por folhas de papel de desenho, brancas, tamanho A4, vários lápis de cor, lápis de cera, lápis de carvão, canetas de feltro, uma borracha e um apara-lápis.

Relativamente à opção pela sequência dos desenhos, a proposta do desenho livre para primeiro desenho funda-se na preocupação em evitar “constrangimentos” à liberdade dos movimentos projectivos dos sujeitos; algumas vezes, os sujeitos desenhavam a figura humana no desenho livre, ora a proposta do investigador de começar pelo desenho da figura humana, nestes casos, pode provocar constrangimentos no segundo desenho, bloqueando-o.

IV. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS



CASO CLÍNICO 1: ODETE

CASO CLÍNICO 2: FRANCISCO

4.1. CASO CLÍNICO 1: ODETE

4.1.1. DESCRIÇÃO GERAL DO CASO

O caso da Odete surgiu por indicação e encaminhamento do seu **médico de família**, médico especialista em clínica geral de um Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Segundo este clínico geral, a Odete foi sinalizada por *«sofrer de síndrome de Cushing, com microadenomas (pequenos tumores), tensão alta, palpitações, cefaleias e um medo terrível de morte, situações clínicas cada vez mais difíceis de controlar e com tendência para agravamento»*.

Inicialmente, foi mesmo este médico que abordou a doente no sentido de lhe dar conhecimento da investigação que iria decorrer no Centro de Saúde, sensibilizando-a para a participação de doentes no estudo e de, ao mesmo tempo, entender que, para ela, também poderiam existir eventuais vantagens em participar no trabalho a desenvolver, nomeadamente na existência de um tempo e de um espaço que poderiam ajudar a pensar a sua história de vida, necessidade reconhecida pela doente, não sem alguma resistência, e que a levou a aceitar a proposta ao fim de alguns meses.

A Odete é uma mulher de **trinta e um anos, casada, filha única** de um casal de meia idade que vive na mesma região, a poucos quilómetros de distância da sua residência.

Casada há oito anos, é mãe de uma menina de três anos, mas vive só com o marido, porquanto a filha vive desde o seu nascimento em casa e ao cuidado dos avós maternos, de dia e de noite.

Relativamente a outros dados de caracterização geral importa registar, do ponto de vista profissional, a **actividade num lar de terceira idade**, na carreira de auxiliar de serviços gerais - mas efectivamente a exercer funções de ajudante de cozinha - e, do ponto de vista escolar, a **frequência do 12.º ano de escolaridade**, à data do início das sessões, como aluna do ensino nocturno numa escola secundária da sua região.

Em termos de **dados clínicos**, a Odete tem um **diagnóstico de Síndrome de Cushing** há cerca de oito anos, desde os seus vinte e três anos, poucos meses depois de casar.

Do **disfuncionamento da glândula supra-renal**, destacam-se os **microadenomas** em evolução e os sintomas exteriores mais visíveis como o **aumento muito significativo do peso**, engordou cerca de quarenta quilogramas em pouco tempo, e o hirsutismo - **produção anormal de pelos pelo corpo, nomeadamente no rosto**.

Relativamente ao registo de outras patologias ou quaisquer outros dados relevantes para a constituição da sua história clínica, a Odete apresenta ainda, segundo o clínico geral que a enviou, elevada **comorbilidade - tensão alta, palpitações, cefaleias** e um **«medo de morte sem explicação»** -, combinando forte e complexa terapêutica medicamentosa para todas estas dificuldades -

entre outros, em momentos diferentes: *Pacione, Dumyrox, Zoloft, Xanax, Victam, Inderal.*

A Odete mede cerca de 1,65m, apresenta um peso muito acima da média para uma mulher da sua idade e altura, como já foi antedito, tem olhos e o cabelo escuros mas tez clara. É uma mulher que parece mais velha que os seus trinta e um anos, em grande parte devido ao excesso de peso e ao impacto visual decorrente da visibilidade dos pelos no rosto. Apesar da sua apresentação inicial ser pouco investida, com o decorrer das sessões passou a apresentar um aspecto geral muito mais cuidado e agradável.

Quanto a dimensões mais comportamentais, por esta altura, parece-me interessante recuperar as breves notas registadas no final da primeira entrevista, sobre as “impressões” do primeiro contacto: « (...) guardo a imagem inicial de uma mulher “mascarada”, com muito “verniz” pronto a estalar, com um ar de “nariz empinado” que podia misturar-se, à primeira vista, com arrogância, rígida na sua movimentação espacial, de alguma forma sedutora, defensiva, voz excessivamente colocada e preocupada, muito empenhada em criar boa impressão, no estar e no falar e, sempre, a disfarçar uma inquietude indisfarçável. A tensão, essa parecia estar sempre presente (...)».

A relação com esta mulher construiu-se e desenvolveu-se em vinte sessões, realizadas no Centro de Saúde da sua região ao longo de aproximadamente um ano, entre Novembro de 2001 e Novembro de 2002, com uma regularidade que variou entre o semanal, no início, quinzenal, a meio, e

mensal, mais para o fim, com uma duração média de aproximadamente sessenta minutos por cada sessão (anexo 1).

Inicialmente a Odete dirigiu-se às consultas transportada de carro pelo marido. Mais tarde, passou a deslocar-se sozinha, a conduzir o seu próprio automóvel, actividade que há muito, segundo disse, tinha deixado de ser capaz de desempenhar por um «*medo*» crescente e generalizado entretanto a desenvolver-se.

A Odete nunca faltou às sessões, nem chegou atrasada.

4.1.2. DADOS ANAMNÉSICOS RECOLHIDOS E COMENTADOS

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

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

Nasceu em 1970, contando à data do início das sessões **trinta e um anos**. Foi possível perceber que foi uma **filha desejada**; conta-nos, na quinta sessão, que o seu pai sempre desejou ter uma filha, comemorando e exteriorizando mesmo o seu nascimento : *«Na altura do parto, no meu nascimento, o meu pai foi divertir-se para a feira...»*, disse com um sorriso.

Apesar de viver com a mãe, sublinha e vinca várias vezes que **foi a sua avó materna quem a criou**: *«quando nasci já a minha avó estava lá em casa, foi ela que me criou...falava mais com a minha avó do que com a minha mãe»*.

A avó materna, hoje com oitenta e um anos, ainda vive com os pais da O., e sofre da doença de *Parkinson*. Quanto ao **avô materno morreu ainda novo**,

aos quarenta e poucos anos, vítima de acidente automóvel, projectado contra uma placa de cimento de sinalização rodoviária, tinha a mãe da O., na altura, dezoito anos, ou seja, a O. não chegou a conhecer este avô.

Sobre a outra figura parental, o **pai**, parece também existir alguma “angústia”, com, inevitáveis, efeitos sobre a estruturação e desenvolvimento da sua personalidade e funcionamento: *«quando era pequena o meu pai gostava era de passear (...) a minha mãe ficava angustiada porque ele não aparecia (...) parecia que quanto mais longe estava de casa melhor (...) a minha mãe ficava muito preocupada com o meu pai quando ele não aparecia porque pensava que ele podia ter tido um acidente»; «(...) o meu pai nessa altura bebia muito...pode-se até dizer que estava com problemas com o álcool.».*

Aparece-nos aqui uma **mãe ansiosa e angustiada**; eventualmente, uma mulher, de alguma forma, deprimida, com uma espécie de vivência de abandono, quiçá a temer que acontecesse ao marido o mesmo que aconteceu ao pai, ameaça traduzida em angústia que, depois, podia passar pela filha.

Ainda relativamente aos pais, **conta que estes sempre tiveram muito controlo sobre a sua vida.**

Sobre a mãe diz mesmo: *«a minha mãe sempre me tentou controlar e hoje percebo que o conseguiu...nunca consegui cortar o cordão umbilical...a culpa é minha.».*

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

Ainda sobre o **funcionamento da mãe**: « (...) *a minha mãe está sempre preocupada com o que as outras pessoas podem pensar*». Esta mãe fá-la ser como **deve ser e não como ela é ou gostaria de ser**, isto é, o controle exercido pode ser o resultado de uma relação objectal primária que não foi bem sucedida, porquanto não permitiu o melhor desenvolvimento, a necessária autonomia, a construção de uma verdadeira identidade, biológica e relacional.

A eventual dificuldade instalada na **relação precoce** pode ainda ser compreendida sobre as **duas figuras de vinculação**, em simultâneo e, provavelmente, em dissonância, a mãe e a avó, esta última a quem a Odete faz o reconhecimento de a ter criado.

Sobre o pai: «*nunca me dei muito bem com o meu pai...sabe, temos feitios muito parecidos e chocamo-nos muito...hoje em dia ainda nos chocamos mais, antes ele desculpava-me, ao contrário da minha mãe que não me perdoava.*»; «(...) o meu pai é muito nervoso.»; «(...) quando era pequena lembro-me de pensar e dizer que se houvesse uma separação ia viver com o meu pai...a minha mãe era uma carraça...».

Um **ambiente relacional e familiar pouco securizante e instável** levava-a a optar pelo pai na possibilidade de separação dos pais, apesar de considerá-lo «*nervoso*»; a **mãe aparece, para já, como uma figura que dificulta a sua autonomia**, tal como uma «*carraça*» que não a larga e que a parece usar para resolver a sua angústia.

Aos **quatro anos** Odete foi operada às **amígdalas e aos adenóides** e a partir daí começou a engordar. Conta mesmo um episódio, ao que parece, bem gravado e com superlativo significado: «*numa festa de anos de uma amiga, estava*

eu a comer um bolo, como qualquer criança que vai a uma festa de anos, e chamaram-me gorda. São situações destas que podem marcar para a vida toda...as pessoas não entendem, senão não julgavam assim...».

Por estas idades, não consegue recuperar quaisquer outros episódios da sua infância, sinal que surge frequentemente e que dá quase sempre a ideia de uma ritmicidade confusa e de uma organização espacial e temporal difícil - coordenadas a partir do exterior? - e de um recalçamento bem sucedido.

Assim, o relato da sua história de vida transporta-se, logo, para os seus **nove anos**, na altura na quarta classe, momento em que **foi viver com os pais e avó materna para outra localidade** a cerca de cem quilómetros de onde vivia: «*não me afectou*», disse.

Regista-se, assim, no mínimo, uma mudança de residência, de ambiente, de escola e, certamente, de relações com os pares.

Quando tinha **onze anos**, Odete, os pais e avó materna **voltam a mudar novamente de casa e de localidade.**

Mesmo sem o manifestar verbalmente, com esta nova mudança, em tão pouco tempo, poder-se-á colocar a possibilidade teórica de esta situação dificultar a **constância dos objectos** e reforçar o referido impacto ao nível de uma **ritmicidade** mais adaptativa que subjectiva.

Poucos meses depois, ainda com **onze anos**, o seu **pai foi para África**, já depois da revolução, onde ficou durante dez meses. Por essa altura, registou e,

agora, recuperou a seguinte memória em torno das colegas de escola que lhe diziam: *«tu és rica, o teu pai está em África...»*.

Novo “período branco” entre os onze e os quinze anos.

Com **quinze ou dezasseis anos**, não se lembra bem, Odete começou a **namorar com Augusto, dois anos mais velho, um rapaz com quem viria a manter uma relação durante três anos**: *«Foi um namoro complicado...a mãe dele era muito intriguista...toda a sua família estava sempre a fazer intriga (...) metiam-se onde não deviam...sabe, faziam muitas conversas desnecessárias sobre mim e sobre o namoro, essas intrigas acabaram por atrapalhar e eu não gostava (...)»*, disse.

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

Mas as **maiores queixas pareciam assentar mais na sua própria família**: *«(...) primos, tios, a família toda, todos estavam contra a nossa relação (...)»*.

Para os seus **pais** reserva um discurso especial, nomeadamente para a **mãe**: *«proibiram-me de sair (...) os meus pais também não gostaram e opuseram-se sempre ao namoro...eles não queriam que eu namorasse com o Augusto, é esse o nome dele,...eu andava a estudar no Z.. e era lá que nós nos encontrávamos...às escondidas...lá em casa começaram a desconfiar e todos os dias, quando eu chegava da escola, lá estava a*

minha mãe a apontar-me o dedo (...) proibiram-me de sair...» - enquanto contava a sua história, Odete ilustrava este apontamento com um sonoro tiro na cara ou cabeça, visto na perspectiva do atirador, a mãe, em que o indicador e polegar representavam o essencial de uma pistola; o « (...) proibiram-me de sair...» parece ter tido impacto na decisão de deixar de estudar.

Ao que parece a **omnipotência parental, nomeadamente da mãe**, acabou por influir sobremaneira no desfecho deste namoro. Proibindo a filha de sair e de participar na resolução deste namoro, **os pais parecem atestar as falhas e incompetências da filha de dezoito anos que ainda não sabe cuidar de si.**

Ainda sobre o **namorado Augusto e os pais**: *«Ele bebia e obviamente isso não era bom para mim...as pessoas comentavam e os meus pais eram completamente contra...na altura tinha dificuldade em perceber os meus pais, mas hoje, se calhar, só tenho de lhes agradecer por não me terem deixado seguir aquele caminho».*

Aqui, mais do que o reconhecimento e gratidão à acção dos pais, ou à assunção da sua imaturidade, parece declarar-se, antes, um funcionamento de tipo **conformista**.

Ainda sobre o **funcionamento da mãe, a relação com ela e as queixas latentes**: *«(...) a minha mãe está sempre preocupada com o que as outras pessoas podem pensar (...)»* - o *“imaginário subjectivo”* da mãe da O. parece ceder, em definitivo, o lugar a um **imaginário social provido de autoridade que o sujeito reproduz, por meio de condutas adaptativas, para ser “como deve ser”.**

Ao contrário de outros episódios e períodos da sua vida, o relato da relação com o Augusto suscitou um grande interesse. Odete acrescenta que

Augusto vivia no mesmo Concelho que ela e que se conheciam desde crianças: *«ele não me foi imposto...eu gostava mesmo dele (...) oficialmente começámos o namoro na casa dele, nos anos dele, naquela altura era a pessoa que mais me atraía, era divertido e fazia-me rir (...) era bonito...alto...magro...e sedutor...».*

Sublinhe-se o *«ele não me foi imposto»*, certamente a remeter para o outro namorado da O., o **actual marido, que, ao que parece, foi imposto por alguém...**

Odete parecia **identificar-se com Augusto**: *«ele era como eu...»*, referindo-se à maneira de ser, extrovertida e divertida.

Entre os **dezasseis e os dezassete anos**, quando terminou o 9º ano de escolaridade, Odete **interrompeu os estudos**: *«Por falta de interesse...eu até gostava de ir às aulas e de ir à escola, mas detestava estudar, vir para casa e ter de estudar...detestava...»*; implicitamente fiquei sempre com a ideia de que os pais, se não lideraram, pelo menos apoiaram esta decisão; recorde-se que, por esta altura, a tinham proibido de sair, conforme já foi aludido.

Aos **dezoito anos Odete voltou a estudar** e conta um episódio que se passou nessa altura: *«uma vez na escola, tinha eu 18 anos, tinha voltado a estudar depois de ter desistido, o meu pai apanhou-me a fumar e disse-me: “depois falamos lá em casa”. Eu fiquei assustada, mas quando cheguei a casa o meu pai não conseguiu falar comigo e disse à minha mãe para me dar o seguinte recado: diz à tua filha que enquanto ela estiver na minha casa não fuma».*

Parece que estamos na presença de um pai de tipo evitante, com **dificuldades em conflitualizar**.

Também aos **dezoito anos terminou o namoro com Augusto**, cerca de três anos depois de se ter iniciado: *«acabando com o namoro as conversas intriguistas também acabaram, cortou-se o mal pela raiz»* - este namoro parecia responsável por toda a *“infelicidade da família”*, tese que parece ter vingado e chegado para, aparentemente, resolver o conflito da O., ou então enganar a resolução; por outro lado, como prêmio, foi estabelecido um acordo tácito, do estilo: *“se acabares o namoro com ele podes voltar a estudar...”*.

Em síntese, os afectos do namoro parecem confundir-se com as intrigas associadas, se avaliássemos apenas as palavras. Em bom rigor, estamos mais uma vez na presença de **conteúdos de cariz conformista**, de clara **regulação pelo exterior**.

Desistiu novamente da escola e, por essa altura, **começou a trabalhar num escritório**, no âmbito de um programa do Centro de Emprego, trabalho que durou os nove meses do respectivo programa.

Foi ainda com **dezoito anos que Odete iniciou o namoro com José**, um rapaz que já conhecia desde a sua infância - viveram na mesma localidade sempre perto um do outro -, o **genro idealizado e patrocinado pela mãe e com o qual viria a casar cinco anos mais tarde**: *«aos dezoito anos, comecei a namorar com o José (silêncio), não foi um grande encanto...(...) ele é muito reservado e vive para dentro»*.

Ao contrário do anterior namorado, não se enamorou por este rapaz, **desencantamento que parece pôr em risco a capacidade de sonhar a relação**,

de fazer circular os afectos (recalcamento), numa espécie de relação branca ou, na versão optimista, a preto e branco.

Quando Odete tinha **dezanove anos**, o ex-namorado Augusto, então com 21 anos, casou-se com outra mulher. Odete lembra-se de ter sentido, nessa altura, uma *«sensação estranha»*. Sensação estranha porque **o luto da relação parecia longe de estar resolvido**, emergindo impulsos e sentimentos contraditórios.

A boda decorreu num espaço físico que se podia observar a partir da sua casa. Colocou-se ao portão e a mãe chamou-lhe a atenção para se retirar dali, *«eu respondi: já nem à minha porta posso estar...»*.

A *“mãe esmagadora”* e, também ela, regulada pelo exterior não consegue, ignorando ou não, ter disponibilidade para conter, de outro modo, a angústia e as necessidades da filha.

Contou ainda, com alguma graça e aparente naturalidade, que no dia do casamento os noivos abraçados caíram de um pequeno varandim, episódio que parece ter sido o momento mais famoso e emblemático da festa.

Ainda com **dezanove anos**, novamente por intermédio do Centro de Emprego, Odete foi trabalhar para um **pronto-a-vestir** onde fazia atendimento ao público. Este emprego teve uma duração de dez meses - teve mais um mês do que o previsto, porque o décimo mês coincidiu com o mês de Dezembro e o patrão da loja pediu-lhe para trabalhar durante esse período, fora da duração do programa.

Sobre a relação com o José, relata um episódio que se passou quando tinha **vinte anos**, namorava então com ele há dois anos: *«a princípio, nos primeiros tempos, confesso que não me despertava grande entusiasmo, ele tem características que eu não aprecio muito, é mais para o calado, reservado, metido para dentro, fala pouco sobre as coisas, mas depois aconteceu um episódio que mudou um bocadinho as coisas...»*. Odete conta então que o José teve uma *«tentação»* por outra rapariga, situação que a fez sentir-se *«como que traída»*. Começou a notar que ele andava *«estranho»*, as coisas não eram bem como tinham sido até ali, mesmo quando ele ia à casa dos seus pais, notava-o menos entusiasmado, mudança que a levou a desconfiar.

Sem José saber, Odete e uma prima foram ao café onde ele supostamente se ia encontrar com um amigo, e, recorda-se bem, ficou muito desiludida, pois, para além do amigo, apareceram também duas raparigas: eram os respectivos pares das danças de salão.

Aproveitou para medir forças: *«apertei-o e ele acabou por confessar que frequentava danças de salão com uma rapariga, colega dele no trabalho (...) acabou também por confessar que sentia alguma coisa por ela...coloquei-o entre a espada e a parede e obriguei-o a decidir entre essa mulher e eu...ele optou por mim»*.

A O. continua a dar muitos e significativos sinais de que não gosta do namorado que lhe arranjam, mas perante a possibilidade de ser rejeitada, reage e mostra, tal como a mãe, quem manda.

Diz que a partir dessa altura passou a ser *«muito desconfiada»*, nomeadamente no primeiro ano após esse episódio, mas confessa que *«ainda*

hoje ele paga a factura por este caso». Acrescentou que essa mulher continua a ser colega de trabalho de José, mas essa situação actualmente já não a incomoda.

Aos vinte e três anos, após cinco anos de namoro, no mês de Setembro, Odete casou-se com o José, seu actual marido.

Em Dezembro do mesmo ano, três meses após o casamento, Augusto, vinte e cinco anos, morreu repentinamente quando jogava futebol: «Casei-me em Setembro e o Augusto, morreu em Dezembro (...) deixou uma filha de quatro anos».

Pouco tempo depois, dos vinte e três para os vinte e quatro anos, parece ter começado a sentir os primeiros sintomas do que hoje se sabe ser *Síndrome de Cushing*.

Odete associa o início da sua doença com a morte do ex-namorado: «Lembro-me muito bem, foi há oito anos atrás. Relaciono a minha doença com a morte de um colega num jogo de futebol, ele sentiu-se mal, foi conduzido ao hospital e acabou por morrer. A partir daí lembro-me que me passou a perseguir uma ideia fixa de morte (...) percebi que a qualquer hora também eu poderia morrer, fiquei com uma ideia de morte (...) não é uma ideia de me matar, nunca pensei nisso, é exactamente o contrário, é um terrível medo de morrer, é um medo de morte».

Quando relatou este episódio, logo na primeira sessão (vide Anexo 1, pág. 4), Odete não assumiu que Augusto tinha sido seu namorado, recupere-se o diálogo então estabelecido:

Entrevistador.: *«E esse colega era seu colega do quê..., eram amigos?».*

Odete.: *«Não, conhecia-o apenas de vista».*

E.: «Conhecia-o apenas de vista, então porque acha que a sua morte a impressionou tanto?».

O.: «Porque percebi que a qualquer hora também eu poderia morrer, fiquei com uma ideia de morte».

Podemos pensar que perante a dificuldade em resolver o conflito desta relação, ao que parece ainda não resolvido, O. poderá ter desejado a morte de Augusto como solução possível para se livrar de um namoro e namorado que deveriam ter sido libertadores, mas que não o chegaram a ser.

A ser assim, o confronto com a morte real poderá ter desencadeado sentimentos de culpabilidade que podem ajudar a formalizar uma situação de impasse, porquanto comprometido o imaginário na nova relação, esta morte parece aprisionar a culpa que se colou a ela, promovendo a identificação aos sintomas – medo de morrer.

Pouco tempo depois a sua avó paterna adoeceu: «a minha doença manifestou-se mais ou menos quando apareceu o tumor à minha avó paterna...».

Parecendo mostrar os processos de identificação aos males dos outros, diz: «(...) sofro com o sofrimento dos outros...». Odete refere então que o aceleração do batimento cardíaco surgiu quando esta avó adoeceu: «mexeu muito comigo...lido mal com o sofrimento dos outros...».

Quando se diagnosticou o tumor à sua avó paterna foi a Odete quem a acompanhou às consultas, apesar do problema das «batidas», já manifesto e identificado. Com a doença da avó, surgiu a oportunidade de aproximação entre ambas, pois até aí a relação era «algo distante».

Segundo a Odete, a sua doença veio operar modificações ao nível do seu modo de ser e estar: *«Mudou muita coisa...eu era uma pessoa muito extrovertida, alegre e divertida...a partir dessa altura mudei completamente, passei a ficar por casa...ainda hoje quando alguns amigos me convidam para sair a qualquer lado, acabo sempre por os tentar convencer a aparecerem lá por casa, digo-lhes porque não aparecem por lá, em minha casa aceito, caso contrário é muito difícil aceitar... a minha mãe até me costuma dizer como eu estou diferente... “Oh filha! Nem pareces a mesma pessoa! Eras tão alegre e brincalhona...” (...)* mesmo no trabalho tenho muitas oscilações de humor...há vezes em que estou muito faladora e outras em que não digo nada; nestas vezes há uma colega do trabalho que até costuma dizer: *“A Odete não veio hoje?”*».

O *“medo de morte”* parece apoderar-se dela, em casa está mais segura, controla melhor a ameaça, na rua ainda lhe pode aparecer algum fantasma (por exemplo, o ex-namorado).

A partir dessa altura, Odete passou a ficar a maior parte do tempo em casa: *«estive praticamente oito anos fechada em casa sem conseguir fazer nada (...)* não havia dia nenhum que não pensasse na morte (...) só saía de casa uma vez por mês...obrigava-me a ir pagar as contas, mas voltava para casa o mais depressa possível (...) passava os dias em casa de pijama, fechava todas as janelas e persianas, afastava a mesa da sala e deitava-me no chão enrolada em lençóis e cobertores e ali ficava no escuro. (...) Levei muitos anos sem comprar uma peça de roupa, o José dizia-me: *“não tens outra coisa para vestir?”*».

Quando O. tinha vinte e quatro anos, a avó paterna foi operada, com bons resultados, na sequência do tumor que a apoquentava.

Aos **vinte e sete anos engravidou**. Conta que quando foi à farmácia fazer o teste de gravidez e este deu positivo, sentiu-se *«desnortada...não estava à espera...»*, chegando mesmo a telefonar ao médico de família para saber se esses testes eram fiáveis.

Entretanto a confirmação das empregadas da farmácia, suas conhecidas, não foi suficiente, pelo que foi necessário recorrer à Directora da farmácia, na tentativa de conferir alguma seriedade ao resultado do teste: *«Foi uma total surpresa (...)*». Falando novamente da gravidez, conta que *«até aos cinco meses estive sempre a vomitar...foi horrível»*.

Embora o José desejasse ter filhos mais cedo, a **Odete foi mãe de uma menina, a Cátia, aos vinte e oito anos**.

Nas sessões, O. enfatizou o *«pânico»* que sempre teve do parto, representação que se consolidou com o parto da Cátia, pois teve muitas dores, num processo demorado e sofrido e que teve de ser provocado: *«Demorou 12 horas e ao fim das 12 horas a Cátia não estava em posição de nascer, eu não estava preparada...»*.

Odete esteve **cinco dias no hospital** e lembra-se perfeitamente das *«(...) longas horas passadas à janela do quarto do hospital (...) não me conseguia mexer, a Cátia chorava e eu nem me apetecia ir ter com ela, pois as dores eram muitas e nem sabia o que fazer...foi horrível»*, relato contado com a carga de um terrível pesadelo.

Os seus **três primeiros meses de mãe foram vividos com «pânico»**, mais uma vez: *«Tive uma filha, a Cátia, aos 28 anos. Tive também uma tremenda depressão pós-parto: os 3 primeiros meses após o nascimento da Cátia foram terríveis, a miúda*

chorava de dia e de noite e eu não sabia o que fazer» (...) «tinha medo de estar com a Cátia pois a qualquer momento podia dar-me qualquer coisa...».

Depressão: não tinha disponibilidade para a filha; mais: era ainda muito filha para ser mãe; para mais o marido foi imposto pela mãe, assim talvez a filha fosse mais uma irmã...

Odete conta que, logo desde o nascimento, a Cátia passou a viver praticamente todo o tempo em casa dos seus pais (avós maternos): *«a iniciativa foi da minha mãe».*

Parece ter uma filha do “casamento” da mãe; como é que pode ter paciência para ela, se ela funciona como irmã mais velha? ...A filha funciona como uma irmã mais nova...

Acrescenta ainda: *«a Cátia lá está melhor» (...) ela gosta muito de brincar com ele (referindo-se ao pai, avô da Cátia)» (...)«é super-protegida pelos avós...é um encanto para o meu pai».*

Lamenta o facto de não sentir maior prazer e disponibilidade para estar com a filha: *«Outra situação que me assusta é a de eu pensar que não sinto o prazer suficiente em estar com a Cátia, como deveria sentir (...) parece que não estou suficientemente disponível, que poderia ser melhor para ela enquanto mãe (...) a Cátia nunca gostou de colo...nunca pediu colo».*

«Como deveria sentir...» e não como sente...; a grande traição parece ser a mãe...

Conta que a sua relação com o marido, José, piorou depois do nascimento da filha: *«Ele foi sempre assim, muito reservado, mas quando a Cátia nasceu começou a ser pior...»*.

Acerca do seu pai, Odete refere que a sua relação com ele também se alterou negativamente com o nascimento da Cátia: *«desde que a Cátia nasceu que não consigo ter uma conversa com ele...anda nervoso (...) acho que temos feitios muito parecidos (...) com o nascimento da Cátia o meu pai ficou mais chato...mais controlador (...) ele faz tudo o que a neta quer, diz que ela tem sempre razão...»*.

Odete refere que a filha só a «respeita» a si: *«sou a única pessoa de quem ela tem medo...só a mim é que ela respeita...todos lhe fazem as vontades, eu não...basta abrir-lhe os olhos e falar-lhe as coisas (percebi que num tom intimidatório) e ela obedece»*.

Quando O. tinha vinte e oito anos, a sua avó paterna ficou acamada em consequência de novos episódios da sua doença oncológica.

Quando a Cátia tinha um ano de idade, O. (vinte e nove anos), o marido, a filha e um casal amigo, foram passar quinze dias de férias ao Algarve, momento descrito assim: *«Fomos para um apartamento com outro casal amigo, a Cátia tinha um ano, foi uma experiência a não repetir, foi horrível...»*.

Também aos vinte e nove anos de idade, Odete começa a trabalhar no actual emprego, como cozinheira, num lar de idosos. Apesar de gostar de *«trabalhar com os velhotes»*, Odete refere que o seu ambiente de trabalho *«não é o melhor (...) por vezes tenho alguns problemas com o chefe (...) eu costumo dizer que*

que no primeiro teste tive um treze...foi muito bom...fiquei muito satisfeita...agora vou ter um outro e estou com a preocupação de me preparar bem para esse teste».

É **sensivelmente a partir desta altura**, mais precisamente um mês depois do início do ano lectivo, **que a Odete começa a participar na investigação**, encontrando-se comigo com a regularidade já anunciada, ao longo das vinte sessões propostas para um período de aproximadamente um ano.

Meses depois, a **avó paterna**, na altura com setenta e cinco anos - segundo a O., sem um diagnóstico definitivo sobre a sua doença, mas também sofria de tensão alta e problemas de coração -, veio a falecer em casa, durante o último quarto das sessões - recorde-se que a avó tinha um tumor há sete anos, há cerca de três anos tinha ficado acamada.

Recebeu a notícia da morte da avó pelo telefone, ficou serena mas chorou passados uns dez minutos, *«gostava bastante da minha avó»*. Segundo a O., o seu pai reagiu bem *«talvez porque foi enfermeiro na tropa em Moçambique...»*.

Quanto ao **avô paterno** de oitenta e quatro anos, também com um **tumor** no pescoço, actualmente a fazer radioterapia, reagiu assim: *«ficou deitado...quieto»*. Poucos dias depois, a situação clínica do avô agravou-se, vindo também a falecer.

Como já foi anunciado no início desta anamnese, a matriz não directiva das entrevistas condicionou a recolha e a idiosincrasia dos elementos anamnésicos, fluindo o discurso da doente mais em torno daquilo que designo

revoltado com o trabalho que tenho...também fica revoltado relativamente à relação que tenho com a minha filha...».

Ainda sobre o marido: *«ele disse-me que nunca pensou namorar e casar com alguém que fumasse e já tivesse namorado alguém...inclusivamente quando saímos não quer que eu fume, porque se preocupa com o que é que as outras pessoas vão pensar...ele é um bocadinho esquisito...tem uma cá uma mentalidade...»*; muito parecido à mãe dela...

Volta a referir uma ideia recorrente: *«o outro moço é que ele (o marido) não perdoa...»*, sublinhando que o anterior namoro continua “atravessado” na sua actual relação – sempre com muita dificuldade em pronunciar o nome do ex-namorado (Augusto).

Na sétima sessão, instada a falar sobre o momento relacional com o José, disse: *«as coisas estão melhores...e não estão ainda melhores porque eu não lhe faço todas as vontades...não estão melhores porque eu não deixo...eu já lhe disse várias vezes: “atenção que eu não sou a tua mãe e tu não és o meu pai”»*.

Falou novamente do problema do tabaco: fumam os dois mas ele insiste em que ela deve deixar de fumar, ao que parece, mais por uma questão cultural e social.

Continua a expressar algumas características e funcionamentos do José que não aprecia muito: introvertido, metido para dentro, não fala sobre as coisas, pouco alegre, entre outras que indiciam dificuldades na relação, e acrescenta: *«às vezes revolta-me porque essa dificuldade de relacionamento parece ser só comigo»*, uma vez que na relação com o exterior, entenda-se com os outros, o

José parece apresentar boas competências relacionais – naturalmente, **o José tem facilidade nas relações superficiais e dificuldades na relação íntima.**

Ainda sobre a relação com marido volta a sublinhar: «*o José nunca ultrapassou o problema do Augusto*», pretendendo justificar, de alguma forma, as dificuldades de relação anteditas.

Por tudo isto, chegou mesmo a verbalizar que «*não me sinto satisfeita com o José...*», adiantando à guisa de confissão «*várias vezes já me perguntei: será que ele é o homem ideal para mim?...*».

Continuando a reflectir sobre o seu entendimento acerca da “relação a dois” afirma: «*o José não me consegue dominar...*».

Finalmente a O. parece ter encontrado boas condições para se expressar emocionalmente sobre este assunto, rematando a reflexão com esta síntese, na minha opinião, significativa: «*também não sei se o Augusto era o homem ideal para mim...mas nunca tive oportunidade de o descobrir...*».

Eis a situação conflitual: «*(...) mas nunca tive oportunidade de o descobrir...!*»

Na nona sessão diz: «*Manipulam-me! (...) a culpada sou eu...nunca consegui cortar...(...) o controle que tinham sobre mim continuam a ter...*», referindo-se nomeadamente aos pais e ao marido.

Sobre o José, contou o seguinte episódio: estavam a jantar, como sempre, na casa dos pais e, pouco antes de virem embora, a Cátia recusou-se a dar um beijo de despedida ao pai, este reagiu mal, ficou furioso e acabou por ir embora

sozinho; a O. saiu depois num outro carro também sozinha; a O. contou este episódio como que não percebendo como é que um “simples” acontecimento deste «*modificou tudo*», uma vez que até ali tudo estava muito bem.

A propósito da relação com o marido, voltou a manifestar grande revolta e muita insatisfação relativamente ao modo de ser e funcionar do José, dando mesmo a entender na altura que não havia solução para os dois enquanto casal.

Ouvi, tentei promover a sua expressão emocional, tentei ajudar a clarificar alguns sentimentos, tentei conter e, por último, estimular a procura de novos processos e alternativas no seio do casal. Registei os principais desabafos em forma de queixa: «*Será que algum dia ele vai ser diferente? (...) não é capaz de me dar um elogio, por mais que eu faça...*».

Sobre a questão se gosta do marido: «*Eu não digo que não gosto, mas que ele poderia ser de outra maneira podia (...) por exemplo, até hoje nunca foi capaz de dizer se o comer está bom, por melhor que esteja (...) há quase três meses que não temos nada um com o outro...*», referindo-se, pela primeira vez, à esfera sexual.

Foi até o próprio José que sentiu a necessidade de falar sobre este assunto numa saída que pretendeu ser engraçada e pouco dramática, disse: «*então há quanto tempo não temos nada um com o outro? (...) não falamos quase nada...*».

Ainda a propósito deste assunto, remata a O.: «*Tinha a esperança que ele mudasse (...) o José não me compreende...nunca me compreendeu...*». A terminar, novamente sobre o José: «*são só acusações ou então sou eu que entendo assim...*».

Na décima terceira sessão, sobre a relação com o José pareceu um pouco mais tranquila, ainda assim sobre o funcionamento deles enquanto casal disse: *«é muito estranho»*.

Vê-se que a O. tem, finalmente, pensado sobre o tipo de relação ou o tipo de vínculo que a une ao marido, ao ponto de admitir reflectir sobre esta alternativa: *«chego a pensar se não será melhor o divórcio...»*.

Naturalmente, e mais uma vez, procurei constituir-me como apoio, tentando ouvir atentamente as suas razões, ajudar à expressão das suas emoções e promover a sua reflexão sobre todas as alternativas, conduzindo-a a uma espécie de balanço e fazendo-lhe ver a importância de uma tomada de posição consciente e ponderada.

Assim, e na sequência dos movimentos efectuados, na esfera mais positiva da relação, contou-me que no dia dos namorados (14 de Fevereiro) o José convidou-a para jantar fora, tipo convite surpresa. Infelizmente, já no próprio restaurante um casal amigo juntou-se a eles e perdeu-se a oportunidade de saborearem um momento com uma atmosfera diferente. A O. afirmou que a iniciativa do *“ajuntamento”* não foi do José, mas sim do outro casal, lamentando o sucedido mas sublinhando que *«existem muitas outras oportunidades»*. Acrescentou: *«nos últimos dias não temos discutido...»*.

Por sua iniciativa, subtilmente fez deslizar a conversa para uma esfera mais íntima, como que envergonhada; não me fiz rogado e não deixei cair a tentativa, embora tenha entrado cauteloso. A O. voltou a sublinhar que a

abstinência continua «*Nada!*», confessando, já mais à vontade, que o José, por vezes, toma a iniciativa, mas ela não corresponde, não lhe apetece.

Questionada sobre o porquê, disse: «*não gosto da maneira como ele faz as coisas...*»; foi possível perceber, em parte, a técnica ou o método que, aparentemente, motiva a queixa: «*apaga a luz e mete logo a mão em cima...não é assim que se fazem as coisas...digo-lhe logo para parar quieto e tudo acaba ali...*»; ainda sobre o mesmo assunto: «*não tenho vontade...*».

Sobre o José vinca, cada vez mais, uma análise crítica ao seu comportamento na relação com ela: «*Foi sempre assim (...) quando a Cátia nasceu começou a ser pior (...) não tenho culpa que a miúda não lhe queira dar um beijo...*», a propósito de um episódio já relatado; por vezes, parece que a miúda é utilizada como arma de arremesso entre os dois.

Falou-me do tipo de gestão financeira do agregado familiar: têm contas individuais; o José ganha cerca de 180 contos por mês, fora o extra da actividade nos seguros; o ordenado mensal da O., aproximadamente 80 contos, é o sustento da casa; queixou-se muito desta situação, relatando conversas tidas com ele, mais uma vez mediadas com as necessidades da filha.

Diz estar numa fase activa de «*avaliação de sentimentos...*» e acrescenta mesmo que desconfia dele; sem ser muito explícita deu a entender que põe a possibilidade de existir outra: «*há muito tempo que não está tudo bem*», acrescenta.

A este propósito chegou depois a falar com o marido: a conversa não foi a melhor, ainda assim a O. explorou uma inquietação cada vez mais presente, a

possibilidade de existir outra mulher na vida do José «*ele disse-me que não existia outra pessoa*».

Às vezes estão alguns dias sem se falar «*não vale a pena andar a chatear-me contigo por causa da Cátia...*», disse numa dessas ocasiões, imediatamente antes de um “blackout” de três dias.

Novamente sobre o José, o seu discurso parece mostrar que a relação entre os dois é difícil, com muitos conflitos, com provocações e acusações constantes: «*não me dá luta (...) não sei se é a pessoa certa (...) não posso fumar quando estamos com os amigos (...) quando lhe ponho o braço por cima parece que fica incomodado e isso revolta-me (...) agora arranjo-me melhor e ele diz-me nem penses que vais sair comigo com isso vestido (...) pelo segundo sábado seguido foi divertir-se com os amigos, na primeira vez chegou quando eu estava a sair para o trabalho...não o matei porque ia a sair de casa...esta segunda vez chegou um pouco mais cedo...qualquer dia corto-lhe as asas...*»; afirma ainda «*(...) não sentir ciúmes, apenas preocupação por ele beber e conduzir de X. para Y...*».

Confessou que o seu feitio «*(...) também não é nada fácil, bem pelo contrário*». Um dia destes foi almoçar com uma colega e um colega. Antes contou ao marido e ele não queria que ela fosse. Naturalmente não aceitou: «*ele vai todos os dias almoçar com as amigas e eu não lhe digo nada...não admito que ele desconfie de mim...se eu não quisesse não lhe contava e ele nem sequer sabia...teve uma crise de ciúmes*».

Nessa noite o José bebeu. Segundo a O., por vezes, o marido bebe em acontecimentos pontuais e nessas ocasiões dá-lhe quase sempre para chorar...

Noutra ocasião contou que uma noite o marido telefonou-lhe a perguntar onde estava. Encontrava-se no café com os amigos, depois de sair das aulas, convidando-o, de imediato, a aparecer por lá, numa atitude, pelos vistos, nova e surpreendente para o José; rematou esta situação assim: *«estou a fugir-lhe ao controle...»*.

Ainda sobre a relação com o marido, pretendeu ilustrá-la desta forma: *«a mãe dele tem estado pior e ele nem sequer me disse nada...eu disse-lhe : então a tua mãe está pior e tu nem me disseste nada....»*.

Por fim disse: *«às vezes apetece-me agarrar numa trouxa e ir embora»*.

São inúmeras as queixas que expressa sobre o José: *«deixa tudo espalhado pela casa e depois queixa-se que a casa está desarrumada (...) chega a casa e começa logo a ver a Sport TV (...) é só bola...acabo por ir para o quarto ver outras coisas...(...) deixa-se dormir no sofá a ver televisão e no outro dia nem foi para a cama (...) não aceita que eu fume quando ele fuma...já lhe disse: deixo de fumar quando tu também deixares (...) não quer ir à festa de Natal do meu serviço...»*; enfim, são muitas as acusações e *«raiva amordaçada»* (Coimbra de Matos) que circulam dentro dela.

Mais: *«não conta nada do dia-a-dia (...) não partilha tarefas da casa (...) é só futebol (...) nunca me faz um elogio»*.

Chega mesmo a fazer elaborações sobre temas antes recalçados: *«acho que ele nunca conseguiu ultrapassar a minha história com o Augusto...e acho que eu também não ultrapassei a traição com a colega dele de escritório»*.

Reflectiu-se sobre a verdadeira dor desse episódio do marido e acabou por admitir que essa história não lhe provocou um grande sofrimento *«foi mais pela traição»*; logo ele que sempre andou atrás dela, completamente fiel e honesto, podia esperar de todos menos dele, foi mais uma situação que aproveitou para poder esgrimir acusações e equilibrar uma “*conta*” que ainda parece estar em aberto.

A partir de determinada altura, nomeadamente com as alterações decorrentes **da relação deles com a filha Cátia**, a relação do casal parece ter apresentado ganhos visíveis: *«a Cátia agora, quer sempre vir para a nossa casa, e sempre que é possível, fica connosco»*.

Naturalmente, o José está maravilhado com esta mudança: *«o José está todo contente, sempre foi isto que ele queria (...) as coisas com o José estão muito melhores»*.

Nesta linha, contou que a relação com a filha melhorava a cada dia: *«sempre que não vou trabalhar fica comigo...o José está encantado...»*.

A relação com o marido parecia acompanhar esta nova realidade. Para o final das sessões falava nestes termos da relação com o marido: *«a nossa relação está muito melhor...há mais diálogo»*.

Como se percebe, **a relação destes pais com a sua filha constitui-se como uma das dimensões mais difíceis da vida do casal**, interessando-nos sobremaneira a relação desta mãe com esta filha, porquanto se constitui como **uma das suas maiores fontes de angústias**.

A Odete várias vezes confessou, com **culpabilidade** associada, a **falta de prazer em estar com a filha**. Por outro lado, tinha esta noção: «*O José (marido) sente necessidade de estar mais tempo com ela...*».

Assim, ao longo das sessões criou-se um espaço e um tempo para pensar esta situação.

Quando, no início, se reflectia sobre alternativas para passarem mais tempo com a filha, entre elas a de passar as noites com eles, e, por exemplo, quando os pais fossem trabalhar a *Cátia* podia, então, ir para os avós, ou mesmo para o infantário, a O. respondia assim: «*Podia, mas a Cátia está muito habituada ao avô, ela não quer...*»

Com efeito, por essa altura, a O. não representava, com desejo e necessidade, a possibilidade de viver com a filha. Ainda na tentativa de resolver o conflito, coloca a tónica em causas externas a ela: «*também se o pai faz tanta questão de estar com ela, porque é que ao fim-de-semana não está mais tempo com ela...eu digo-lhe porque não vais passear com a tua filha e brincar com ela...ele ao fim-de-semana podia, mas prefere ir jogar futebol...*».

Sempre me pareceu que a O. tinha uma noção aproximada das suas dificuldades relacionais enquanto mãe, acrescidas da inevitável pressão conjugal, familiar e social, daí que se compreenda a extrema necessidade em proteger, por exemplo, a sua imagem e conceito de mãe, defender o que ainda é possível defender, e tentar resolver uma situação conflitual difícil – o facto de não viver com a filha e de não sentir essa necessidade.

Na tentativa de dissolver este conflito a O. diz, por exemplo: *«a minha vida é muito complicada...é muito difícil a Cátia passar as noites em casa connosco...passar as noites em casa e depois acordar de manhã cedo e ir levá-la para a casa da minha mãe e voltar para trás para ir trabalhar...não vejo outra alternativa».*

Segundo a O. a distância a percorrer, ida e volta, é de cerca de vinte quilómetros. Naturalmente, poder-se-ia sempre reflectir em torno da possibilidade de a colocar no infantário.

Ainda segundo a mãe: *«ela não quer vir para casa...».* Acrescenta que *«a Cátia lá está melhor»;* *«ela gosta muito de brincar com ele* (referindo-se ao pai, avô da Cátia); recupere-se um pormenor significativo: *«a iniciativa foi da minha mãe* (referindo-se ao facto de a filha viver com os avós).

Sobre a filha: *«está sempre empoleirada em cima de tudo»;* *«gosta muito de ver a telenovela portuguesa “Anjo Selvagem”, em especial a Mariana»* (a figura de identificação da Cátia, a Mariana, é a protagonista principal da trama, segundo sei uma espécie de *“maria rapaz”*, pouco amada e à procura de ser compreendida); *«o avó é muito cuidador».* Quanto à escola diz que está tudo bem.

A propósito das *«brigas»* dos avós paternos, sogros da O., e da doença da avó, conta que *«a Cátia pergunta se a avó vai morrer...diz que ela está doente dos nervos...que grita muito...».*

A onda de agressividade e a confusão nos limites reflecte-se obviamente na filha, diz a Cátia para o pai: *«se tu me bates eu bato-te também...».*

Como já foi referido, durante este período de cerca de um ano, a relação com a filha foi mudando progressivamente. Aos poucos aumentou a vontade em estar com ela, inclusivamente de dia a filha já passa algum tempo na casa dos pais. No entanto, à noite a menina pede para ficar na casa dos avós, *«é ela que quer...»*, remata a O..

Na linha da evolução da relação com a filha, talvez este episódio familiar de um fim-de-semana alargado no Alentejo ajude a ilustrar. *«A Cátia cantou para mais de cem pessoas, mas na primeira noite fez uma birra enorme, não queria ficar, eu quero a avó..., no final do passeio fez outra birra porque não queria sair do hotel.»*. *«Hoje em dia tenho outro prazer e segurança em estar com a Cátia...brinco com ela...passeio com ela...»*, acrescenta a mãe.

Para o final das sessões, a O. conta que a Cátia mudou muito a sua atitude: *«agora, quer sempre vir para a nossa casa e, sempre que é possível, fica connosco»*.

A relação com a filha está cada vez melhor, vai passear com ela ao parque e passa todo o tempo que pode com ela: *«sempre que não vou trabalhar fica comigo...o José está encantado...»*. Deixou de estudar porque não estava a sentir grande motivação: *«prefiro ficar com a Cátia.»*.

Do actual da Odete podemos também sublinhar, naturalmente, a sua **relação com a saúde**, no geral e a **relação com a doença**, em particular. Nestas dimensões avança, logo na primeira sessão: *«Estou em ansiedade permanente, mas estou medicada»*, falando-me da complexa terapêutica medicamentosa.

morrer, fiquei com uma ideia de morte (...) Não é uma ideia de me matar, nunca pensei nisso, é exactamente o contrário, é um terrível medo de morrer, é um medo de morte».

Mais tarde, Odete conta que afinal este seu “colega que conhecia apenas de vista” havia sido o seu primeiro namorado, uma relação de aproximadamente três anos: «*Namorei com um outro rapaz (...) Foi aquele moço que lhe disse que morreu num jogo de futebol*»; «*Casei-me em Setembro e o Augusto, morreu em Dezembro*»; «*(...) deixou uma filha de 4 anos*».

Infelizmente a Odete **nunca deu provas de ter condições e competências para pensar e resolver este conflito**. A relação com o Augusto, recalcada e não resolvida, emergiu várias vezes, **finalmente a dissolver-se**: «*Esta semana pensei muito no Augusto como poderiam ter sido as coisas...o que poderia ter sido diferente...*».

Sobre os sogros. Odete confessa que a relação com os sogros «*não é muito boa...são pessoas muito desconfiadas*». Para ilustrar esta desconfiança, contou o seguinte episódio: «*há algum tempo atrás a Cátia passou dois dias com os avós (sogros) e há dias eles voltaram a convidá-la para ela ir lá passar mais dois dias...mas ela não quis, sabe a miúda não gosta...não quer dizer que não goste, mas não gosta tanto...na casa dos meus pais é totalmente diferente e é natural que ela não goste tanto...quando lhe perguntaram se ela queria ir ela disse que não e...eles disseram-lhe: não queres ir ou disseram-te para não ires...está a ver porque digo que são muito desconfiados...*».

A sogra é uma mulher doente, em tempos internada no Hospital Júlio de Matos e actualmente em tratamento nos Hospitais da Universidade Coimbra, por «*problemas psiquiátricos*», onde também tem sido internada várias vezes.

A relação com a sogra não é de facto a melhor: no início frequentava mais a sua casa e tentava ajudar em alguma coisa, mas entretanto a sogra começou a “encostar-se” e ela deixou-se de amabilidades; *«actualmente temos uma relação distante»*, acrescentou.

No sentido de caracterizar melhor os sogros rematou assim: *«os meus sogros são do tipo bicho...»*. Perguntei-lhe então o essencial: *«mas a O. gosta deles?»*. Abanando com a cabeça, dando a entender que não, disse: *«gosto um bocadinho deles!»*, ou seja, não existe um vínculo relacional e afectivo significativo da O. para os sogros – não só não gosta, como mostrou a sua **infantilidade**.

Foi ainda possível registar que o José (marido) tem um irmão e que o próprio sogro já verbalizou, várias vezes, que tem preferências sobre os netos; gosta mais da *Cátia* do que do outro neto filho desse irmão.

Ainda sobre os pais do José: *«naquela casa nunca houve afectos para ninguém...»*. A situação clínica da sogra varia entre a cama de casa e a cama do Hospital, *«o pai do José bate-lhe...dá-lhe com cada sova...»* ; diz que o José não fala muito sobre os pais; sobre a situação dos sogros *«não me aquece nem me arrefece...»*; diz que a sogra é completamente dominada enquanto o sogro tem o *«síndrome da perseguição»*.

As suas **relações em contexto laboral e com o trabalho** também merecem da parte da Odete considerável atenção, pois também no trabalho as coisas não são totalmente tranquilas: *«tenho alguns problemas com uma colega de 69 anos...ela está sempre a mandar bocas e indirectas...ela funciona por luas, umas vezes fala comigo outras não, actualmente não fala comigo...»*, diz.

Revelando também **alguma preocupação com a imagem**, disse: «Desde essa altura engordei 30 kg e cresceram-me pêlos pela cara, agora não se notam porque acabei mesmo agora de os tirar», com um dedo percorria a cara, acabando em movimentos semi-circulares por debaixo do queixo, assinalando até onde nasciam os pêlos, sensivelmente o mesmo “*mapa territorial*” da minha barba.

Prosseguindo: «Tenho taquicardia, daí a medicação com inderal. Por vezes fico em pânico, pois o batimento cardíaco fica muito acelerado, parece que vou morrer, é assustador...», tal como o ex-namorado.

E.: «E esse aceleração do batimento cardíaco acontece-lhe em alguma situação particular, é mais frequente em alguma situação específica?»

Resposta algo evasiva e curta: «não, mesmo em casa isso acontece».

(Silêncio).

Na terceira sessão voltou a referir que engordou entre 30 a 40 kg após a manifestação da doença - recorde-se que na primeira sessão referiu aproximadamente 30 kg -, e que o **diagnóstico** foi efectuado no *Hospital de Santa Maria em Lisboa*, por interesse e indicação do Dr. Rogério.

Com efeito, a ansiedade patológica inscreve-se, também, numa organização de tipo fóbico - o medo e a ameaça aparecem como questões centrais, senão vejamos: o seu terrível medo da morte; alguns evitamentos; a tensão alta; o batimento cardíaco; a dificuldade no controlo; a latente preocupação com o futuro que parece potenciar uma ansiedade desproporcionada, persistente, desorganizadora e desadaptada que culmina num estado emocional desagradável, tenso e atemorizado - naturalmente

potenciada pela identificação à morte do “*namorado libertador*”; «*não lido bem com o sofrimento*», diz.

Acrescentou que efectua o controle da doença todos os anos, adiantando que os resultados das novas e recentes análises indicam que o cortisol se apresenta com valores mais normais.

Na quarta sessão conta que o médico a achou melhor na última consulta e que praticamente lhe retirou o “*Inderal*”. Segundo ele, «*qualquer dia a O. não tem tensão*». O “*Inderal*” tinha sido nos últimos anos “*o seu grande amigo*”, «*não era capaz de sair de casa sem ele*». No entanto, e apesar desta separação radical, diz «*tenho-me sentido bem*».

A este propósito, na décima segunda sessão, diz mesmo: «*Acabei com o Inderal*»; foi com a mãe ao médico de clínica geral, seu médico de há muitos anos, e este entendeu acabar de vez com a medicação. Segundo o médico, a metade de comprimido que tomava todos os dias de manhã estava a servir «*apenas para enganar a cabeça*», pelo que tomou essa decisão atendendo às melhorias significativas, ao discurso do seu bem-estar geral e ao desaparecimento da sintomatologia e dos evitamentos anteriores. Desde essa altura, a O. continua a sentir-se muito bem: «*cada vez melhor...*», disse.

Na décima sétima sessão, depois de uma ausência, por indisponibilidade da minha parte, de mais de dois meses, foi possível verificar que estava muito preocupada porque sentia um «*nó na garganta*» que a inquietava muito. Telefonou ao médico a perguntar-lhe o que seria: «*perguntei-lhe se seria apenas do*

sistema nervoso e ele, em vez de me tranquilizar, disse-me que talvez fosse outra coisa, pediu-me para passar pelo consultório, fiquei ainda mais preocupada, vou lá hoje».

Afinal o problema da garganta passou em quatro dias com antibiótico. Prometeu, logo que se reúnam as condições no trabalho, ir fazer os habituais exames anuais de rotina, entretanto atrasados.

Por esta altura, a sua tia-madrinha, mulher do padrinho, irmã do pai, viria a falecer, morte também motivada por problemas oncológicos. Afirma ter sentido muito esta dor, estava muito ligada à madrinha, lá em casa está tudo de rastos, a chorar; *«eu não choro...não sei porquê...não consigo chorar...nunca choro...»*. Desta vez não se desorganizou com uma morte de alguém muito chegado.

Sobre a **relação com a sua própria mãe**, parece confirmar aquilo que desde o início se suspeitava: tem uma relação muito fusional com a mãe, uma mãe muito controladora, quase castrante e que se habitou a tomar decisões por ela: *«a minha mãe sempre me tentou controlar e hoje percebo que o conseguiu...nunca consegui cortar o cordão umbilical...a culpa é minha...»*.

Porém, aos poucos foi dando a ideia que ainda era capaz de se libertar de uma mãe muito angustiada. Por exemplo, chegou a contar, com evidente satisfação e com ar de vitória que agora já não telefona à mãe por obrigação e a toda a hora, como antes o fazia, ilustrando com este exemplo: *«quando chego a casa, depois de sair da casa da minha mãe, já não lhe telefono a dizer que cheguei...; recorde-se que todos os finais de tarde a O. visita a filha, à casa da mãe, e depois percorre um pequeno trajecto de carro, agora sozinha, antes dependia do marido, com destino à sua casa.*

Fiquei agradado com a tentativa de mudança da O., ainda assim procurei estimular a reflexão sobre os vários tipos de telefonemas, desde os informativos aos afectivos passando pelos controladores, e a necessidade de avaliarmos a natureza de cada um desses tipos.

Chegou mesmo a falar com a mãe sobre um eventual divórcio: *«Falei com a minha mãe e disse-lhe que o divórcio é uma coisa normal, não seria a primeira nem a última...ela disse-me que era uma vergonha...o que iam dizer as outras pessoas...»*, rematando que a mãe ainda tenta controlar, mas agora é a O. quem manda.

No actual da **relação com o pai** refere também a fase difícil por que passa o seu pai: ele tem uma oficina em X., mas actualmente a sua actividade profissional está muito reduzida, pois desdobra-se no auxílio à mulher doente (mãe da O. – tumor na cabeça), à sua própria mãe (avó paterna da O., 84 anos), em situação difícil com um tumor no pescoço e naturalmente ao seu pai (avô paterno da O.), *«o meu pai...coitado...não tem mãos a medir...está muito sobrecarregado»*.

Sobre o pai: *«nunca me dei muito bem com o meu pai...sabe temos feitios muito parecidos e chocamo-nos muito (repetiu)...hoje em dia ainda nos chocamos mais, antes ele desculpava-me, ao contrário da minha mãe que não me perdoava...o meu pai é muito nervoso»*.

Relata vários episódios que ajudam a perceber o funcionamento do pai, nomeadamente as ausências, à guisa de queixas do tempo em que a O. era pequena: *«quando era pequena o meu pai gostava era de passear...»*; *«a minha mãe ficava angustiada porque ele não aparecia...»*; *«parecia que quanto mais longe estava de*

casa melhor...»; «a minha mãe ficava muito preocupada com o meu pai quando ele não aparecia porque pensava que ele podia ter tido um acidente...»; «o meu pai nessa altura bebia muito...pode-se até dizer que estava com problemas com o álcool...»; «Na altura do parto, no meu nascimento, o meu pai foi divertir-se para a feira...».

Praticamente no final das sessões, também a relação com o pai parece ter melhorado: *«antes não conseguíamos ter uma única conversa...agora não...».*

Para além do que já foi relatado, mais em termos individuais, no geral da sua **relação com os pais** podemos ainda registar outras ilustrações, por exemplo sobre o tabaco: os pais não sabem que ela fuma, o seu funcionamento em «radar» tem permitido manter este segredo; *«enquanto puder evitar, não vou dar este desgosto aos meus pais...».*

No essencial, estes fragmentos do seu discurso dão agora uma ideia do que a Odete pensa da sua relação com os pais: *«Manipulam-me! (...)a culpada sou eu...nunca consegui cortar (...) o controle que tinham sobre mim continuam a ter...»*, referindo-se nomeadamente aos pais, mas também ao marido.

Uma outra dimensão significativa na vida de Odete parece ter sido a **relação com o ex-namorado**, o Augusto, que na primeira sessão recordou como tendo sido apenas seu conhecido, ao ponto de o relacionar com a sua doença: *«Lembro-me muito bem, foi há oito anos atrás. Relaciono a minha doença com a morte de um colega num jogo de futebol, ele sentiu-se mal, foi conduzido ao hospital e acabou por morrer. A partir daí lembro-me que me passou a perseguir uma ideia fixa de morte (...) Conhecia-o apenas de vista (...) Percebi que a qualquer hora também eu poderia*

São sete as colegas de serviço, mais um «*chefe*»; contou que este homem por vezes aborda-a nestes termos: «*ai está muito mais magra...gosto muito mais de si assim...*». A O. respondeu: «*mas tem que gostar alguma coisa!...*».

A manifestação da revolta para com os responsáveis do seu local de trabalho não se fica por aqui: foi instalado no lar um centro de apoio aos “*sem abrigo*” e as funcionárias nem sequer foram informadas das suas novas tarefas; vincou que não pretende fazer discriminação, mas o contacto com sujeitos com hepatites e sida deve ser levado em conta, «*até porque tenho uma filha lá em casa...*»; esta novidade vai obrigar a uma mudança nas suas escalas e nos seus ritmos.

O seu trabalho parece constituir-se, também, como um obstáculo à relação e dinâmicas familiares, pois o marido não concorda com aquele emprego - tem um fim-de-semana de folga de seis em seis meses.

Põe a possibilidade de sair, mas prefere que a despeçam para ter direito ao subsídio de desemprego; «*podia ir estudar, fazer o 12º ano e tirar um curso superior*», diz.

Recorde-se que a O. aos dezoito anos trabalhou num escritório durante nove meses, por intermédio de programas do centro de emprego e, findo esse período, foi trabalhar, inserida num programa idêntico, para uma casa de pronto a vestir onde fazia atendimento ao público, durante dez meses. Nunca mais teve ocupação profissional, até que surgiu este emprego onde está há quase três anos, desde os vinte e nove anos, portanto, um ano depois de ser mãe - aqui sempre pensou que era ajudante de cozinha, mas afinal é auxiliar de

serviços gerais. Contudo, na prática, desempenha as funções de ajudante de cozinha.

Relata mais investidas do chefe de serviço, sublinhando a sua seriedade e integridade, ou seja, procura prontamente cortar este tipo de abordagens «*que raiva que me dá...*», diz. Chega mesmo a contar que o chefe voltou a dar-lhe «*beliscões*». Segundo a O., tal como faz com todas as outras, ele lá a vai assediando, com «*beliscões e festinhas*» que ela diz não apreciar: «*que as outras deixem isso é lá com elas, comigo não...*». Por responder e protestar vai apanhando, por retaliação, com as piores tarefas, acrescenta.

Para além dos episódios com o chefe, relatou a existência de conflitos, latentes e manifestos, também com algumas colegas de trabalho. A ilustração seguinte ajuda-nos a perceber o seu **funcionamento**: a colega de serviço mais velha, aquela que a O. diz funcionar por «*luas*», aproveitou a visita surpresa do pai e da filha da O. ao lar para lhes mostrar que ela fumava. A Odete diz que a filha não a chegou a ver mesmo a fumar, mas a situação foi difícil pelas conversas e pressão familiar que daí resultaram, «*Naturalmente eu neguei tudo*», disse a O..

Quanto ao porquê de uma mulher casada ter de esconder tanto uma coisa destas, esforço que a pressiona, voltou a argumentar com o habitual: «*porque não lhes quero dar esse desgosto, não quero que saibam, iam ficar muito desiludidos comigo*».

Para o final das sessões já conseguia **conflitualizar** explicitamente com uma colega de serviço: «*estavam habituados a dizer-me tudo e eu calar-me...agora*

não, eu sou diferente...e eles acham estranho»; «falou mal de mim nas minhas costas, quando eu a tenho ajudado em tudo o que posso...confrontei-a com aquilo que disse e disse-lhe tudo...fui bruta e depois fiquei eu mal...ao ponto de tomar novamente os comprimidos...»; «senti-me muito nervosa e descontrolei-me...podia ter dito as coisas de uma forma mais suave...»; «o tempo de me dizerem tudo e eu calar-me já passou...agora levam logo o troco...».

Sobre outros aspectos do seu funcionamento, contou, logo no início que costuma funcionar *«por fases: antes ou depois do período»*, funcionamento que naquela altura, por sinal, era um pouco imprevisível, porquanto, o período menstrual estava desregulado havia seis meses; *«no fim do período fico sempre em baixo, na semana a seguir sinto sempre um grande cansaço»*, diz, relevando sempre muito esta circunstância.

Por último, parece interessante reflectir sobre o **modo como a Odete participou na investigação e a forma como aderiu à construção da relação terapêutica - aliança e «nova relação» (Coimbra de Matos)** que, acredita-se, acabou por influir favoravelmente na evolução clínica desta mulher; o desenho da investigação integrou, desde sempre, a inevitável intervenção clínica – informações que, também, nos podem ajudar a perceber o seu funcionamento e, em última instância, a **pensar o seu adoecer somático**.

Tudo começou com a intervenção do seu médico de família. Desde o início foi possível perceber, diga-se, que este médico suscitava a sua admiração e era merecedor da sua confiança: *«foi ele quem me diagnosticou o Cushing: mandou-me fazer exames e análises e acertou de imediato, ao contrário de outros que ao*

longo de muito tempo nada conseguiram perceber. Tenho uma excelente relação com o Dr. Rogério e gosto muito de falar com ele, ao ponto de preferir marcar consultas para o seu consultório particular, mesmo a pagar, do que ir ao centro de saúde, pois aqui as consultas são muito mais rápidas e agitadas».

Também neste trabalho o estabelecimento da relação foi relativamente rápido e conseguido. Dizia a O. logo nas primeiras sessões: *«Eu só estou a contar estas coisas porque tenho confiança em si...eu sei que costumam apresentar estes estudos nos congressos, mas tenho confiança no Sr. Doutor e sei que as informações que lhe dou são apenas para me compreender melhor...».*

Com esta conversa, a O. estava a convidar-me a completar a inquietação manifestada. Reforcei, naturalmente, a ideia da absoluta confidencialidade das informações recolhidas, sublinhando a importância das questões éticas, isto é, não se apresentam casos sem a necessária autorização das pessoas e mesmo quando se apresentam os dados mais pessoais são omitidos e substituídos.

Na sexta sessão a O. já falava das **melhoras** que sentia desde que tínhamos iniciado as sessões, fragmentos de discurso que se repetiram ao longo das sessões e que recupero agora alguns dos excertos mais representativos:

- *«(...)tem me feito muito bem, só de pensar que venho falar com o Dr. já me sinto melhor...as minhas amigas notam tanta diferença que já me disseram que gostariam também de vir às suas consultas...»;* *«desde que comecei as consultas tenho-me sentido cada vez melhor...muito melhor mesmo...quando falo com o Dr....quando saio daqui sinto uma sensação de alívio...tem me feito muito bem...há muito tempo que devia ter procurado um psicólogo...sinto que me saiu a sorte grande...as minhas colegas de*

serviço continuam a dizer: mas o que é que o psicólogo lhe faz...como já lhe disse também algumas das minhas amigas gostavam de vir às suas consultas...»; «antes estava tão mal...praticamente deixei de conduzir porque não via nada...parece que parava o pensamento...neste momento voltei a conduzir, vou para todo o lado de carro e sinto-me muito bem...sem qualquer problema...ainda hoje vim de carro para aqui»; «antes de vir para aqui só pensava: vou-me matar! (...) tive muita sorte de o ter encontrado...não sei o que hoje seria de mim se não tivesse vindo ter consigo»; «Estou ótima...sinto-me muito bem, voltei a ter alegria e vontade de me arranjar, o que já não acontecia há muitos anos...»; «Estou mais magra...», soltando uma monumental expressão, mista de orgulho e felicidade, «Sinto que a minha auto-estima melhorou bastante; «(...) tenho novamente objectivos...»; «Sinto que surgiu novamente o interesse e o prazer pelas coisas...»; «Sinto que cada vez sou mais eu...»«Aos poucos estou a recuperar o controle da minha vida...».

A relação com o imaginário, assinalada, por exemplo, pelo sonho, parece ter sofrido, a pouco e pouco, uma alteração desde a não memória - “nunca sonho” - à memória dos seus sonhos, reactivação da função que agora ilustramos:

- *«sabe...voltei a sonhar...já não me recordo bem...foi há alguns dias, mas tenho a certeza que o Dr. entrava no sonho...»; «Sonhei com o Dr., estava eu o Dr. e o José, os três»»; «Esta noite sonhei que ainda estava a trabalhar, estava a descascar batatas, tenho ideia que estávamos todas a falar, de coisas do dia a dia...»; «Sonhei novamente que estava a descascar batatas para um almoço importante...os almoços não tinham fim por mais que me esforçasse...»;*

«Sonhei que estava a andar de baloiço com a Cátia, naqueles baloiços que são umas tábuas e ora vai uma para cima e a outra para baixo, sabe quais são?...estranho, nunca gostei de baloiços e era impossível a minha filha levantar-me...mas no sonho parecia tão normal...tão real»;

Como também se pode verificar (anexo 2), por esta altura os sonhos da Odete já tinham **equivalentes visíveis no período vigíl**, como o **afecto**, a **fantasia** e o **projecto**.

Na evolução positiva da doença parece ter assumido uma superlativa importância, entre outras dimensões que trataremos na síntese conclusiva do caso, o **manejo da agressividade**. O. passou a **conseguir conflitualizar**, a fazer, nem sempre, diga-se, a **explosão fora dela**, no exterior, nomeadamente na relação com os outros, por exemplo com a mãe e os colegas de trabalho, conforme se pode observar nas sessões (anexo2)

No final, sem certezas, despedi-me de **uma mulher que me pareceu ter “ganho” uma filha** - já não posso dizer o mesmo do marido - **mais cuidada e investida na sua apresentação, mais magra, mais bonita e sorridente**, menos angustiada e com os últimos resultados clínicos da sua doença a indicarem a **remissão dos microadenomas**, a **normalização dos valores do cortisol**, assim como a **normalização de todos os valores relativos às doenças em comorbilidade**, em suma, uma doença agora mais controlável e de melhor prognóstico.

4.1.3. SÍNTESE CRONOLÓGICA

CASO ODETE, 31 ANOS

IDADE	ACONTECIMENTOS DE VIDA
Nascimento	<ul style="list-style-type: none"> - Nascimento em 1970; filha desejada. - Considera que foi criada pela avó materna: «quando nasci já a minha avó estava lá em casa, foi ela que me criou...falava mais com a minha avó do que com a minha mãe». - Pai tinha problemas com o álcool: «(...) o meu pai nessa altura bebia muito...pode-se até dizer que estava com problemas com o álcool.».
Até aos 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Pai ausente: «quando era pequena o meu pai gostava era de passear (...) a minha mãe ficava angustiada porque ele não aparecia (...) parecia que quanto mais longe estava de casa melhor (...) a minha mãe ficava muito preocupada com o meu pai quando ele não aparecia porque pensava que ele podia ter tido um acidente»; «(...) o meu pai nessa altura bebia muito...pode-se até dizer que estava com problemas com o álcool.». - Mãe vivia angustiada com comportamento e ausências do pai.
4 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Aos quatro anos foi operada às amígdalas e aos adenóides, começou a engordar. - Lembra-se de episódio numa festa de aniversário, em que lhe chamaram gorda enquanto comia um bolo.
9 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira mudança de localidade: «não me afectou», disse.
11 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Segunda mudança de localidade. - A seguir, o pai vai para África durante 10 meses.
15 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Início do namoro de 3 anos com Augusto, 2 anos mais velho. - Todos estavam contra a relação«(...) primos, tios, a família toda, todos estavam contra a nossa relação (...)». - Sobre os pais: «(...) proibiram-me de sair (...) os meus pais também não gostaram e opuseram-se sempre ao namoro...eles não queriam que eu namorasse com o Augusto (...)»; diz que os pais tiveram sempre grande controlo sobre a sua vida. - Sobre a mãe: «(...) a minha mãe está sempre preocupada com o que as outras pessoas podem pensar (...)»; diz mesmo: «a minha mãe sempre me tentou controlar e hoje percebo que o conseguiu...nunca consegui cortar o cordão umbilical...a culpa é minha.». - Sobre o pai: «(...) o meu pai é muito nervoso.»; «(...) quando era pequena lembro-me de pensar e dizer que se houvesse uma separação ia viver com o meu pai...a minha mãe era uma carraça...»; «nunca me dei muito bem com o meu pai...sabe, temos feitos muito parecidos e chocamo-nos muito...hoje em dia ainda nos chocamos mais, antes ele desculpava-me, ao contrário da minha mãe que não me perdoava.»; - Sobre o namorado: «ele não me foi imposto...eu gostava mesmo dele (...) oficialmente começámos o namoro na casa dele, nos anos dele, naquela altura era a pessoa que mais me atraía, era divertido e fazia-me rir (...) era bonito...alto...magro...e sedutor...».

17 anos	- Faz o 9.º Ano e deixa a escola , decisão, ao que parece, imposta pelos pais
18 anos	<p>- Termina o namoro com o Augusto, mais uma vez por decisão exterior (mãe), com poucas possibilidades de participar no processo de tomada de decisão; «<i>acabando com o namoro as conversas intrigistas também acabaram, cortou-se o mal pela raiz</i>», disse.</p> <p>- Porém, Odete parecia identificar-se com Augusto: «<i>ele era como eu...</i>», referindo-se à maneira de ser, extrovertida e divertida.</p> <p>- Ao que parece, como “prémio” por acabar o namoro, voltou à escola.</p> <p>- Começou a namorar com o José, rapaz muito do agrado da mãe e, ao que tudo indica, imposto por ela; «<i>aos dezoito anos, comecei a namorar com o José (silêncio), não foi um grande encanto...(...) ele é muito reservado e vive para dentro</i>»; «<i>a princípio, nos primeiros tempos, confesso que não me despertava grande entusiasmo, ele tem características que eu não aprecio muito, é mais para o calado, reservado, metido para dentro, fala pouco sobre as coisas (...)</i>».</p> <p>Desistiu novamente da escola e arranjou o 1.º emprego, num escritório, por intermédio do Centro de Emprego, durante 9 meses.</p>
19 anos	<p>- Casamento do Augusto com outra mulher; descreve o momento como «<i>sensação estranha</i>»; da sua casa conseguia espreitar a festa de casamento, mas a mãe não deixou.</p> <p>- Novo emprego, agora num pronto-a-vestir, ainda por intermédio do Centro de Emprego, durante 10 meses.</p>
20 anos	- Uma « <i>traição</i> » do José levou-a a interessar-se mais por ele.
23 anos	<p>- Após 5 anos de namoro, Odete casou-se com o José, seu actual marido.</p> <p>- Em Dezembro do mesmo ano, três meses após o casamento, Augusto 25 anos, morreu repentinamente quando jogava futebol: «<i>Casei-me em Setembro e o Augusto, morreu em Dezembro (...) deixou uma filha de 4 anos</i>», recorda.</p> <p>- Parece ter começado a sentir os primeiros sintomas do que hoje se sabe ser Síndrome de Cushing; principais sintomas: aumento de peso (mais de 30 kg) e de pelos (nomeadamente no rosto).</p>
24 anos	<p>- Associa o início da sua doença com a morte do ex-namorado: «<i>Lembro-me muito bem, foi há oito anos atrás. Relaciono a minha doença com a morte de um colega num jogo de futebol, ele sentiu-se mal, foi conduzido ao hospital e acabou por morrer. A partir daí lembro-me que me passou a perseguir uma ideia fixa de morte (...) percebi que a qualquer hora também eu poderia morrer, fiquei com uma ideia de morte (...) não é uma ideia de me matar, nunca pensei nisso, é exactamente o contrário, é um terrível medo de morrer, é um medo de morte</i>»; quando relatou esta informação, logo na 1.ª sessão, não assumiu tratar-se do ex-namorado, antes disse : «<i>(...) um colega que conhecia de vista (...)</i>».</p> <p>- Diagnóstico de Síndrome de Cushing, com microadenomas (tumores)</p> <p>- Comorbilidade: «<i>medo de morte</i>»; sudção excessiva, cefaleias, descontrole emocional e isolamento social.</p> <p>- Complexa terapêutica medicamentosa.</p> <p>- Alterações profundas nos seus ritmos biológicos, corporais e relacionais</p> <p>- Avó paterna adoece com tumor no cérebro.</p>

24 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Odete passou a ficar a maior parte do tempo em casa: «estive praticamente oito anos fechada em casa sem conseguir fazer nada (...) não havia dia nenhum que não pensasse na morte (...) só saía de casa uma vez por mês...obrigava-me a ir pagar as contas, mas voltava para casa o mais depressa possível (...) passava os dias em casa de pijama, fechava todas as janelas e persianas, afastava a mesa da sala e deitava-me no chão enrolada em lençóis e cobertores e ali ficava no escuro. (...) levei muitos anos sem comprar uma peça de roupa, o José dizia-me: “não tens outra coisa para vestir?”» - Avó paterna operada ao tumor cerebral, com bons resultados.
25 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Atraso menstrual; suspeita de gravidez - Vertigens matinais
27 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Engravidou: «senti-me desorientada...não estava à espera...»; «Foi uma total surpresa (...); «até aos cinco meses estive sempre a vomitar...foi horrível». - Palpitações/Taquicardia
28 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Parto demorado, sofrido e provocado. - Mãe de uma menina (Cátia). - 5 dias no hospital; lembra-se perfeitamente das «(...) longas horas passadas à janela do quarto do hospital (...) não me conseguia mexer, a Cátia chorava e eu nem me apetecia ir ter com ela, pois as dores eram muitas e nem sabia o que fazer...foi horrível». - Depressão pós-parto; «Tive também uma tremenda depressão pós-parto...os 3 primeiros meses após o nascimento da Cátia foram terríveis, a miúda chorava de dia e de noite e eu não sabia o que fazer (...) tinha medo de estar com a Cátia pois a qualquer momento podia dar-me qualquer coisa...». - A filha passou a viver praticamente todo o tempo em casa dos seus pais (avós maternos): «a iniciativa foi da minha mãe». - Avó paterna ficou acamada na sequência de mais problemas oncológicos.
29 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre o facto de a filha viver com os avós: «a Cátia lá está melhor (...) ela gosta muito de brincar com ele (referindo-se ao pai, avô da Cátia) (...) é super-protegida pelos avós...é um encanto para o meu pai». - Mas parece lamentar esta realidade: «Outra situação que me assusta é a de eu pensar que não sinto o prazer suficiente em estar com a Cátia, como deveria sentir (...) parece que não estou suficientemente disponível, que poderia ser melhor para ela enquanto mãe (...) a Cátia nunca gostou de colo...nunca pediu colo». - A relação com o marido piorou desde o nascimento da filha: «Ele foi sempre assim, muito reservado, mas quando a Cátia nasceu começou a ser pior...». - 15 dias de Férias no Algarve: «Fomos para um apartamento com outro casal amigo, a Cátia tinha um ano, foi uma experiência a não repetir, foi horrível...». - Começa a trabalhar no actual emprego, emprego que não colhe o entusiasmo do marido, ao que parece pelo trabalho ao fim-de-semana.
31 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Avô paterno adoece também com um tumor no pescoço. - Volta a estudar, na tentativa de concluir o 12.º ano. - Inicia a sua participação na investigação, durante aproximadamente 1 ano.

32 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Morrem, por esta ordem cronológica, a avó paterna, o avô paterno e a tia-madrinha (irmã do pai), todos por doença oncológica. - Volta a ter memória dos sonhos. - Consegue conflitualizar e expressar agressividade antes contida - Exames clínicos ao Síndrome de Cushing revelam melhoras significativas: remissão dos microadenomas, normalização dos valores de cortisol, ansiedade normal. - Perde 11 Kg. - Melhora imagem corporal. - Consegue vencer os evitamentos e o isolamento social; volta a conduzir - Desaparece «o medo de morrer». - Aos poucos, diminuem os sintomas orgânicos há muito cristalizados, nomeadamente a tensão arterial elevada, o batimento cardíaco acelerado, as palpitações, as cefaleias, os tremores e a sudorese excessiva. - Retirada da medicação. - Abandona a escola. - A filha Cátia passa a viver com os pais: <i>«a Cátia agora, quer sempre vir para a nossa casa, e sempre que é possível, fica connosco (...) sempre que não vou trabalhar fica comigo.»; «Hoje em dia tenho outro prazer e segurança em estar com a Cátia...brinco com ela...passeio com ela...».</i> - A relação com o marido melhora: <i>«a nossa relação está muito melhor...há mais diálogo».</i> - Consegue agora expressar alguma da sua agressividade. - Mãe adoece com tumor na cabeça.
---------	---

4.1.4. RORSCHACH

A aplicação do teste projectivo *Rorschach* suscitou visível inquietação na Odete, traduzida, por exemplo, por repetidas verbalizações de ocasião, antes, durante e depois do teste – do estilo: « *Estou a ver coisas muito belas, não estou?»*; «*Já está!*» - e elevada actividade motora.

No essencial, parece que estamos na presença de um **protocolo típico do funcionamento psicossomático: banal, sem subjectividade, descolorido, pálido, seco, desvitalizado, conformista, com dificuldades na identidade, grande conflitualidade e níveis de tensão elevados (stresse), forte apelo ao recalçamento, vida imaginária pobre e evitamentos frequentes que também sugerem uma organização fóbica** – a sensibilidade, latente ou manifesta, às características perceptivas das manchas, as reacções à cor e simetria parecem atestar o esforço no isolamento do afecto das experiências vividas, movimento típico dos sujeitos psicossomáticos.

Assim, é sublinhado no protocolo uma **super-adaptação manifesta** que, por vezes, **contrasta com um conteúdo latente de grandes dificuldades de adaptação**, de resto, a certa altura também manifesto quando não é mais possível dar respostas adaptadas, quando já não é possível suster a máscara, digamos assim, movimento projectivo que pode, entre outras interpretações, reenviar para a patologia da adaptação.

Da **análise ao psicograma** podemos destacar, no fundamental, **um número muito reduzido de respostas, um tempo total baixo, um tempo de**

latência e de resposta elevados, duas recusas, um TRI coordativo puro e cinco banalidades, balanceamentos que, em resultado da sua interacção dinâmica, parecem sublinhar um funcionamento de tipo inibido, retraído, tenso, vulnerável e com dificuldades no acesso à subjectividade. No particular, os valores do TRI e os valores da fórmula complementar, apontam no mesmo sentido.

Nos modos de apreensão dos cartões, o excesso de respostas globais e a forte presença de conteúdos banais mostram uma adaptação perceptiva de base à realidade objectiva, ou seja, esta adaptação pode funcionar - funciona muitas vezes em protocolos com estas características - como um mecanismo de defesa contra a emergência de uma realidade interna tensa ameaçadora, ou, pura e simplesmente, apresenta muitas dificuldades na projecção, quaisquer que sejam as fundações para essas dificuldades.

Nesta consonância, as elevadas percentagens de $F^0\%$, $F^+\%$ e $F^{+0}\%$ expressam uma alta vigilância perceptiva, apresentando, à primeira vista, índices de hiperadaptação ao real, resultados que podem esconder a verdadeira angústia pela aludida dificuldade nos movimentos projectivos.

Com os elementos apurados é também evidente uma fraca atitude exploratória, notando-se uma ausência de curiosidade face ao material que, frequentemente, está associada a uma ausência de curiosidade face à sua realidade interna, movimentos que parecem traduzir níveis de stresse elevados e que, talvez por isso, apelam ao recalçamento, à não revelação, ao isolamento dos afectos e, em última instância, à dificuldade na relação (Chabert, 1998).

De seguida, procurar-se-á realizar uma breve interpretação dos resultados do teste, prancha a prancha.

PRANCHA I

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

Revela muita cautela na nova situação. A **banalidade**, apenas o banal está presente. Duas **respostas adaptadas**, consegue a **unificação**, parece conseguir controlar bem. Tão **fraca projecção** parece reforçar a tese do recalçamento.

Pega na prancha, mas **não a explora**, não elabora ou não pode elaborar, **imaginário pobre**, seco. No final, deixa transparecer uma ponta de angústia: «*Já está!*».

PRANCHA II

Este segundo cartão está associado à sensibilidade psicoafectiva do sujeito, nomeadamente pela presença da cor vermelha. Também a idiosincrasia da imagem no alto e baixo dá ao cartão um cariz bissexual.

Sensível à **bilateralidade**. Introduce a **relação**, ainda que através de animais. Dança, movimento, animais. De alguma forma nota-se um apelo ao avaliador, uma espécie de sedução.

Evita os vermelhos, dificuldade com as emoções e os afectos, parece ignorá-los o que pode indiciar níveis de stress elevado.

Poucos conteúdos para tanto tempo, **dificuldades nas respostas** e na **projectão** que podem significar, entre outros: (1) **dificuldade em aceder ao imaginário**; (2) **procura da resposta certa, quer agradar**; (3) **evitamento da angústia** que pode emergir (4) **sucesso do recalçamento**.

PRANCHA III

Sublinha a relação. Representa a parentalidade.

É uma resposta seca, conformista, sem imaginário, não explora o material, é novamente o banal, a falta do subjectivo. Pode mostrar o aparente sucesso da adaptação, de que se desconfia porque nos parece hiperadaptada.

Continua a existir **relação**, antes estavam a dançar agora estão a tocar tambor, ritmo, face a face. Novamente a captação perceptiva da **bilateralidade**.

Foi uma das duas pranchas positivamente escolhidas. *“Porquê? Primeiro porque não sou racista; depois porque gosto de música africana e depois porque tenho muita pena do sofrimento que eles têm...as africanas, as crianças...”*. Finalmente, projecta-se na prova complementar das escolhas, num momento representado, por ela, como mais descontraído. Assim, baixou as defesas e projectou o sofrimento e as **queixas**: não dança, não se diverte, a relação com a mãe e com a filha, dificuldade em cumprir e integrar estes dois papéis, ser filha e mãe em simultâneo.

PRANCHA IV

Representa a autoridade.

Neste cartão, pela primeira vez, **projecta a angústia em resultado da percepção de elementos que parecem ameaçadores e que continua a não quer explorar.**

Ao contrário das respostas adaptadas anteriores, esta resposta revela **desorganização**, e mesmo alguma **infantilidade**, aparente regressão que deve remeter para a relação com a figura de autoridade.

PRANCHA V

Cartão que traduz a adaptação à realidade e ao mundo onde o sujeito se representa.

Parece reorganizar-se, **resposta adaptada e banal, pobre, sem imaginário, limitada à actividade perceptiva.** É uma vida pálida, descolorida, conformista, sem subjectividade. **O banal, a realidade literal.**

PRANCHA VI

Apela a referências sexuais.

Novamente a **resposta banal, a desvitalização.** Repare-se nos significativos tempos de latência e de resposta, os mais longos de todo o protocolo – 38'' de latência e 3'16'' para responder: «*Acho que isto me faz lembrar a pele de uma raposa*» -, impacto que nos faz pensar em fortes angústias

provocadas pelo material, eventualmente de cariz sexual; **elevada tensão**, mas a todo o custo conseguiu a mostrar adaptação.

PRANCHA VII

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

Com o tempo dispendido, a **recusa e o equivalente de choque** levam-nos a pensar, tal como se anunciava, na emergência de fortes pulsões cada vez mais difíceis de conter.

Parece existir uma contaminação da prancha anterior. As características deste cartão, muito aberto, pode suscitar **angústia de fragmentação**. O carácter tripartido do cartão pode ter dificultado a unificação do material. Por fim, a relação e a socialização parecem insatisfatórias e deficitárias.

Foi um dos dois cartões que menos gostou, justificando pela recusa.

PRANCHA VIII

Mundo exterior e rede social e relacional.

Resposta adaptada, novamente a **banalidade e a falta de subjectividade**.

Mais uma vez, **não parece sensível à introdução da cor**, às emoções e **afectos suscitados pelos estímulos exteriores**. No entanto, acredita-se mais que este tipo de registo pode significar, entre outras análises, a **projectão do seu**

modo de funcionar, com apelo constante ao **recalcamento**, caso contrário pode manifestar-se a descompensação interna, assim ela é apenas latente, daí o acentuado embotamento afectivo e o isolamento dos afectos.

PRANCHA IX

O penúltimo cartão apela ao confronto com o próprio e com os outros e o mundo exterior a si.

Novamente a **recusa e equivalente de choque**. Parece confirmar-se a hipótese de que tem cada vez mais dificuldades em conter a estimulação exterior, tem vindo a “desorganizar-se” e a perder-se ao longo dos últimos cartões, talvez o desgaste, o esforço, a falência da resposta. Perde-se, não pode ignorar o que sente, mas também não o pode revelar, não se pode entregar – “tem de ser como deve ser e não como é, a todo o custo”, mesmo que a negação dessa realidade seja a negação da própria vida.

Elegeu esta prancha como uma das duas que menos gostou.

PRANCHA X

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

Na linha do cartão anterior, “cede” e revela a **confusão de emoções pelas cores e aspecto difuso do material**.

Foi uma das duas pranchas eleitas como as que mais gostou, vejamos o motivo: «(...) *porque me inspira aquilo que tinha perdido, todo o sol que novamente me ilumina*»; recorde-se que o teste foi passado na décima sessão.

Angústia de separação, as defesas baixaram significativamente, tenta apelar à boa relação com o técnico, há brilho e alegria que são desorganizadoras, mas que quer partilhar sem saber como.

4.1.5. DESENHO LIVRE

Odete começou por **esboçar todo o desenho a lápis** e só depois o contornou definitivamente com canetas de feltro coloridas - com excepção das flores que desenhou directamente com as canetas -, o que nos pode levar a pensar no seu receio de falhar, no julgamento ou, simplesmente, na precaução em utilizar primeiramente o lápis que pode ser apagado.

Do ponto de vista da **organização espacial**, constatam-se, desde logo, **algumas dificuldades**: por um lado, a inclinação da casa, árvores - a copa de uma das árvores foi mesmo "*cortada*" - e plantas para a esquerda; por outro lado, a perspectiva mal conseguida da casa e as posições deslocadas das janelas e da porta.

A dificuldade de organização espacial no desenho pode remeter para um problema ao nível das **coordenadas espaciais internas**, situação que, por sua vez, pode reenviar para a existência de um **super-ego corporal** e de uma **problemática da identidade**.

Da mesma forma, a transparência das copas das árvores - à semelhança do que acontece, por exemplo, com as respostas anatómicas no *Rorschach* - pode significar uma **dificuldade ao nível dos limites**.

Observa-se também uma **tendência repetitiva** de certos pormenores como as flores, a relva, a folhagem das árvores, as cortinas nas janelas, as telhas e as pestanas do sol.

A temática do desenho de Odete é uma **temática estilizada e frequente em crianças**, movimento que invariavelmente conduz à ideia de um funcionamento mais fixado em fases e idades infantis.

A escolha e a **disposição dos elementos** parece constituir-se como um movimento claramente projectivo de si. Assim, se dividirmos o desenho em três partes podemos observar ao lado esquerdo, a casa com duas árvores (uma de cada lado), ao lado direito em baixo, um caminho tripartido contornado a negro e, no canto superior direito, um sol grande com um rosto humano.

Apesar de não ter desenhado quaisquer figuras humanas, o desenho lembra a Odete no lugar da casa, protegida pelo casal parental (árvores), todos inclinados para trás perante a **omnipresença observadora** do sol, que neste caso, poderá, também, **representar a figura materna na sua dimensão persecutória e controladora**. Também o caminho tripartido pode fazer lembrar dificuldade em escolher o seu destino, em fazer o seu caminho, mas invariavelmente eles confluem para a casa que parece funcionar como um íman.

4.1.6. DESENHO DA FIGURA HUMANA

Tal como no desenho livre, Odete começou por fazer este desenho primeiro a lápis (susceptível de ser apagado) e só depois contornou com canetas de feltro coloridas, no entanto, só contornou as roupas, sapatos e cabelos da figura, “*esquecendo-se*” da cabeça e das mãos.

Este aparente esquecimento leva-nos a pensar que: (1) eventualmente não encontrou nas cores que tinha à disposição uma que considerasse adequada para “*pintar*” a pele e optou por não a pintar, escolha que resultou, por um lado, num desenho pouco uniforme e, por outro, aparentemente revelador de alguma resistência ou recalçamento relacionado com a pele; ou (2) preferiu assim; ou ainda, (3) esqueceu-se. Em todo o caso, o resultado foi a pele da figura “em esboço”, pouco definida, o que pode remeter, mais uma vez, para uma **dificuldade no estabelecimento de limites, na diferenciação entre o dentro e o fora, dificuldade própria da problemática da identidade.**

A dificuldade em organizar o espaço, já saliente no desenho da figura livre, é também aqui evidenciada na ausência de linhas de base no desenho.

Relativamente ao **esquema corporal** este aparece mal proporcionado: os braços são muito curtos - ao nível da cintura -, a cabeça é muito grande - os olhos, por exemplo, são tão grandes quanto as mãos -, os pés são minúsculos, o ângulo da separação das pernas é grande, sugerindo tensão corporal e talvez algum desequilíbrio.

A figura que desenhou tem um rosto mais feminino, realçado pelas pestanas e pelos cabelos, em contraste com um corpo mais masculinizado.

A desproporção entre a cabeça e o corpo, separados por um longo pescoço, lembra uma rapariga adolescente, magra, ainda por adquirir as formas femininas, o que nos pode remeter para a (1) a projecção juvenil de si e/ou (2) para uma dificuldade ao nível da identidade sexual ou ainda (3) uma projecção da sua **deslibidinização**.

O tamanho exagerado dos olhos lembra a sua **hipervigilância** decorrente da preocupação de não ser apanhada em falso e atentar aos olhares, críticas e julgamentos dos outros.

Em suma, o desenho da figura humana de Odete parece evidenciar a projecção da sua **dificuldade ao nível da organização espacial e da sua identidade**.

4.1.7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO CASO

Em resultados dos elementos recolhidos pelos instrumentos de avaliação utilizados – entrevista clínica não directiva, teste projectivo de *Rorschach* e desenhos – poder-se-á, agora, tentar um breve comentário final sobre o caso, à guisa de **síntese reflexiva** e, tanto quanto possível, **unificadora**.

A ênfase teórica dada às **relações precoces** encontra na biografia apresentada **algumas circunstâncias que parecem comprometer o melhor desenvolvimento global** da Odete – na dialéctica viva das suas principais vertentes, biológicas e relacionais –, como por exemplo: (1) a dificuldade da figura maternal em sincronizar a **ritmicidade** individual da filha; pelo contrário, a filha parece adaptar-se à sua, marcador também expresso na fraca **organização espacial e temporal** que hoje manifesta; (2) a possível **confusão na vinculação**, duas figuras, a mãe e a avó materna, não sabemos se uma “*mã*” – a mãe – e a outra “*boa*” – a avó – ou as duas semelhantes, na depressividade traço e reactiva – uma perdeu o pai a outra perdeu o marido de forma trágica e inesperada; a nossa hipótese é que a mãe fez depressão pós-parto; (3) mas uma mãe que aparece, cada vez mais, como figura muito depressiva, infiltrante, dominadora, controladora, ansiosa, rígida e sufocante, por fim, naturalmente, (3) o pai aparece como **personagem “vaga”**, ou, na melhor das hipóteses, um **pai muito ausente** e, na altura, com graves problemas com o álcool.

Em todo o caso, estas e outras circunstâncias, ao que parece, não facilitaram a **ritmicidade** da Odete, a sua **singularidade e identidade como ser**

único e capaz, a sua autonomia, o bom desenvolvimento do seu sistema psicoafectivo, competente para pensar pensamentos e afectos, a sua relação com o exterior modelada por estas figuras, cavando uma espécie de “buraco” (falha básica) e promovendo uma conflitualidade (impasse) biológica e relacional.

Porém, viver a cair sistematicamente num “buraco” é uma vida muito difícil, pelo que se conseguirmos funcionar sem termos consciência da falha, e se possível de forma permanente – por exemplo, na depressividade, latente e larvar (Coimbra de Matos, 2003) - é um alívio, mas, muitas vezes, às custas da excessiva assunção das exigências familiares (mãe), adaptação que pode comprometer a subjectividade.

Neste caso, parece que foi este o quadro que se foi pintando. Tudo aquilo que não está conforme a norma deve ser reprimido e anulado (Sami-Ali, 1992). Comprometida a subjectividade e a identidade, vivendo na depressividade, é a formação caracterial que se estrutura, o recalçamento que se instala, e é, também, o sucesso deste que determina as fundações daquela, que, por sua vez, reforça esse sucesso.

Naturalmente, o recalçamento caracterial incide sobre a função do imaginário em toda a sua extensão, função que é a própria subjectividade (Sami-Ali, 1992).

Por estes caminhos e com este “andar”, chegamos ao episódio marcante do “namorado libertador” que acabou por não o chegar a ser – acontecimento que parece, agora, ter funcionado como um teste decisivo, uma tentativa de

reparação de uma identidade muito comprometida uma derradeira oportunidade para se libertar dos tentáculos maternos.

Perdeu a batalha. Mais uma vez, quiçá a última, não conseguiu **dirimir o grande conflito da onnipotência parental, nomeadamente o espartilho da mãe**, que, na aplicação literal do código unilateralmente instituído, acaba por cilindrar e enterrar tiranamente o bocadinho de afecto que ainda clamava por relação (namoro), resolução selada, como sempre, com argumentos que **parecem atestar as falhas e incompetências da filha de dezoito anos que, “sem coordenadas”, ainda não sabe cuidar de si.**

Por outras palavras, também a Odete “*compra*” o “*imaginário subjectivo*” (ironia) da mãe e cede, parecendo definitivo, o lugar a um **imaginário social provido de autoridade que o sujeito reproduz, por meio de condutas adaptativas, para ser “como deve ser”,** onde não há espaço, sequer, para o afecto e a **depressão - falhada**, (Coimbra de Matos, 2003) -, muito menos para o **sonho - falhado** (Coimbra de Matos, 2003), apenas para o **conformismo**, para o **recalcamento**, para o banal, para a **depressividade**, para a «*raiva amordaçada*» (Coimbra de Matos, 2003), para a expressão sempre renovada do **impasse** ou **conflito sem solução** – eu não posso viver com ele mas também não posso viver sem ele (Sami-Ali, 1992) – tal como acontece com a mãe.

Sublinhe-se e ilustre-se a particular **situação conflitual**, assim expressa por ela: «*também não sei se o Augusto era o homem ideal para mim...mas nunca tive oportunidade de o descobrir...*». Este conflito ficou perfeitamente **enquistado**,

pois nunca houve tempo e espaço, dentro e fora, para elaborar esta vivência de perda - do afecto, do objecto e de um self em contínua desvalorização.

Mas a mãe onipotente e castradora não se ficou por aqui. Não satisfeita tratou de arranjar um namorado para a filha, um genro à sua medida. A Odete só teve dois namorados, o Augusto e o actual marido. Sobre o primeiro, disse: «*ele não me foi imposto*», discurso que remete para o segundo, de interpretação fácil - ele foi claramente imposto!; não se enamorou por ele, desencantamento que, como vimos, parece ter encerrado a capacidade de **sonhar a relação**, de fazer circular os afectos (**recalcando-os**), numa espécie de **relação branca** ou, na versão mais optimista, **a preto e branco**.

A morte do *“namorado libertador que não só não o foi como ainda a aprisionou mais”* veio mostrar que o *“quisto”* ainda lá estava, e tinha crescido. Ao **identificar-se** com Augusto - *«ele era como eu...»* - o confronto com morte real poderá ter desencadeado sentimentos de culpabilidade - por exemplo, desejou-lhe a morte para resolver o conflito relacional; ele, entretanto casou - que podem ajudar a formalizar uma situação de **impasse**, porquanto **comprometido o imaginário na nova relação**, esta morte parece encarcerar a culpa que se colou a ela, promovendo a identificação aos sintomas - o medo de morrer.

Para além disso, esta morte significativa surge poucos meses depois do seu casamento - *«Casei-me em Setembro e o Augusto, morreu em Dezembro»* - , é a concretização da *«tríade psicopatológica da doença psicossomática: depressão falhada, sonho falhado, raiva amordaçada»* (Coimbra de Matos, 2003, p. 34).

O traço fóbico que também manifesta ajuda na **identificação à morte do antigo namorado** e, pouco depois, **emerge a “enigmática” doença** – síndrome de Cushing - com um quadro clínico bem carregado.

Mas porquê a doença endócrina?

Pela breve análise aos **antecedentes clínicos familiares** (ver genograma, anexo 3), **não se pode dizer que exista uma carga genética** neste sentido, mas apenas uma *“tendência”* familiar para a doença oncológica - tendência porque as neoplasias não apresentam a mesma localização; considera-se carga genética, por exemplo, no tumor da mama em mulheres consanguíneas ou tumores da próstata em pai e filho.

Então, porquê aqui?

Talvez pelo famoso *“locus de menor resistência”*, mas esta **vulnerabilidade ao nível do sistema endócrino** tem sido muito explicada, também, pela influência interactiva de factores emocionais e relacionais, e parece continuar a fazer todo o sentido, se considerarmos os **elevados níveis de tensão** - vamos chamar-lhes *“stresse”*, para simplificar - a que a Odete tem sido sujeita ao longo da *“história”* que estamos a montar e a tentar compreender.

Assim, para terminar, procuraremos **descodificar** a parte final deste **específico adoecer somático**, numa concepção e discurso necessariamente simples, porquanto a competência neste campo é, ainda, muito menor.

Numa perspectiva neuroendócrina, a **vulnerabilidade biológica** pode ser entendida em torno do importante eixo **hipotálamo - hipofisário - supra-renal** que determina, por exemplo, a **produção de cortisol**.

O multifuncional **sistema límbico**, em especial o **hipotálamo**, o seu maior centro de controle, mantém uma estreita relação funcional com a **hipófise - secretora de hormonas - e desta à supra-renal**. A compreensão da estimulação excessiva de parte da hipófise na produção desta hormona tem convocado, também, marcadores psíquicos e relacionais.

Com efeito, neste caso e do nosso ponto de vista, parece que estamos na presença do chamado **funcionamento psicossomático**.

A **elevada conflitualidade** encurralada na **desregulação rítmica**, na **falha básica**, no **recalcamento caracterial**, na **depressão falhada**, no **sonho falhado** e na **raiva amordaçada encontra no corpo o meio de eleição para a expressão do seu mal**.

Por identificação ao *“namorado libertador”*, o **«medo de morte»** traduzido em **níveis de tensão interna muitíssimo altos**, pode provocar: (1) a estimulação do sistema límbico-hipotalâmico; (2) um rápido aumento da hormona corticotrópica que vai estimular a supra-renal e o (3) aumento do cortisol - crê-se, assim, que este aumento seja o resultado da actividade aumentada do sistema límbico, especialmente da amígdala e do hipocampo, ambos transmitindo sinais ao hipotálamo médio-posterior.

A seguir, nestes neurónios especializados do hipotálamo sintetizam-se e segregam-se factores hormonais de inibição e estimulação da hipófise. Estes neurónios, originados em várias partes do hipotálamo, enviam as suas fibras nervosas para a iminência mediana que funciona como uma extensão na base da glândula pituitária - hipófise.

Os terminais destas fibras nervosas são diferentes de quase todos os terminais nervosos do sistema nervoso central, pois a sua função não é transmitir sinais de um neurónio para outro, **mas segregar hormonas inibitórias ou estimuladores do hipotálamo** - é quase como se um neurónio fosse uma célula glandular; isto explica como é que impulsos nervosos do sistema límbico e hipotálamo se transformam numa secreção hormonal - **factores de libertação e inibição**.

Estes factores de libertação e inibição já são hormonas e ao banhar a hipófise vão estimular as células que produzem as hormonas hipofisárias, nomeadamente aquela que está em causa neste caso clínico, a **hormona corticotrópica e a supra-renal**, conduzindo à doença.

Uma **segunda via** ou circuito que, também, pode ajudar a explicar a **relação entre o medo de morte, stresse psicológico, a doença e a respectiva sintomatologia** é a **ligação entre o sistema nervoso autónomo e o sistema límbico e hipotalâmico**.

O **medo/stresse** provoca a estimulação de núcleos do sistema límbico e hipotalâmico, num circuito que convoca o tronco cerebral, a medula espinal e os

nervos eferentes até à supra-renal - medula - com a conseqüente **produção de adrenalina**.

No caso da Odete, as palpitações, taquicardia, cefaleias, tensão alta, hirsutismo e obesidade podiam decorrer, justamente, da **estimulação adrenérgica** - adrenalina e cortisol - da supra-renal.

Provavelmente existe **movimento nas duas vias ou circuitos**. Ambas as vias acabam no mesmo órgão, mas, como se entendeu, em estruturas diferentes - **córtex e medula**. Deste modo, a sintomatologia clínica pode ser explicável pelos dois efeitos - **córtex-cortisol e medula-adrenalina**.

Posto isto, poder-se-ia colocar nova questão: **mais cortisol ou mais adrenalina?**. Não sabemos, mas também não parece fazer muito sentido a questão, porquanto ambos os mecanismos estão accionados e os dois são responsáveis pela doença.

De acordo com esta lógica, na **interrupção destes processos a supra-renal volta a funcionar normalmente, precisamente aquilo que parece observar-se com a Odete** - conhecimento muito importante, por exemplo, para a eficácia da intervenção terapêutica.

Uma outra explicação para a normalização do cortisol prende-se com os processos de biofeedback, mas é pouco provável que o organismo conseguisse essa auto-regulação mantendo-se a actividade dos mecanismos - desencadeados pelo stresse - agora apresentados.

A finalizar, algumas interrogações não resolvidas:

- O que é que leva um estímulo duradouro, mas não constante, ou múltiplos estímulos curtos (picos) a provocar uma hiperplasia - hiperproliferação das células da hipófise ou da supra-renal?
- Se há relação, qual a relação directa entre o estímulo e a hiperproliferação celular?
- Qual o mecanismo?
- O que é que dá a ordem para as células se multiplicarem?
- Haverá alguma relação entre estes processos e os estímulos neurológicos?

4.2. CASO CLÍNICO 2: FRANCISCO

4.2.1. DESCRIÇÃO GERAL DO CASO

O caso do Francisco foi encaminhado em resultado da triagem efectuada pela *Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de Diabetes e Nutrição*, do *Hospital de Santa Maria*, em Lisboa.

Conhecedora dos objectivos da investigação, a equipa considerou que, para além dos propósitos de participação na investigação, também o doente poderia beneficiar da criação de um espaço de relação e de um tempo para pensar a sua história de vida, inevitável intervenção que poderia acrescentar ganhos e, de alguma forma, contribuir para a melhoria do seu bem-estar geral. A proposta foi apresentada e fundamentada ao doente de uma forma clara e aceite com agrado pelo mesmo.

No sentido de facilitar a participação do Francisco, a maioria das sessões decorreram no Centro de Saúde da sua área de residência - para além do *Hospital de Santa Maria* em Lisboa onde se deslocava para a consulta de Diabetes e Nutrição -, local onde também decorria a investigação com outros doentes, decisão tomada, naturalmente, com o conhecimento e acordo entre todas as partes envolvidas - o doente, a Equipa de Psiquiatria de Ligação do *Hospital de Santa Maria* e da Consulta de Diabetes e Nutrição e do Director do respectivo Centro de Saúde.

Na altura, o Francisco foi encaminhado por uma colega com a seguinte descrição: «*rapaz de 22 anos, com patologia asmática até aos 8/9 anos, substituída por diabetes insulino dependente (DID) a partir dessa idade, com perturbação da imagem corporal e ejaculação precoce. A diabetes foi vista por ele como uma benção, pois a asma é que o afligia. Apresenta um razoável controlo da diabetes*».

O Francisco é o segundo de três filhos de um casal de meia idade, tem **vinte e dois anos de idade**, é solteiro e **vive com os pais** e as **duas irmãs**, uma com quinze e a outra com vinte e sete anos, num Concelho rural do Vale do Tejo.

Com cerca de 1,70 m de altura, magro, cabelo curto castanho claro, olhos claros, faces magras e rosadas e usando uns óculos da moda mas que não escondem um estrabismo acentuado, apresentou-se com um ar juvenil mas muito adaptado, gracioso, educado e **muito colaborante** - alguém com quem nós, de uma maneira geral, simpatizamos à partida.

Expressa-se de uma forma fluente, com um vocabulário rico, privilegia o contacto ocular, denota, desde o início, um grande investimento na relação e **muita necessidade de agradar** e, praticamente, não faz silêncios, não conseguindo disfarçar um traço ansioso marcante.

Quando iniciámos as sessões namorava uma rapariga de vinte e quatro anos, dois anos mais velha, o seu segundo namoro, mas entretanto terminou a relação.

O primeiro namoro foi aos dezasseis anos, uma relação de quatro anos com uma rapariga da mesma terra onde ele morava. Tal como aconteceu agora,

terminou a relação com a primeira namorada, mas ficaram muito amigos: *«Esse namoro terminou mas conseguimos manter uma boa relação, somos amigos...há pessoas que rompem definitivamente, deixam de se falar e isso, mas eu acho importante resolvermos as coisas de outra maneira...se posso continuar a ser amigo dela porque não...acho melhor assim...ela até me pergunta, de vez em quando, se estou melhor do meu problema...».*

Em termos profissionais, é actualmente **empregado de uma casa comercial**, onde faz atendimento ao público. Deixou de estudar há dois anos - ficou-se pelo **décimo segundo ano de escolaridade incompleto** -, mas agora prepara-se para realizar os exames das disciplinas em falta como aluno externo.

Foi **asmático praticamente desde que nasceu até aos sete anos**. O desaparecimento da asma coincidiu praticamente com a mudança do local de residência. Este acontecimento foi, naturalmente, marcante e *«(...) sentido como um grande alívio».*

Menos de dois anos depois, **aos nove anos, foi-lhe diagnosticado diabetes mellitus tipo 1** (insulino-dependente). Progressivamente, pouco depois do desaparecimento da asma, começaram a surgir sintomas que já pareciam anunciar a nova doença e que viriam a confirmar o diagnóstico da Diabetes: *«Nessa altura perdi a vontade de brincar e perdi a dinâmica, ninguém sabia o que se passava: urinava na cama, emagreci substancialmente, perdi o apetite...praticamente só bebia leite, pegaram-me novamente ao colo e levaram-me para o Hospital de S., de onde segui para o Hospital de Santa Maria. Finalmente em Santa Maria diagnosticaram-me a Diabetes. Estive lá 3 semanas».*

Francisco conta tudo isto sem aparente manifestação de angústia ou sofrimento e acrescenta: «*Não foi um choque, não sabia o que tinha*». Ainda antes do diagnóstico de Diabetes, uma médica que assistiu o Francisco em Z. disse à sua mãe que ele sofria de «*stress da escola*».

Relativamente às injeções de insulina foi o Francisco quem as teve de administrar: «*A minha mãe é uma pessoa muito nervosa...nos primeiros tempos era a minha mãe quem ficou com a responsabilidade de me dar as injeções de insulina, mas ela tremia tanto que não me conseguia dar as injeções*»; «*Lembro-me perfeitamente da primeira consulta com o Dr. X (meu médico diabetologista), em que a minha mãe lhe disse que não era capaz de me dar as injeções e o Dr. respondeu-lhe: “Ah não é capaz...então deixe o seu filho morrer...está a ver aqui este frasquinho...este frasquinho é o que pode salvar a vida ao seu filho, se você lhe der ele vive, se você não lhe der ele morre...gostei desde logo do Dr. X*»; «*Com os nervos, cada vez que a minha mãe ia dar-me uma injeção picava-me todo...*».

Depois da diabetes Francisco parece ter revelado um problema cardíaco: «*parece que foi depois da diabetes*»; «*é um problema normal, uma em cada cinquenta pessoas tem esse problema (...) foi descoberto um pequeno defeito na válvula mitral...mas não cria problemas nenhuns... está tudo bem...*».

Desde a altura do diagnóstico da diabetes, o Francisco é acompanhado, pela **Clínica de Diabetes e Nutrição** do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, relação terapêutica que aparece como muito boa, verbalizando mesmo a sua admiração e simpatia pelo seu médico diabetologista: «*Gosto muito de falar com ele...*».

À conta da diabetes já foi internado três vezes, mas agora apresenta um **razoável controle da doença**, apenas necessitando de consultas de rotina de seis em seis meses.

Para além da asma e da diabetes, a sua infância apresenta uma longa e preenchida história clínica, de onde se destacam **alergias, problemas de rins, muitas dores abdominais, tipo cólica, que o levaram várias vezes à hospitalização, e estrabismo e estigmatismo**, usando óculos desde o seu primeiro ano de vida - aos doze anos o Francisco foi **operado ao estrabismo**: *«focava alternadamente os objectos (...) andei com o olho tapado durante muito tempo»; «Depois da operação baixei as dioptrias.»*.

Mas o seu maior problema parece ter sido a **asma**. Conta que a sua mãe vivia muito preocupada e assustada com as crises de asma, muitas vezes pegava nele e tinha de levá-lo para o hospital, onde chegou a ficar várias vezes internado.

Segundo o F., esteve internado umas quatro ou cinco vezes, *«estes internamentos devem somar cerca de um ano da minha vida ...fora todas as outras vezes que tive de recorrer ao hospital, mas sem necessidade de internamento...»*.

Continua: *«chateava-me mais o hospital do que propriamente a asma»; «recordo-me de me retrair muito em certas actividades e sempre que me excitava, um bocadinho mais, ficava pior e a asma aparecia»*. Mais: *«Por exemplo, gostava muito de jogar à bola, mas cada vez que me excitava ficava com asma»*. Acrescenta: *«ainda hoje fico muito atrapalhado com a Educação Física...sou muito desajeitado nos movimentos...na coordenação dos movimentos...não tenho jeito...»*.

Ainda sobre a representação da relação com a mãe *«a minha mãe mimava-me muito...estava sempre muito preocupada com o que me poderia acontecer...praticamente programava todos os passos da minha vida»*.

Ao contrário, o pai do F. é visto, por ele, como um homem muito ausente, pouco falador, algo rude, com muitas dificuldades em transmitir afectos e quase exclusivamente dedicado ao trabalho. Conta que durante a sua infância foram muitas as ausências do pai motivadas pelo trabalho: *«durante temporadas variáveis...quinze dias, três semanas e quatro ou cinco meses estava fora»*.

Na actualidade, o F. tem centrado as suas dificuldades essencialmente em torno de uma queixa específica: *«ejaculação precoce»*, assim descrita logo na primeira sessão: *«estou com um problema do foro sexual e já tinha dito isso à sua colega de Santa Maria...tenho ejaculação precoce»*.

Em Novembro de 2001, iniciou a sua participação na investigação e cumpriu as vinte sessões propostas sem falhas ou quaisquer outros incumprimentos, manifestando sempre muito entusiasmo, interesse e motivação ao longo de aproximadamente um ano em que nos encontramos.

4.2.2. DADOS ANAMNÉSICOS RECOLHIDOS E COMENTADOS

Também o Francisco centrou o seu discurso **mais no actual do que no passado**. De seguida, elabora-se e procura-se interpretar algumas das circunstâncias e acontecimentos mais significativos que podem ajudar a pensar a sua *“história”*.

Segundo filho de um casal de pouco mais de meia idade - o pai com cinquenta e três anos e a mãe com cinquenta anos de idade - o Francisco **nasceu em W. no ano de 1979**, actualmente **com vinte e dois anos de idade**, e foi, segundo ele, um **filho desejado**: *«os meus pais queriam um rapazinho...tiveram sorte»*, talvez porque já tinham uma menina de cinco anos.

Assim, o primeiro filho do casal é a sua **irmã mais velha**, hoje com **vinte e sete anos**, e o terceiro filho é também uma **rapariga**, actualmente com **quinze anos**. Esta estrutura familiar composta por cinco elementos, pais e três filhos vive como agregado familiar em Z.

Do ponto de vista do registo **profissional**, foi possível apurar que o **pai é montador de gruas**, a **mãe é doméstica**, a **irmã mais velha assistente numa clínica** e a **irmã mais nova é uma jovem estudante**.

Perseguindo uma **perspectiva cronológica agora centrada no Francisco**, sabe-se que **não chegou a conhecer a avó paterna**, pois esta **faleceu com leucemia** na semana do casamento dos pais - ainda assim o casamento celebrou-se como estava previsto.

Com um ano e meio de vida o Francisco começou a usar óculos: «*Eu sofri de estrabismo e estigmatismo praticamente desde que nasci (...) uso óculos desde muito cedo...um ano, um ano e meio*».

Invariavelmente, os estudos científicos sobre a etiopatogenia multifactorial do **estrabismo** apontam para um factor de aparente relevância: a **mãe**, ou melhor a **relação com ela**.

Efectivamente, a mãe, não apenas como prestadora de cuidados maternos mas principalmente ao constituir-se como **objecto de amor primário**, assume uma importância decisiva no desenvolvimento infantil. Recorde-se, a este propósito, por exemplo, a **importância do rosto da mãe** enquanto espelho para o bebé nos primeiros tempos de vida - no desenvolvimento identitário o precursor do espelho é o rosto da mãe.

Ora é esta mãe da pequena criança estrábica, objecto de vinculação que, muitas vezes, aparece com uma estrutura de cariz histriónico, afectiva, é certo, mas excessiva e fusional, **dificultando, ou mesmo reprimindo, os movimentos de separação e individuação dos filhos** (Coimbra de Matos, 2003).

Como diz Coimbra de Matos (2003, p. 45): «*Trata-se, em regra, de mães frágeis, com tendência à dissociação, que agora cedem, logo reprimem; com um Super-eu severo e pulsões mal definidas e de realização insatisfatória, em que um Eu débil está sempre prestes a cindir-se, subordinando-se ao desejo insatisfeito ou à censura hipervigilante. São pessoas do oito ou do oitenta, tudo ou nada (...)*».

Ainda segundo o autor: «*A escolha do sintoma – estrabismo – pode encontrar-se num investimento mais acentuado da actividade visual (...) outro aspecto a ter em*

conta é o da maturação dos mecanismos de acomodação e convergência que, neste período, até aos dois anos de idade, se encontram num desenvolvimento activo, portanto num momento de extrema vulnerabilidade (é o princípio clássico de Stockard: «as toxinas, ou qualquer agente patogénico, atingem o organismo no ponto onde o desenvolvimento é mais activo).» (Coimbra de Matos, 2003, p. 47).

Foi também por essa altura, **pouco mais de um ano de idade**, que se começou a revelar o problema da **asma alérgica**.

Segundo alguns autores, por exemplo *Sami-Ali* (1902), o funcionamento alérgico estrutura-se, entre outros, também à volta da perturbação **na relação precoce**, habitualmente com a mãe, onde muitas funções biológicas, como o **respirar**, são modeladas e mediatizadas por um cuidador materno que não só não consegue sincronizar os ritmos do bebé, como se **sobrepõe na construção dos ritmos biológicos e imunológicos da criança**, dificultando, assim, a **construção de um corpo próprio, de uma identidade, no fundo, de um ser único e especial**.

O Francisco recorda que a sua **mãe vivia muito preocupada e assustada com as crises de asma**, muitas vezes pegava nele e tinha de levá-lo para o hospital, onde chegou a ficar várias vezes internado.

Naturalmente, esta mãe estava preocupada em dar a melhor resposta a um filho em dificuldades. A **respiração** é das primeiras conquistas do ser humano, daí que a asma, por estas idades do desenvolvimento infantil, nos leve a reflectir e hipotetizar sobre a dimensão da angústia na relação precoce mãe-

filho, nomeadamente na **dificuldade da separação** e da **autonomia** - biológica e psíquica.

As mães de filhos asmáticos são descritas, muitas vezes, como personalidades muito ansiosas, excessivamente simbióticas, superprotectoras, fusionais, em que o **filho é visto como uma parte ou prolongamento delas** - apetece perguntar: onde está o pai?-, como que desejando, naturalmente de forma inconsciente, um retorno da criança ao seu útero, **proximidade e fusão patológicas que podem ajudar ao adoecer asmático e ao episódio/crise asmática recorrente** - ao ponto de se considerar aqui que existe um *“laço psicossomático”*; também o senso comum diz que *“quanto mais a mãe se preocupa com a asma do filho mais o filho tem asma”*; é, assim, uma espécie de *“mãe-oxigénio”*.

Segundo o F., esteve **internado umas quatro ou cinco vezes por crises asmáticas**, *«estes internamentos devem somar cerca de um ano da minha vida ...fora todas as outras vezes que tive de recorrer ao hospital, mas sem necessidade de internamento...»*.

Continua: *«(...) chateava-me mais o hospital do que propriamente a asma»*; *«(...) recordo-me de me retrair muito em certas actividades e sempre que me excitava, um bocadinho mais, ficava pior e a asma aparecia (...) por exemplo, gostava muito de jogar à bola, mas cada vez que me excitava ficava com asma»*.

De um ponto de vista interpretativo, de teor mais especulativo, reconheça-se, esta **associação entre excitação e perigo ou medo** aparece frequentemente na laboração do Francisco, ou seja, parece ser um movimento

típico do seu funcionamento – excitava-se e algo ia correr mal; eventualmente, organizou-se um problema, promovido por uma mãe fusional e sufocante, entre as vivências excitantes mas perigosas, do estilo: ou “vivo” com medo de morrer ou “morro” com medo de viver, acabando por não ter oportunidade de resolver, por si, este impasse, escondendo-se, esmagado, entre a «depressividade» e a «depressão falhada» (Coimbra de Matos), acumulando uma agressividade cada vez mais reprimida que, por sua vez, emparedada por uma mente mais operatória e menos criativa, acaba por se libertar pela única saída que resta: o corpo.

Acrescenta: *«ainda hoje fico muito atrapalhado com a educação física...sou muito desajeitado nos movimentos...na coordenação dos movimentos...não tenho jeito...».*

Curiosamente, a desarmonia ou imaturidade psicomotora e a pouca destreza em certas actividades de coordenação, muito observadas nas crianças estrábicas, parecem relacionar-se com perturbações na estruturação espacial e na dominância lateral e dificuldades na formação do esquema corporal que, por sua vez, remetem para problemas mal resolvidos, ou mesmo não resolvidos, na relação primária da criança com a mãe (Coimbra de Matos, 2003).

Sobre a natação, diz que uma das suas maiores frustrações é não saber nadar: *«nunca soube nadar, mas há cerca de seis meses ando a treinar na piscina...esta é outra meta que eu tenho: saber nadar normalmente, de forma a não me destacar dos outros pela negativa...»;* *«a natação do ponto de vista corporal deu-me um certo ajuste, agora já tenho o peito mais largo...».*

Ao longo das sessões, recordou um **grande medo da água** que, disse, ter revelado logo desde os dois ou três anos: *«Aos dois, três anos, não gostava de água, tentavam por todos os meios mas eu não ia...»*.

Sem embargo de outros eventuais episódios traumáticos, naturalmente o medo da água está associado à asma. Tanto na asma como na água existe um medo, uma dificuldade em respirar, um afogear, um sufocar, um esmagar.

A propósito de medos, Francisco refere também que em criança, logo desde cedo, já tinha um **«problema com as alturas»**: *«quando era pequeno recordo-me que quando subia às árvores para cima estava tudo bem, mas para baixo é que era o problema...por vezes, acabava por encontrar uma parte da árvore onde me sentia mais seguro e em vez de descer atirava-me logo...»*.

Pode estar aqui presente a figura do pai que, a confirmar-se, não representa ligações saudáveis. O medo das alturas pode estar relacionado com a profissão arriscada do pai – montador de guias –, eventualmente pela angústia de uma mãe que, na ausência do marido, sem dar por isso, tenta resolvê-la também através do filho, ou mesmo por um pai que, também para resolver a sua angústia, pode ter, sem o saber, inferiorizado e humilhado o filho com algumas ideias de onipotência.

Aos seis anos de idade iniciou a sua actividade escolar, ainda em W., onde nasceu. O Francisco até aí nunca tinha participado ou frequentado quaisquer outras estruturas ou apoios educativos, como amas, infantários ou a rede do pré-escolar - recorde-se que a mãe era doméstica e entenderam que a melhor solução seria ficar com ela até essa altura.

Francisco expressou, várias vezes, que durante a sua infância o seu **pai**, devido à idiosincrasia da profissão, se ausentava sistematicamente de casa: *«durante temporadas variáveis...quinze dias, três semanas e quatro ou cinco meses estava fora»* - esta ausência não confirma um pai a menos, mas aumenta esse risco; a confirmar-se um pai a menos, recupere-se que o Francisco vivia rodeado de três mulheres, a mãe e as duas irmãs.

Aos sete anos, já no segundo ano do primeiro ciclo do Ensino Básico, dá-se a mudança de residência para Z.: *«não fiquei triste, bem pelo contrário...até achei piada, gostei muito, coisas novas...»*, disse.

É pouco provável que tenha gostado. Por outro lado, estas grandes mudanças, nomeadamente nestas idades, podem ajudar à promoção da **inconstância dos objectos relacionais**, dimensão com reflexos na esfera relacional, por exemplo dificuldades na relação íntima.

Também aos sete anos **nasce a sua irmã mais nova**, *«(...) não foi planeada»*.

Praticamente nessa altura, diz mesmo que estes marcadores foram quase simultâneos, **a asma desapareceu**, acontecimento marcante e vivido assim: *«(...) foi sentido como um grande alívio»*.

Não podemos deixar de **ligar o nascimento da irmã com o libertar-se da doença asmática**. Na linha de alguns movimentos interpretativos, o necessário desinvestimento da mãe neste filho, porque outro precisava mais dela, certamente teve influência na remissão da doença.

Diga-se que a família do Francisco mudou algumas vezes de local de residência, pelo menos quatro localidades diferentes - entre algumas delas, diga-se, com realidades geográficas e culturais bem distintas entre si -, em resultado da actividade profissional do pai. Ao contrário da irmã mais velha que atravessou todas estas mudanças, o F. apenas mudou de W. para Z.

Aos nove anos - menos de dois anos depois de Francisco estar a viver em Z. e pouco depois do desaparecimento da asma - começaram progressivamente a surgir outros sintomas clínicos - como enurese nocturna, polidipsia, poliúria, emagrecimento de vários quilogramas em poucos meses e vários episódios de hipoglicémia, nomeadamente antes das refeições - que já pareciam anunciar a nova doença, vindo, pouco depois, a confirmar-se o diagnóstico da Diabetes Mellitus tipo 1 (insulino-dependente).

Como se sabe, o pâncreas é um órgão do aparelho digestivo que tem, entre outras, a função de produzir **insulina**, uma hormona que serve para o corpo conseguir utilizar a glucose (açúcar) existente nos alimentos ingeridos. Se o pâncreas adocece e deixa de produzir insulina, ou não a consegue produzir em quantidade suficiente, ou esta não actua, o indivíduo torna-se diabético.

«Nessa altura perdi a vontade de brincar e perdi a dinâmica, ninguém sabia o que se passava: urinava na cama, emagreci substancialmente, perdi o apetite...praticamente só bebia leite, pegaram-me novamente ao colo e levaram-me para o Hospital de Z., de onde segui para o Hospital de Santa Maria.», disse o Francisco.

A **diabetes mellitus** inclui um misturado conjunto de processos mórbidos caracterizados por níveis elevados e mantidos de glicémia. Dá-se uma

deficiente secreção de insulina, relativa ou absoluta, associada a graus variáveis de resistência à mesma, com o conhecido balanço energético negativo.

No sentido de reduzir o excesso de glucose existente no sangue o organismo procura eliminá-la através da urina, mais do que é habitual, processo a que se dá o nome de **poliúria**. Naturalmente, a perda de água pela urina tem que ser restabelecida pela ingestão de muitos líquidos, sede inusitada que denominada de **polidipsia**. Por outro lado, como o corpo não consegue aproveitar a glucose dos alimentos, o indivíduo **emagrece** e fragiliza-se, apesar do apetite voraz para compensar a falta de glucose – **polifagia**. No seu início, são estes os principais sintomas da diabetes: poliúria, polidipsia, emagrecimento, falta de força e polifagia.

Sem pretender desvalorizar o **novo adoecer somático**, também é verdade que, num certo sentido, **voltou a ser bebé**: não comia, só bebia leite, fazia *chichi* na cama – uma regressão à infância; no limite, até podermos reflectir se as hipoglicémias e a diabetes não decorreram, também, deste tipo de comportamento e dos efeitos da relação objectal primária.

Mais. A **diabetes mellitus tipo 1**, com a sua componente de **auto-imunidade**, e a importância dos **desconhecidos factores ambientais**, pode, entre outros, ser também a expressão de uma grande situação conflitual ou **impasse** (*Sami-Ali*), ou de **impasse emocional** (*Coimbra de Matos*), tradução da angústia na separação/individuação que parece não ter outra forma de ser resolvida: **não consegue viver com a mãe a sufocá-lo (asma), mas não consegue viver sem a mãe porque é ela que “respira” por ele, depende dela;**

agora, numa interacção dialéctica com outros factores, como já não pode ter uma “*mãe-oxigénio*”, porque está mais centrada na sua irmã recém-nascida, a asma já não funciona, deixa de ter as melhores condições para a sua expressão, encontrando-se outra alternativa que passa também pelo corpo.

Finalmente em Santa Maria diagnosticaram-me a Diabetes. Estive lá três semanas». Francisco conta tudo isto sem aparente manifestação de angústia ou sofrimento e acrescenta: «*Não foi um choque, não sabia o que tinha*» - o sistema psicoafectivo a falhar, o **afecto**, desligado da representação da experiência vivida, a difundir pelo somático, perturbando o funcionamento do organismo, causando a disfunção/lesão orgânica episódica ou perturbação somática crónica.» (Coimbra de Matos, 1990).

De facto, outra característica do Francisco é a dificuldade na utilização do léxico a expressão dos afectos, falando basicamente de coisas funcionais, funcionamento que se aproxima da conhecida teorização designada por **alexitimia**.

Ainda antes do diagnóstico de Diabetes, recorda que uma médica que o assistiu no hospital de Z. disse à sua mãe que ele sofria de «*stress da escola*».

Relativamente às injeções de insulina foi o Francisco quem as auto-administrou desde cedo: «*A minha mãe é uma pessoa muito nervosa...nos primeiros tempos era a minha mãe quem ficou com a responsabilidade de me dar as injeções de insulina, mas ela tremia tanto que não me conseguia dar as injeções (...) com os nervos, cada vez que a minha mãe ia dar-me uma injeção picava-me todo...*».

Continua: *«Lembro-me perfeitamente da primeira consulta com o meu médico diabetologista, em que a minha mãe lhe disse que não era capaz de me dar as injeções e o Dr. X respondeu-lhe: “Ah não é capaz...então deixe o seu filho morrer...está a ver aqui este frasquinho?... Este frasquinho é o que pode salvar a vida ao seu filho, se você lhe der ele vive, se você não lhe der ele morre...gostei desde logo do Dr. X...»*. O Dr. X põe as coisas nos termos que agradam ao Francisco, uma perspectiva de vida ou de morte...

Depois da diabetes Francisco revelou um pequeno **problema cardíaco**: *«parece que foi depois da diabetes (...) é um problema normal, uma em cada cinquenta pessoas tem esse problema (...) foi descoberto um pequeno defeito na válvula mitral...mas não cria problemas nenhuns... está tudo bem...»*.

Ao fim de um ano de diagnóstico da Diabetes, com **dez anos**, lembra-se que lhe diagnosticaram uma **depressão**, porém Francisco não defende esse estado: *«Eu não estava deprimido, mas sim com uma grande revolta!»*.

É normal, após a lua-de-mel da diabetes uma quebra, um abatimento generalizado, mas o funcionamento do Francisco parece situar-se entre a **depressividade** – depressão latente e larvar – e a **depressão falhada** – depressão sem objecto, expressa apenas na dimensão biológica em desregulação (Coimbra de Matos, 2003). Como se mostrou na revisão teórica, na depressividade consegue-se encontrar episódios depressivos, ou seja, a depressão, não poucas vezes, é uma descompensação da depressividade.

Para além das já referidas, de entre outras manifestações clínicas na infância destacam-se ainda doenças como a **varicela**, **rubéola**, **alergias**, muitos

problemas nos rins que motivaram várias consultas de nefrologia e **dores abdominais** frequentes e violentas, do tipo cólica, ainda antes da diabetes, que justificaram mesmo várias idas ao hospital – a sua organicidade e o seu frequente adoecer somático parecem, assim, atestar o **recurso ao corpo como alternativa de eleição para a expressão das suas angústias**.

A análise do seu **genograma**, construído de forma muito elementar, diga-se, (anexo 6) não denuncia uma carga genética muito marcada e específica relacionada com os seus episódios de doença, com excepção da morte do seu avô materno - *«ele sofria de diabetes e foi acometido de várias trombozes.»* -, quando o Francisco tinha **dez anos**, e da **asma da irmã** mais velha.

Aos **doze anos** o Francisco foi **operado ao estrabismo**: *«focava alternadamente os objectos» «Andei com o olho tapado durante muito tempo»; «Depois da operação baixei as dioptrias», disse.*

A propósito da sua **sexualidade**, refere que aos dezasseis anos começou a masturbar-se: *«Relativamente a esse aspecto acho que sou normal, apesar de não ter termo de comparação pois não costumo falar com os meus amigos sobre este assunto...comecei a masturbar-me por volta dos...não sei já muito bem, mas julgo que por volta dos 16 anos...parece-me normal...também do ponto vista da cultura...ou melhor da educação que os meus pais me deram também me parece que não há nada a apontar...eles foram-me explicando as coisas à medida da minha curiosidade, à medida que ia crescendo...sem grandes problemas e de uma maneira que me pareceu acertada...».*

Aos **dezasseis anos** faleceu o seu avô paterno com um cancro nos intestinos.

Por essa altura, **entre os dezasseis e os dezassete anos**, iniciou o **primeiro namoro** com uma rapariga também de Z.: *«namorei outra rapariga quando tinha dezasseis ou dezassete anos, mais ou menos, um namoro de quatro anos...»*.

Quando Francisco tinha **dezanove anos**, ao pai foi diagnosticada **Hipertensão**: *«há dois ou três anos descobriu-se que é hipertenso...»*; *«actualmente está de baixa...»*.

Aos **vinte anos** o Francisco teve a sua **primeira experiência sexual**, com a namorada, ao fim de três anos de namoro, no banco traseiro do automóvel: *«Foi com a minha primeira namorada, há cerca de dois anos, essa primeira vez as coisas não correram muito bem, tal como agora, continuo com o mesmo problema de ejaculação precoce (...) uma ejaculação muito rápida...de dois ou três minutos...muitas vezes a ejaculação dá-se ainda na fase dos carinhos...»*.

Quanto à **disfunção eréctil**, ela é algumas vezes associada à diabetes, provocando, em alguns doentes, uma redução da sua qualidade de vida e manifestações depressivas

Primeiro relacionamento sexual depois de três anos de namoro, no mínimo foi pouco curioso. Neste caso, a disfunção eréctil, aqui designada pelo Francisco como *“ejaculação precoce”*, pode significar apenas a **dificuldade na relação íntima**, na entrega à relação, no **integrar o afecto na experiência vivida**; para alguns autores, a ejaculação precoce, na sua plena asserção funcional, pode ser considerada uma forma discreta de impotência.

Por outro lado, uma primeira experiência sexual sobrerrepresentada com insucesso pode exercer uma **sensibilização** e um condicionamento muito fortes numa personalidade que precisa de esmagar na “*impressão*” e no “*agrado*” ao outro, tal a dimensão da **falha narcísica**.

Por essa altura, refere o aparecimento de umas **borbulhas, nódulos e manchas nas pernas** que, veja-se, só há pouco tempo começaram a ser tratados.

Há um ano atrás, aos **vinte e um anos**, o Francisco **deixou de estudar e foi trabalhar para um centro comercial**. Embora gostasse da actividade que desenvolvia, aponta duas características negativas que o levaram a deixar o primeiro emprego: *«o horário era lixado pois chegava a trabalhar até às onze da noite (...) o salário era baixo»*.

Pouco depois surgiu a oportunidade de ir **trabalhar para outra casa comercial**, e, mesmo não tendo um salário muito diferente, Francisco acabou por aceitar, essencialmente por ter os fins de semana mais livres, trabalhando apenas aos Sábados até às 13h00, **emprego que mantém até à actualidade**: *«o horário é muito melhor, horário de comércio normal (...) já fui aumentado uma vez e dei um salto bom, melhor do que o inicialmente acordado! (...) tenho responsabilidade material e financeira nas funções que desenvolvo (...) gosto de ter o máximo de conhecimentos para poder atender bem os clientes, para poder aconselhar as pessoas a comprar os produtos sem correrem perigos ou riscos (...) neste momento o meu emprego não me satisfaz totalmente e tenho a ideia de mudar assim que for possível. No entanto, para já não sei pois não vou arriscar a prestação do carro, além disso sou muito curioso e estou a aprender muito»*.

Entretanto **terminou a relação com a primeira namorada, mas ficaram amigos**: *«Esse namoro terminou mas conseguimos manter uma boa relação, somos amigos...há pessoas que rompem definitivamente, deixam de se falar e isso, mas eu acho importante resolvermos as coisas de outra maneira...se posso continuar a ser amigo dela porque não...acho melhor assim...ela até me pergunta, de vez em quando, se estou melhor do meu problema...»*.

Em muitos dos elementos recolhidos nesta história parece clara a **angústia de separação**, a relação fusional com a mãe e, por conseguinte, a dificuldade na separação com os outros, em especial com as mulheres. A ex-namorada é amiga, vamos fazer a separação mas “*devagarinho*” porque de outra forma não consegue, tamanha a angústia e o conflito. Mais: ela continua a perguntar-lhe como vai a evolução do seu problema, ou seja, se com as outras é diferente ou era só com ela?...

Quase de imediato começou a namorar com uma rapariga dois anos mais velha e poucos meses depois iniciaram relações sexuais: *«(...) no primeiro namoro foi só no terceiro ano...no segundo namoro foi ao fim do terceiro ou quarto mês...»*, remata.

Acerca desta nova relação, diz: *«temos uma boa relação, ela é muita minha amiga, compreende-me e tenta ajudar-me; diz-me para eu não me preocupar muito com a situação porque há-de passar; fala-me até em casamento e eu umas vezes digo-lhe que sim, outras digo-lhe que temos de ir com calma pois primeiro temos de criar as bases suficientes para a vida, as bases para mim são muito importantes, porque a vida não é*

fácil, e depois sim (...) .ela compreende-me e ajuda-me neste problema, posso dizer que nos damos bem, ao ponto de falar em casamento...».

Mais uma “*amiga*” para ajudar a **enquistar o conflito** que se avoluma: não consigo viver sem “*amigas*” e não consigo viver com amigas, mais uma vez uma espécie de impasse. Naturalmente, para quem tem esta relação fusional com a mãe, a “*criação de bases*” para a vida é algo de muito importante para ele: separar-se da mãe, fazer alicerces fora de casa...

Entretanto, é **diagnosticada asma à irmã mais velha**, na altura com vinte e sete anos.

Meses depois, em Novembro de 2001, **aos vinte e dois anos, inicia a sua participação na investigação em apreço.**

À guisa de **breve caracterização geral**, poder-se-á recuperar, em síntese, que o Francisco é um rapaz de vinte e dois anos, cerca de 1,70 m de altura, magro, cabelo curto castanho claro, olhos claros, óculos e um ar juvenil - habitualmente vestido com calças de ganga, camisolas, camisas, ou “*t-shirt*”. Se nos reportarmos apenas a uma percepção global destes breves índices, não teríamos grandes hesitações em acreditar que o Francisco poderia ter menos idade, passava bem por dezassete ou dezoito anos.

Como se pode observar por análise às sessões (anexo 5), o Francisco expressa-se de uma forma fluente, com um vocabulário rico, privilegia o contacto ocular, denota hiperinvestimento na relação e, praticamente, não faz silêncios - os silêncios parecem incomodá-lo.

Como o Francisco centra a maior parte do seu discurso na actualidade, a partir daqui procuraremos, numa espécie elementar de análise de conteúdo, **mostrar a maior representatividade dos assuntos e dar corpo às principais categorias ou dimensões que sobressaem ao longo das vinte sessões**, não deixando de operar movimentos para trás, para o passado, sempre que os elementos anamnésicos recolhidos o justifiquem.

Nesta linha, podemos, desde logo, notar poucas diferenças entre a **relação do Francisco com a diabetes e a representação da relação que tinha com a asma**. Em qualquer delas existe uma representação e discurso depressivos – as crises, os internamentos, a dependência da mãe, a impotência de ninguém saber o que fazer com a sua situação clínica –, mas com fraca elaboração e quase ausência de afectos.

Sobre a diabetes considera apenas que hoje tem um **melhor controlo da diabetes**, mas diz: *«posso controlar melhor (...) o corpo fala, é só nós traduzirmos a sua linguagem»* -actualmente, e a parecer provar aquilo que diz, desloca-se regularmente à consulta de rotina da diabetes apenas de seis em seis meses.

Ele não fala, não se consegue expressar – **alexitimia** – quem fala é o corpo, é um *“acting-in”* – por outro lado, aqui até chegamos a pensar na existência de uma consciência biológica, de certa forma um nó entre a consciência biológica e o inconsciente psicológico, ligação que, em última instância, nos remeteria para uma simbolização que, por sua vez, nos obrigaria a pensar numa espécie de histeria de conversão; vamos estar atentos, porém,

esta hipótese não parece apresentar consistência no meio de um funcionamento, como observamos, esse sim, marcadamente psicossomático.

No entanto, parece revelar alguma preocupação com a doença quando pensa, por exemplo, nos **efeitos secundários sobre a capacidade visual**, ele que apresenta um longo historial clínico relacionado com os **olhos** – recorde-se o **estrabismo**, o estigmatismo, as longas temporadas em que andou alternadamente com os olhos cobertos, a operação correctiva...

Ainda sobre efeitos secundários da doença, também sublinhou a **dimensão cardíaca** – o tal pequeno problema na válvula mitral, aparentemente desvalorizado – e as **dificuldades que apresenta na cicatrização**.

Há um sintoma ou sinal típico que aparece de uma forma transversal: *«sinto-me muitas vezes encalorado...»*.

Mas é a **dimensão da sexualidade** que, de longe, **mais o preocupa** e, mesmo, desorganiza, sintomatologia que parece expressar uma **grande conflitualidade**, algumas vezes até dando a ideia de **conflito sem solução**, ou seja, podendo configurar novamente a situação de impasse – a preocupação dada a esta dificuldade e a representação, a partir daqui, da sua fragilidade/impotência vulgariza quaisquer outras preocupações, como a diabetes.

Nesta linha, recuperam-se alguns excertos do discurso do Francisco logo na primeira sessão: *«estou com um problema do foro sexual e já tinha dito isso à sua colega de Santa Maria...tenho ejaculação precoce...falámos muito deste assunto e ela fez-me muitas perguntas...perguntou-me se me masturbava e desde que idade (...) não*

encontro explicação para este meu problema...em todas as outras coisas da vida costumo resolver tudo bem...se não corre bem à primeira não há problema, pois de certeza que nas oportunidades seguintes vai correr melhor...aqui não, tento mas não consigo...tento até não ligar porque há coisas bem mais importantes na vida...mas também é chato...ter sempre este problema a perseguir-me...».

Compreende-se, mais uma vez, como é difícil separar-se de mãe – a angústia de separação no seu esplendor; masturbação ou ejaculação precoce, a mãe é um “fantasma omnipresente”; assim, desenha-se, cada vez mais, um pai ausente, ausência que criou dificuldades na identificação à figura parental.

Ainda sobre o mesmo problema:«Tenho duas irmãs, uma mais velha com vinte e sete anos e a outra mais nova com quinze anos, mas não falo com elas sobre este assunto (ejaculação precoce), falo apenas com a minha namorada e, por acaso, há pouco tempo até se proporcionou comentar o assunto com um amigo...todos me dizem para eu não me preocupar...se eu desistisse por causa de uma coisa destas também não me parece grande solução...há coisas mais importantes na vida...e também podemos pedir ajuda...não me importo de pedir ajuda. (...) o Dr. X. , o meu médico diabetologista, disse-me que este problema é psicológico, daí me ter encaminhado para a sua colega de Santa Maria...pode ser também um efeito negativo da diabetes, mas eu, sinceramente, não tenho feito muitas leituras sobre este assunto, acho mesmo que é psicológico (...) não é um grande problema, mas o Dr. deve compreender que é aborrecido...penso sempre que vai passar mas assim não acontece...tento não pensar no assunto mas não adianta...acho que já vou com medo apesar de ele não ser muito consciente pois tento esquecer-me».

E «(...) *se eu desistisse por causa de uma coisa destas também não me parece grande solução(...)*», o que aconteceria se desistisse?. Não restam muitas opções: suicidar-se, fazer um voto de castidade ou dar outro sentido à sua sexualidade.

O problema da ejaculação precoce do Francisco acontece desde a primeira relação sexual: *Foi com a minha primeira namorada, há cerca de dois anos, essa primeira vez as coisas não correram muito bem, tal como agora, continuo com o mesmo problema de ejaculação precoce (...) uma ejaculação muito rápida...de dois ou três minutos...muitas vezes a ejaculação dá-se ainda na fase dos carinhos...».*

Sobre a atitude da namorada relativamente à dificuldade: *«A minha namorada compreende-me e procura ajudar-me mas é muito aborrecido e desgastante para mim...».*

Continua descrevendo a situação assim: *«...às vezes tenho até dificuldade na erecção...e quando consigo a erecção ejaculo logo, não consigo controlar...nas outras situações da vida consigo controlar...» (silêncio).*

O F. preenche novamente o silêncio e continua, parecendo revelar nas ideias seguintes um funcionamento típico de alguém com muitas **dificuldades na identidade, na subjectividade, na conflitualidade, em suma, na relação**: *«eu tenho até muito à-vontade com as situações e na relação com as outras pessoas...sou muito observador e, ainda antes de conhecer e falar com as pessoas, observo o que elas apreciam e gostam, de maneira a que, quando as conheço verdadeiramente, já parece que as conheço há mais tempo e a relação corre bem...».*

Para evitar o **conflito**, procura transformar rapidamente o “*estranho*” em “*familiar*”, como acontece frequentemente com o sujeito alérgico, movimento que pode traduzir, também, a **confusão identitária e biológica** que se instala **no seu sistema imunitário**.

Da mesma forma, a **grande necessidade de ser gostado por todos**, tão rápido quanto possível, obriga-o a “*um trabalho de casa*” penoso para quando se relacionar não ser confrontado com a **intolerável diferença e subjectividade**, **anulando-se para evitar o conflito**, anulação com a correspondente tradução em **agressividade contida** que, na impossibilidade de ser liberta por via, por exemplo, comportamental, acaba por **explodir no interior** (implosão), concretizando-se a **auto-agressão corporal, a lesão orgânica, a doença somática**.

Mais: « (...) *sou muito alegre e extrovertido e todos gostam de mim...ninguém sequer imagina que tenho este problema...quando se fala com os amigos sobre assuntos sexuais eles até costumam dizer: Este malandro nunca diz nada, deve ser cá um garanhão*». A **ejaculação precoce aparece como um sintoma hipomaniaco**, ou seja, parece fazer um **evitamento directo, fuga, à depressão**; assim, hipomaniacamente parece alegre, impotentizando-se finalmente **numa mente de tipo operatório que não é capaz de criar e de sonhar e, nem sequer, deprimir**. Por último, a escolha deste sintoma era **previsível atendendo aos efeitos de uma relação objectal primária pouco satisfatória, com contínua desvalorização do self, que obstaculizou a construção identitária, a autonomia e a confiança** – «*...mãe a mais e pai a menos...*» (Coimbra de Matos).

O F. continua imparável: « (...) *sabe, eu sou uma pessoa muito segura e com as mulheres ou namoradas gosto de levar as coisas a sério, ao contrário do que acontece hoje em dia com a maior parte das outras pessoas, só avanço quando tenho certezas*».

A “*enorme segurança*” não lhe permite arriscar, só “*arrisca*” quando tem a certeza que não lhe dizem que não - este fragmento do seu discurso confirma a **grande necessidade de ser gostado**.

Mais. Esta tamanha necessidade de ser gostado mostra, mais uma vez, as **falhas básicas na construção da identidade**: «*também quando tenho de falar com alguém preparo primeiro a conversa*», isto é, submete-se às outras pessoas e não se submete a ele próprio.

Tenta **movimentos entre a culpabilização e a desculpabilização**, avança timidamente no sentido de saber a minha opinião sobre a possibilidade de fazer exames orgânicos de despiste do problema: «*continuo muito céptico sobre este problema (...) se calhar não é só um problema psicológico...*».

Afinal, a «*ejaculação precoce*» pode, no seu caso, ser antes um problema de **erecção**, ou falta dela: «*Tudo começou por não conseguir ter erecção*»; «*Tenho dificuldade em manter a erecção*». Há pouco mais de um ano recorreu ao “*Viagra*”, por quatro vezes: «*Tive erecção em todas as vezes, mas também tive ejaculação precoce...*». Neste contexto volta a referir-se à masturbação: «*Praticava masturbação para depois demorar mais nas relações sexuais...*» - tudo é formulado como se de uma **situação conflitual sem solução** se tratasse, ora vejamos aqui no desempenho sexual: se não tenho erecção não consigo, mas se tenho também não, porque ela não chega a ser...

Ainda sobre as suas dificuldades sexuais e o seu **funcionamento**:
«continuo a pensar: será que tem solução ou não tem?, mas tento desviar apesar de me passar pela cabeça várias vezes por dia...qualquer assunto ou tema, mesmo os aparentemente não relacionados, me fazem lembrar o problema...mas mesmo assim ando mais leve...uma sensação de não dever nada a ninguém».

Esta sensação descrita tem, certamente, a ver com a sua expectativa rígida do que é uma relação no geral, e uma relação sexual no particular, em todo o caso parece mostrar as dificuldades na relação. Enquanto namorava (para esse efeito já não são namorados) tinha a percepção de que o seu desempenho ficava muito aquém do que a namorada merecia, ou seja, uma dívida sempre a acumular que, agora, não só não acumula como pode ser perdoada. Sobre a sua dificuldade diz ainda: *«penso nele mais à noite...quando estou mais relaxado...e no duche...».*

Mais tarde, pela descrição detalhada das suas dificuldades, percebe-se uma circunstância até então desconhecida: existe uma **clara necessidade em ser circuncidado**.

Assim, é estimulado a marcar uma **consulta de urologia que confirma a urgência da circuncisão**, ficando na lista de espera para ser intervencionado – por esta altura, foi possível apurar que o **pai e um primo próximo foram circuncidados, também em adultos** – naturalmente, um pai “*presente*” tinha acautelado esta situação.

Há muitos anos, desde criança, que deveria ter sido intervencionado, infelizmente ninguém o encaminhou nesse sentido. Pelo que foi possível

perceber, o estrangulamento da glândula, por vezes, provoca gretas dolorosas. Ficou em lista de espera. Atendendo à sua grande queixa, reflectiu-se na possibilidade de realizar a intervenção na privada, cerca de cem contos segundo o médico, dado que a espera pode ser de mais de um ano. Sente-se agora muito melhor, mais motivado e com mais interesse e energia.

No caso do Francisco chama também a atenção as **dificuldades na ritmicidade**, nomeadamente a **perturbação do ritmo sono-vigília**, parecendo surgir a **insónia** como expressão mais habitual desta desregulação e, naturalmente, a **dificuldade em conseguir uma boa higiene do sono e um sono reparador**.

Diz o Francisco a este propósito, nem sempre com concordância: *«por vezes acordo a meio da noite, mas depois adormeço com facilidade»*; *«(...) tenho tido um sono terrível...»*; *«forço deitar-me mais tarde»*; *«acordo cinco a seis vezes durante a noite...»*; quando não consegue adormecer: *«depois sinto uma pressão acrescida pelo facto de não conseguir dormir»*; ainda sobre este assunto: *«como tenho a capacidade de montar filmes...de ver mais à frente, fico preocupado»*, referindo-se ao seu funcionamento mental: ansioso, inseguro, com necessidade de programar tudo para conseguir a adaptação - **falsa adaptação**.

Em resposta à pergunta sobre os seus pensamentos quando não consegue dormir, disse: *«penso, por exemplo, que tenho o carro para pagar...e outras preocupações»* - é o grande "negócio" da ansiedade, a **preocupação**.

Naturalmente, *«acordo muito cansado»*; *«(...) de manhã tem sido um bocado difícil levantar...»* - sono não reparador. Como vimos, a **problemática das**

somatizações pode, também, ser encontrada na **perturbação transitória ou permanente dos ritmos biológicos, corporais e relacionais**.

Observa-se, ainda, que apresenta dificuldades na recuperação de datas, confunde-se com frequência, e também na orientação e na memorização de percursos, características que remetem para a **organização espacial e temporal**.

Por fim, **na esfera da sua relação com saúde, ou com a doença**, consoante a perspectiva, não são poucas as vezes que refere uma outra manifestação clínica: *«umas estranhas dores de cabeça que anunciam dores nas costas...»* - sintomatologia que, para além do que foi expresso, pode estar relacionada com a sua **rigidez psíquica e muscular**.

Entre a sexta e a sétima sessão, **terminou a relação com a namorada**. Naturalmente, são muitos os registos existentes que podem ajudar a **caracterizar o seu funcionamento, no geral, e na relação íntima, em particular**.

Logo nas primeiras sessões, o falar do *«pedido de casamento»* feito pela namorada, para além de inverter a tradição - ela é o homem -, parece ter sido usado talvez para equilibrar uma auto-imagem, auto-conceito e auto-estima que não eram as melhores; nessa altura lembro-me de ter pensado que ele estava a dizer mais ou menos o seguinte: mesmo com este grande problema que não pára de me atormentar e que não me deixa ser um homem a sério, ela gosta de mim e até me pede em casamento....

A propósito do pedido de casamento aproveitei para perguntar se essa ideia recorrente e repetida da namorada o assustava. O Francisco respondeu:

«eu gosto dela, e como já disse, por vezes digo-lhe que sim, mas outras vezes... é verdade, fico assustado, até porque sou novo e é muito importante conseguir primeiro as bases, depois logo se vê, nós nunca sabemos o dia de amanhã, pode ser com ela ou não...». as bases, as bases...

Também foi possível perceber que a **actual e a anterior namoradas mantinham agora uma relação...interessante**: *«Inicialmente não, mas agora falam bem...não é uma amizade muito íntima mas suficiente para se relacionarem...por vezes até pelo telefone (breve silêncio).»*

Mais tarde, comunicou que reflectiu muito e, em resultado dessa reflexão, tomou a decisão de ter uma conversa séria com a namorada, mais precisamente propor-lhe um período temporário de afastamento, ou seja, aquilo a que tecnicamente poder-se-ia chamar de **“suspensão temporária do namoro”**.

Na altura, segundo o Francisco: *«esta decisão tem como objectivo obrigar-nos a pensar melhor na nossa relação, avaliarmos melhor os nossos sentimentos um pelo outro e essencialmente no sentido de ajudar a recuperar algum espaço que deve ser só meu e que ultimamente já o tinha perdido».*

Em resposta a uma pergunta minha, conta que, já depois desta tomada de decisão, *«continuo a almoçar com ela, pois doutra forma ela almoça sozinha»* - angústia de separação.

Nesta linha, sobre esse momento e situação com a (ex)namorada: *«estou a deixar andar para ver o que vai dar»*. Dissertava sobre este assunto, essencialmente sobre a dificuldade em separar-se, sem o verbalizar, quando se saiu com esta pérola: *«o namoro tem que surgir sempre de uma amizade, penso eu»*.

No final, quando tentei promover a sua reflexão e expressão emocional sobre o assunto, disse: *«sinto-me mais solto e com mais espaço, antes passava sete dias por semana com ela, agora só passo cinco dias»*.

Mais à frente, novamente sobre o (ex)namoro: *«não está bem definido...tenho deixado arrastar»*. Sobre a mudança operada na relação com a rapariga: *«sinto-me melhor com este novo espaço»*.

Nas sessões, a continuar a reflectir em torno de situações conflituais de base, foi possível perceber que aquele momento parecia uma repetição da separação da relação anterior: *«(...) já o fiz também com a namorada anterior»*, referindo-se ao seu método muito particular de terminar relações amorosas e confirmando a sua **enorme angústia de separação das mulheres** – tal como se pode observar nas sessões (anexo 4), ainda hoje mantém um relação muito próxima com a primeira namorada *« (...) ainda hoje somos bons amigos...»*, amizade que comporta a disponibilidade sexual para “testes” sobre a evolução do seu desempenho sexual, nos períodos de “suspensão temporária do namoro”.

Finalmente, no final de Dezembro, terminou a relação com a namorada, mas aceitou a proposta dela para a passagem de ano...os dois: *«Estamos com um afastamento cada vez mais progressivo...»*; *«Vemo-nos menos...mas almoçamos bastantes vezes juntos e outras encontramos para beber café...umas vezes passo eu à casa dela, outras passa ela à minha casa, mas quando não me apetece já digo que não...ainda no outro dia ela convidou-me para irmos sair com uns amigos e eu não me apetecia e disse-lhe que preferia ficar por casa...já não sinto aquela obrigação...sinto-me tão bem*

assim, não ter que dar satisfações, estou mais solto..., por outro lado acho que sou responsável pelo facto de ela não ter ninguém com quem sair...por andar comigo ela afastou-se de todos e neste momento não tem amigos...não tem ninguém com quem sair...se não sair comigo não saí com ninguém, daí sentir a obrigação de sair com ela...» - a mesma angústia de sempre, não se consegue afastar das mulheres, da mãe...

«A separação está confusa na minha cabeça...»

Sessão seguinte: *«não tenho almoçado com ela todos os dias»; «também, senão almoçar com ela almoço sozinho»; «da minha parte para com ela, existe uma espécie de sentimento de pena...coitada.»*. Também a excelente relação que diz manter com a mãe da (ex)namorada parece ter um peso importante: *«ela gosta muito de mim»*, remata.

Mais para o fim, os desenvolvimentos substantivos não eram ainda muitos: *«desde o Carnaval nunca mais fui almoçar com ela...»*, mas manteve contactos suficientes, inclusivamente sexuais, com o resultado de sempre. *«(...) não fui capaz de resistir à tentação e tentei novamente, mas...os resultados foram os mesmos de sempre (...) fiquei muito em baixo, para mais em férias quando devia estar relaxado...andei uns dias muito mal...depois passou (...) nessas alturas fecho-me muito...não sou capaz de dizer nada...é uma grande ferida...»*.

Para além das referências já feitas à mãe - por altura da asma e da diabetes - recuperem-se mais alguns fragmentos do discurso do Francisco que podem ajudar a ilustrar a sua **representação sobre a relação com a mãe**, vista como uma mulher muito ansiosa, muito dedicada à família, superprotectora e sempre muito preocupada com o que lhes podia acontecer, especialmente com

o F.: «...a minha mãe mimava-me muito...estava sempre muito preocupada com o que me poderia acontecer...praticamente programava todos os passos da minha vida»; «Hoje em dia considero que a minha mãe não se mete na minha vida, controlava-me mais quando tinha asma...actualmente digo-lhe sempre onde vou apenas por uma questão dela não se preocupar» - hoje é ele que se entrega ao controle...

Ao contrário, a **representação que tem do pai** é a de um homem muito ausente da vida familiar, com uma maneira de ser de alguma forma rude e com muita dificuldade em fazer circular os afectos. Verbaliza as seguintes frases sobre o pai: «(...) estava longe de casa durante temporadas variáveis...quinze dias, três semanas e quatro ou cinco meses estava fora»; «O meu pai não é muito mais alto que eu, mas é muito bem constituído...»; «o ar dele mete respeito»; «sisudo...»; «ar de poucos amigos...».

O Francisco ainda tentou o trabalho na construção civil, poucos dias, mas as aludidas dificuldades com as alturas determinaram o fim dessa actividade. O pai, recorde-se, montador de guias de profissão, mostrava-lhe como era fácil lidar com as alturas, garantindo que o pai era um verdadeiro valente no lidar com as alturas e que nunca gozou com esse seu medo, mas a argumentação utilizada aponta para alguma forma de inferioridade e mesmo humilhação.

Actualmente, o pai está muito limitado na sua actividade profissional, encontrando-se mesmo de baixa por vários meses, acreditando-se que pode ser reformado antecipadamente por problemas de saúde: é hipertenso e vive apoquentado com dores gerais no corpo, quadro clínico que parece transformar

o pai numa figura irreconhecível para o Francisco: «*o meu pai era hiperactivo*», diz.

Relativamente aos avós, como foi antes relatado, faleceram todos excepto a avó materna, agora com oitenta e três anos de idade mas ainda a viver sozinha em W., a terra natal do Francisco – diz que esta avó é aquela a quem sempre teve mais ligado, visitando-a com alguma frequência.

Uma dimensão ou categoria muito representada ao longo das vinte sessões é a sua **relação com o trabalho**:

E: «*O que o tem preocupado mais ultimamente?*».

F.: «*O trabalho!*».

Durante o período em que decorreu a recolha de dados foi abordado com uma proposta de um novo emprego, para um escritório, trabalho a desenvolver mais perto de casa e com um vencimento ligeiramente superior, mas decidiu não aceitar.

Rejeitou a proposta essencialmente pelos receios de não saber o que iria encontrar, apesar de todas as pessoas consultadas lhe terem dito que tinha mais possibilidades de progressão profissional do que no actual emprego – aqui foi aumentado, mas não deve passar dali, a própria colega de trabalho, a trabalhar lá há seis anos, já lhe disse que ali vai ser muito difícil ser novamente aumentado.

Outro dos motivos é a boa relação que mantém com a actual colega de trabalho: ela é mais velha do que ele, cerca de dez anos, casada com um homem

também com mais dez anos que ela e dão-se muito bem - ao ponto de o F. ser seu confidente nos momentos mais difíceis da colega, como a relação com o próprio marido: *«ela conta-me inclusivamente as dificuldades que tem com o marido...e diz-me que nunca consegui desabafar com ninguém como faz comigo...eu animo-a e tento levantar-lhe o astral...foi outra razão que pesei: logo agora que tenho uma relação tão boa com a minha colega de trabalho é que vou sair...».*

Ainda sobre o trabalho, abriu sessões assim: *«sinto-me cansado...agitado...com necessidade de descansar...não estou como sempre, parece que perdi energia...»*; explicação: *«talvez porque as coisas no trabalho ultimamente têm sido mais exigentes...houve um assalto e isso provocou alguma confusão».*

A relação com a colega de serviço vai de “vento em popa”: *«ela até diz que se um dos dois saísse, por qualquer motivo, o outro ia sentir muito essa falta e que iria ser muito difícil de o substituir».*

Quando a colega foi deslocada temporariamente para outro serviço, queixou-se do *«muito stress»* que teve no trabalho, resultante do facto de ter ficado sozinho na loja durante um período: *«...passei um mau bocado...deixei de ter tempo para fazer as coisas com a organização de sempre...parecia que estava tudo desarrumado...foi muito difícil essa altura...agora com o regresso da minha colega está tudo mais calmo...».*

Contudo, do ponto de vista profissional está motivado e tudo parece correr pelo melhor: começou a acompanhar um antigo funcionário da firma, já reformado mas ainda muito convocado para os serviços da empresa, e está muito entusiasmado.

Essa pessoa, com a qual parece funcionar uma identificação forte, tem vindo a estimulá-lo para o ofício e o próprio patrão admite a possibilidade de, logo que possível, investir na sua formação e autorizá-lo a tirar quatro cursos na área, correspondentes aos níveis de acreditação de competências existente, possibilidade que, a concretizar-se, permitiria a sua promoção dentro da empresa e, em última instância, a sua independência financeira, essencial, segundo o Francisco, para projectar outros planos e formação profissionais – apenas projectos profissionais, não existe um verdadeiro projecto.

Na empresa o ambiente não é o melhor, mas o Francisco não se envolve em conflitos: *«mantenho-me neutro no meio das intrigas...»*, claro.

Ainda mais revelador do seu funcionamento: *«(...) em qualquer das partes, todas elas ficam satisfeitas...digo-lhes o que elas querem ouvir...e a pessoa vai toda satisfeita...»* - **não sabe ou não pode conflitualizar: a mãe não lhe permitiu a separação e o pai não se constitui como modelo para aprender a conflitualizar.**

Ainda sobre a colega de trabalho e a relação íntima que continua a aprofundar-se: *«(...) temos uma relação muito boa, ela abre-se muito comigo e conta-me os seus problemas mais íntimos...a sua vida de casada não é o que ela esperava...diz que com outra pessoa tudo poderia ser diferente».*

Continua: *«Ela diz que comigo está sempre bem-disposta...que quando eu não estou é tudo diferente».* Falámos sobre esta situação, no sentido mais de consciencializar, até porque o Francisco referiu, algumas vezes, que se lembrava várias vezes do marido da colega – **onde não há limites há culpas.**

Acrescentou que por ele não vê necessidade de mudar nada, até porque não tem quaisquer outros impulsos e «*não gosto dela nesse sentido*».

Se mantém uma relação muito intensa com o trabalho é natural que a **relação com as férias** seja bem diferente. Nas primeiras férias que tive conhecimento disse que nessa semana teve vontade de ir ao Alentejo, pois gosta de lá ir, mas não foi, foi sim ao...**local de trabalho**, por duas vezes, mesmo em férias.

Sobre as férias: «*Regra geral correm mal, já é um hábito*».

Sobre as **férias seguintes**, mais uma semana de férias mas «*...não tirei partido das férias...*», porquanto sentiu muita angústia e não se divertiu.

Outra dimensão muito representativa do seu discurso é aquela que transparece da relação com os amigos ou das relações mais superficiais, com os outros, com o exterior, **revelando**, mais uma vez, **um funcionamento que parece reenviar para a dificuldade em conflitualizar**: «*É verdade, não gosto de conflitos, se puder evito-os, mesmo quando eles surgem, por exemplo no trabalho, consigo manter sempre a calma...uma coisa curiosa é que em conflitos grandes mantenho a calma e, outras vezes, com coisas pequenas exalto-me muito...tenho alguma dificuldade em compreender este meu comportamento...no resto gosto sempre de pensar primeiro o que estou a fazer...também quando tenho de falar com alguém preparo primeiro a conversa*» - mantém a calma porque não é capaz de assumir a diferença e, por vezes, o conflito; nas coisas pequenas sim, é a sua especialidade; como separador o pai obriga ao confronto com o filho, neste caso

isso não aconteceu; pai não serviu como separador nem como figura de identificação.

Comenta a sua forma de reagir às situações: *«reajo sempre bem às situações...parece-me que é bom sinal reagir assim...»*; *«como não gosto de tomar partido por um lado ou por outro, acabei por me afastar um pouco...»*.

A propósito da sua maneira de ser e de funcionar diz: *«ainda há dias encontrei o meu antigo patrão e falei com ele como se nada se tivesse passado...percebi que até ele ficou surpreendido por eu ter reagido assim»*, acrescenta: *«...eu sou assim...dou sempre à-vontade às outras pessoas...deixo sempre as pessoas à-vontade»*.

Um fragmento do seu discurso que ilustra esta tese de **não ser capaz de conflitualizar**, no caso sobre um conflito que andou a evitar com o seu melhor "amigo", o M., que "se atirou" à sua namorada durante a passagem de ano, recupera-se agora alguns excertos de uma das entrevistas:

F: *«Consegui conversar com o meu amigo...finalmente ele admitiu...»*.

E.: *«Admitiu o quê?»*

F.: *«Admitiu que errou...o simples motivo de ele admitir já é um grande descanso...»*

E.: *«Grande descanso como?»*

F.: *«Reconheço que esta situação andava a preocupar-me muito...eu continuo ressentido, foi uma quebra na confiança, não podia pensar que me tinha enganado tanto logo em relação a ele...a princípio ele não me queria dar razão, mas depois finalmente lá acabou por admitir e pediu-me desculpas...»*.

E.: «E a sua ex-namorada, afinal ela foi uma protagonista principal nesta história...».

F.: «Por acaso disse-lhe a ela aquilo que tínhamos falado na última sessão...que ela podia ter cortado e evitado a investidas dele...ela concordou...».

Sobre o facto de ter “enfrentado” o amigo M.: «por acaso gostei dessa minha atitude». Agora a relação parece novamente em velocidade de cruzeiro: «é novamente o Miguel que eu conhecia...»; «não me podia ter enganado tanto...» - **a depressão falhada, o sonho falhado, a raiva amordaçada (Coimbra de Matos) a auto-agredirem o corpo.**

Ao contrário, na condução automóvel o Francisco parece gostar de correr riscos desnecessários: «Sou calmo mas, por exemplo, a conduzir sou impulsivo...não cometo infracções mas vou sempre no limite...como, por exemplo, em viagens de carro para o Algarve...não tenho problemas neste aspecto...não sou de hesitações...calculo tudo muito bem...», diz;. durante a investigação teve um acidente de viação muito feio que podia ter tido consequências graves para si, em resultado de uma manobra muito perigosa. A condutora que circulava em sentido contrário, para se desviar de si, embateu num poste e partiu o carro, contou com ar de herói - para não correr riscos normais (conflitos, etc.) corre outros piores, competindo com ele próprio no carro; nós também já sabemos que ele ao volante é potente, viril e não tem medo de nada, precisamente o oposto de quando não está sentado ao automóvel.

Quando tem dificuldades em adormecer, a escrita, por vezes, é um recurso mobilizado: «há pouco tempo escrevi um poema...consegui concretizá-lo, senti

satisfação porque nem sempre consigo acabar o que começo a escrever...». Perguntei-lhe qual o contexto em que emergiu a necessidade da escrita: «não conseguia dormir...recorri à televisão e ao computador, mas o sono não vinha...então pensei: vou ver se risco alguma coisa...».

Sobre o poema pretendi saber o tema que o inspirou: «*não foi por nada em especial, simplesmente gostei...».*

E: «*mas o poema procura traduzir ou expressar alguma coisa?...».*

E.: «*Olhe o que se passa aqui, não desistir e ter coragem, tentar reagir e não ir abaixo (...) nos últimos quinze dias não me tenho sentido tão enérgico como costuma ser normal...não tenho reagido tão bem...este problema está sempre presente...(refere-se à ejaculação precoce)»; a falta de energia pode compreender-se, também, à luz de uma tentativa recente de ruptura amorosa com a namorada e a angústia correspondente.*

Ainda a propósito da escrita: «*escrever é como um desabafo...há quem diga que escreve só para si...eu não concordo, acho que escrevemos sempre para alguém ler».* Diz ainda que «*sou muito observador*», nós já sabemos que sim, é uma grande necessidade dele...

Duas sessões depois ofereceu-me o poema, disse: «*é para si...pode ficar com ele, passei-o a limpo para si, fiquei com o original, não sei é se vai entender a minha letra...».* O poema parece atestar muito do que se procurou interpretar: as dificuldades na identidade, a centração na sexualidade, a depressividade, a depressão falhada, o sonho falhado e a zanga amordaçada, as situações conflituais sem solução, a forma funcional e desgastante como vive a vida, a

falta de prazer, não é capaz de saborear a vida, é mais espectador (observador como ele próprio diz) e menos participante.

Talvez seja um bom mote para uma última tentativa de observar a matriz de relação que o Francisco ajudou a construir, mais alguns mecanismos que mobilizou e outros pormenores do seu funcionamento e alguns dos efeitos evolutivos surtidos com a, inevitável, intervenção decorrente desta investigação.

No início, naturalmente, muito encantado com o efeito do apoio: *«vou daqui com uma sensação de grande alívio...a sentir-me mais leve»*.

Depois, um pouco perdido, porquanto o seu funcionamento habitual tinha pouco sucesso; frase paradigmática do seu funcionamento: *«(...) não sei, como eu venho para aqui sem nada preparado...»*, referindo-se às sessões.

A seguir, percebia-se já o impacto quando dizia que andava muito pensativo e reflexivo com as nossas conversas, por exemplo: *«a de ser mais eu!»*.

Vejamos outro exemplo. Estava preocupado com um acontecimento social próximo: tinha sido convidado para um casamento, mas não tinha companhia.

Percebi que estava tentado a convidar a ex-namorada, mas colocou, também, a possibilidade de ir com uma das irmãs ou mesmo com uma amiga – no essencial, admitiu que tinha muita **dificuldade em imaginar-se no casamento sozinho**, desenrolando algumas cenas de um filme bem consolidado, feito essencialmente de inseguranças, desconfortos e ameaças.

Ficou patente o seu traço ansioso, a excessiva preocupação com os outros, para lhes agradar, para conseguir o seu reconhecimento e para ser gostado.

Sobre algumas intervenções e interpretações a este propósito, o Francisco verbalizou várias vezes a frase: «*nunca tinha pensado nisso*».

Afinal sobre o casamento acabou por ir sozinho, experiência inédita e exploratória.

A determinada altura, a inevitável intervenção acabou por **desmascarar a depressão falhada e apanhar a depressão larvar e a verdadeira depressão escondida** (*Coimbra de Matos*), situação que se constituiu como um avanço clínico pois a depressão emergiu e pôde assim, aos poucos, começar a ser trabalhada. A seguir, apresentam-se alguns excertos do discurso do Francisco que ilustram esta nova realidade, a distanciar-se da euforia, das distrações e do funcionamento hipomaníaco que o caracterizavam até aí:

- «*Estou no mesmo passo...*»; «*(...) vazio*»; «*não há nada que brilhe, que esteja a piscar, uma pessoa fica um pouco desmoralizada*»; a frase de sempre a propósito dos últimos quinze dias: «*o quotidiano...as mesmas coisas*»; «*Cá estou...*», a resposta de sempre, carregada de esforço na adaptação e com pouco prazer na vida; «*um bocadinho de desânimo, parece que só me apetece é deitar e, de manhã, também sinto mais dificuldades em levantar-me*»; «*Posso dizer que nestes últimos quinze dias predominou o desânimo...*»; «*Ainda pensei em ir visitar umas colegas a P., eu gosto de ir ao Alentejo, de viajar, mas acabei por não ir; pensei então que talvez fosse melhor ir a uma exposição de motos (já não sei onde) e pus-me vou não vou e acabei por não ir a*

lado nenhum...»; «A causa do desânimo é capaz de se dever ao trabalho, de manhã não sinto aquela energia»; «Também tenho continuado a pensar: será que se resolve o problema ou não?»; a propósito do Carnaval: «não gosto sequer de me mascarar, não acho piada nenhuma ao Carnaval, cativa-me tanto como um cigarro»; «não há nada que brilhe, que esteja a piscar, uma pessoa fica um pouco desmoralizada»; continua a emergir a depressão: diz: «sinto-me aborrecido», sempre com dificuldade em expressar os sentimentos, as emoções e os estados de espírito, verbalmente amenizados; acabou por ir ao casamento sozinho: «não sei se irei repetir a experiência...»; «foi engolir em seco»; «vi-me em pé como os empregados de mesa»; «senti que estava tudo a olhar para mim...»; «Estes dias têm sido um bocado dolorosos...»; «Falta de prazer e interesse...»; «noto alguma falta de concentração e falta de atenção...»; «Acho a vida um bocado monótona...»

A resolver o seu momento mais depressivo «Nestes últimos tempos tenho vindo a pensar muito sobre a minha personalidade...»; «(...) não tenho andado muito eufórico...mas continuo bem-disposto...».

No final do teste projectivo Rorschach: «no início estava a pensar no que estava a fazer, mas depois tentei abstrair-me»; «No fundo acho que me obrigou a pensar...era o que eu deveria fazer mais vezes»; «Pensei: tenho de ser natural...é como no escrever, apetece-me escrever mas não sai nada...como aqui, tentei forçar mas não saía, depois tentei deixar rolar e correu bem».

Sobre os desenhos propostos: «raramente apago»; «raramente utilizo cores»; sobre o desenho da figura humana: «pode ser comédia?»

Agora sim, está determinado a completar o décimo segundo ano e continua as explicações particulares duas vezes por semana, com resultados muito animadores que se têm reflectido na confiança geral.

Afirma que gostava de continuar os estudos e, desde já, apresenta duas áreas da sua preferência, *«as áreas em que gostaria de vingar profissionalmente: ou na comunicação social, porque gosto muito de me relacionar com as pessoas, ou no ensino, pois também gosto muito de crianças, de brincar e lidar com elas...sinto que tenho facilidade e sinto que as crianças também gostam facilmente de mim»*.

Para o final, a abrir uma sessão e pela primeira vez: *«Vou bem...»*.

Para o final, já parecia relacionar-se amigavelmente com pessoas diferentes, *«menos fixas»*, e parece já não sentir tanto a ansiedade de se relacionar com novas pessoas: *«vou deixando fluir...já não faço tantos filmes sobre as pessoas e o modo de me relacionar com elas»*.

Refere que os tempos da falta de energia já lá vão: *«sinto-me muito melhor...sinto-me mesmo muito bem»*.

«Ao contrário do meu discurso de há tempos, estou melhor do que nunca, cada vez melhor...posso dizer que me sinto mesmo muito bem».

Ao longo das sessões, aproximadamente um ano, **a relação do Francisco com a actividade onírica** também se alterou. Assim, se **no início não tinha memória dos sonhos**, ao ponto de dizer que: *«não sonho», «nunca sonho, «não dou conta de sonhar»*, **a pouco e pouco foi recuperando**, nas sessões, **memórias oníricas** diversas e cada vez mais consistentes, do passado e actuais: muitos

sonhos de trabalho que tinha dificuldade em concretizar: «...sonhei com qualquer coisa relacionada com o trabalho...»; «Lembro-me de ter sonhado no início da semana...sei que entrava a minha colega de trabalho»; «um sonho sobre família e violência...não sei se era a minha família, não me lembro mais».

Passou mesmo a voltar a sonhar com um típico sonho depressivo, **sonho recorrente da sua infância e adolescência** que, na sua opinião, foi o **sonho que mais o marcou**: «cair no vazio, mas antes de “cair” acordava»; durante este sonho lembra-se que: «(...) tinha uma enorme necessidade de bater com as mãos na cama para sentir base»; «nas alturas é a mesma sensação...»

Mas a memória dos sonhos era agora muito variada: «sonhei que andava com o carro do vizinho...estranho...eu nem sequer o conheço», um vizinho que, por sinal, nem é muito próximo e íntimo.

Para o final das sessões, aparecia e apresentava-se nos seus sonhos com um **duplo papel**: o de **protagonista** e de **observador**, movimento que parece muito significativo.

Praticamente para o final das sessões, sobre o ritmo do sono: «voltou ao antigamente...pode-se dizer que durmo bem...está superado esse problema».

4.2.3. SÍNTESE CRONOLÓGICA

CASO FRANCISCO, 22 ANOS

IDADE	ACONTECIMENTOS DE VIDA
0 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Nascimento em W. no ano de 1979. - Filho desejado: «os meus pais queriam um rapazinho...tiveram sorte».
1 Ano	<ul style="list-style-type: none"> - Mãe vivia angustiada com ausências do pai e o perigo da sua profissão. - Cólicas abdominais frequentes (hospital) - Com pouco mais de um ano de idade, começou a revelar-se o problema da asma alérgica - Com um ano e meio de vida o Francisco começou a usar óculos: «Eu sofri de estrabismo e estigmatismo praticamente desde que nasci (...) uso óculos desde muito cedo...um ano um ano e meio».
2 - 6 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Cólicas abdominais frequentes (hospital) - Grande medo da água: «Aos 2/3 anos, não gostava de água, tentavam por todos os meios mas eu não ia...». - Recorda que a sua mãe vivia muito preocupada e assustada com as crises de asma, muitas vezes pegava nele e tinha de levá-lo para o hospital, onde foi internado umas quatro ou cinco vezes:«estes internamentos devem somar cerca de 1 ano da minha vida ...fora todas as outras vezes que tive de recorrer ao hospital, mas sem necessidade de internamento...»; «(...) chateava-me mais o hospital do que propriamente a asma»; «(...) recordo-me de me retrair muito em certas actividades e sempre que me excitava, um bocadinho mais, ficava pior e a asma aparecia (...) por exemplo, gostava muito de jogar à bola, mas cada vez que me excitava ficava com asma». - Varicela, rubéola, alergias e muitos problemas nos rins que motivaram várias consultas de nefrologia; problemas na ritmicidade. - Durante a sua infância o seu pai, devido à idiossincrasia da profissão, ausentava-se sistematicamente de casa: «durante temporadas variáveis...quinze dias, três semanas e quatro ou cinco meses estava fora».
6 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - O Francisco entrou para a escola ainda em W. - Logo desde cedo, já tinha um «problema com as alturas»: «quando era pequeno recordo-me que quando subia às árvores para cima estava tudo bem, mas para baixo é que era o problema...por vezes, acabava por encontrar uma parte da árvore onde me sentia mais seguro e em vez de descer atirava-me logo...»
7 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de residência, nova escola, novos colegas: «não fiquei triste, bem pelo contrário...até achei piada, gostei muito, coisas novas...» - Nascimento da irmã mais nova. - “Desaparecimento” da asma: «(...) foi um grande alívio»

<p>9 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Médica disse que tinha «stress da escola». - «Nessa altura perdi a vontade de brincar e perdi a dinâmica, ninguém sabia o que se passava: urinava na cama, emagreci substancialmente, perdi o apetite...praticamente só bebia leite, pegaram-me novamente ao colo e levaram-me para o Hospital de Z., de onde segui para o Hospital de Santa Maria», resultado: Diagnóstico de Diabetes Mellittus Tipo 1 (insulino dependente) com internamento de 3 semanas. - Auto-administrou a insulina desde cedo: «A minha mãe é uma pessoa muito nervosa...nos primeiros tempos era a minha mãe quem ficou com a responsabilidade de me dar as injeções de insulina, mas ela tremia tanto que não me conseguia dar as injeções (...) com os nervos, cada vez que a minha mãe ia dar-me uma injeção picava-me todo...»
<p>10 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problema cardíaco: «parece que foi depois da diabetes (...) é um problema normal, uma em cada cinquenta pessoas tem esse problema (...) foi descoberto um pequeno defeito na válvula mitral...mas não cria problemas nenhuns... está tudo bem...» - Morte do avô materno: «ele sofria de diabetes e foi acometido de várias trombozes.» - Segundo o F., o seu médico diabetologista diagnosticou-lhe depressão.
<p>12 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Operado ao estrabismo: «focava alternadamente os objectos»; «Andei com o olho tapado durante muito tempo»; «Depois da operação baixei as dioptrias».
<p>16 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refere o início de práticas masturbatórias. - Faleceu o seu avô paterno vítima de cancro nos intestinos
<p>16 -17 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiro namoro, uma relação de 4 anos. - Dores de cabeça e dores nas costas
<p>19 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dores de cabeça e dores nas costas - Diagnóstico de hipertensão ao pai.
<p>20 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primeira relação sexual com a namorada, 3 anos depois do início do namoro: «Foi com a minha primeira namorada, há cerca de 2 anos, essa primeira vez as coisas não correram muito bem, tal como agora, continuo com o mesmo problema de ejaculação precoce (...) uma ejaculação muito rápida...de 2 ou 3 minutos...muitas vezes a ejaculação dá-se ainda na fase dos carinhos...». - Recorre ao "Viagra" por quatro ocasiões, mas as dificuldades persistem. - Dores de cabeça e dores nas costas - Refere o aparecimento de manchas, borbulhas e nódulos nas pernas.
<p>21 Anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Deixou de estudar. - 1.º emprego num centro comercial. - Termina namoro de 4 anos, mas ficam amigos: «Esse namoro terminou mas conseguimos manter uma boa relação, somos amigos...há pessoas que rompem definitivamente, deixam de se falar e isso, mas eu acho importante resolvermos as coisas de outra maneira...se posso continuar a ser amigo dela porque não...acho melhor assim...ela até me pergunta, de vez em quando, se estou melhor do meu problema...». - Mudança de emprego, para outra casa comercial mas com horário normal.

	<ul style="list-style-type: none"> - Começa a namorar a S., 2 anos mais velha e poucos meses depois inicia relacionamento sexual: «(...) <i>no primeiro namoro foi só no 3º ano...no segundo namoro foi ao fim do terceiro ou quarto mês...</i>»; - Dores de cabeça e dores nas costas. - A sexualidade com esta nova namorada também não corre bem: «(...) <i>temos uma boa relação, ela é muita minha amiga, compreende-me e tenta ajudar-me; diz-me para eu não me preocupar muito com a situação porque há-de passar</i>».
22 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - É diagnosticada asma à irmã mais velha, de 27 anos. - Em Novembro de 2001 inicia a sua participação na presente investigação. - A grande queixa da sua vida focaliza-se quase exclusivamente na dimensão da sua sexualidade: «<i>estou com um problema do foro sexual e já tinha dito isso à sua colega de Santa Maria...tenho ejaculação precoce...falámos muito deste assunto e ela fez-me muitas perguntas...perguntou-me se me masturbava e desde que idade (...) não encontro explicação para este meu problema...em todas as outras coisas da vida costumo resolver tudo bem...se não corre bem à primeira não há problema, pois de certeza que nas oportunidades seguintes vai correr melhor...aqui não, tento mas não consigo...tento até não ligar porque há coisas bem mais importantes na vida...mas também é chato...ter sempre este problema a perseguir-me...</i>»; «<i>Foi com a minha primeira namorada, há cerca de 2 anos, essa primeira vez as coisas não correram muito bem, tal como agora, continuo com o mesmo problema de ejaculação precoce (...) uma ejaculação muito rápida...de 2 ou 3 minutos...muitas vezes a ejaculação dá-se ainda na fase dos carinhos...</i>». - Condução de risco; é muito potente ao volante do seu automóvel - Razoável controlo da diabetes. - Anedonia - Alexitimia - Apresenta dificuldades na cicatrização. - Dores de cabeça e dores nas costas. - Não tem memória dos sonhos. - Perturbação do ritmo sono-vigília; sono não reparador - Baixa a euforia, emerge o buraco depressivo...
23 Anos	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora controlo da diabetes - Apesar de ainda evitante, começa a conflitualizar. - Condução automóvel menos arriscada. - Já consegue fazer explosões de agressividade. - Já tem memória dos sonhos. - Termina a relação com a namorada, mas na prática não consegue separar-se dela: «<i>continuo a almoçar com ela, pois doutra forma ela almoça sozinha</i>»; - Afinal, a ejaculação precoce pode ser mais um problema de falta de erecção. - Voltou a estudar: prepara-se para os exames do 12.º ano como aluno

	<p>externo.</p> <ul style="list-style-type: none">- As conversas exploratórias sobre a sua sexualidade evidenciam a necessidade de ser circuncidado, urgência confirmada, mais tarde, por urologista.- Intervenção cirúrgica está marcada.- Termina definitivamente com a namorada.- Melhora ritmicidade e regula sono-vigília
--	--

4.2.4. RORSCHACH

A aplicação deste instrumento de recolha de dados foi aparentemente ameaçadora para o Francisco, a apreciar não só pelos conteúdos mais à frente avaliados, mas também por outros índices não avaliados formalmente, como o ar apreensivo, a rigidez muscular, as resistências e a inibição psicomotora que revelou.

No final, sobre o teste verbalizou estes conteúdos, significativos, diga-se: *«no início estava a pensar no que estava a fazer, mas depois tentei abstrair-me»; «No fundo acho que me obrigou a pensar...era o que eu deveria fazer mais vezes»; «Pensei: tenho de ser natural...é como no escrever, apetece-me escrever mas não sei nada...como aqui, tentei forçar mas não saía, depois tentei deixar rolar e correu bem».*

Da **análise ao psicograma** podemos destacar, no essencial, **um número baixo de respostas em contraste com o tempo total do protocolo**, elevado, índice que parece atestar o impacto forte, as **resistências e as dificuldades na subjectividade** criadas pelo material.

Também a **grande percentagem de respostas globais em comparação com a pequena percentagem de respostas de detalhe**, e a inexistência de outros modos de apreensão, evidenciam, entre outros, os **altos índices defensivos mobilizados** no protocolo, uma aparente **ausência de curiosidade face ao material** que geralmente se faz acompanhar por uma ausência de curiosidade face à realidade interna do sujeito ou, pelo menos, mostrar o **desejo de não se**

entregar, nem se revelar ao outro (Chabert, 1998), movimentos defensivos que, no geral, sublinham a grande mobilização do **recalcamento**.

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

Na mesma linha, as **baixas percentagens de F%, F+% e F+0/a** parecem denunciar a **diminuição da vigilância perceptiva** e uma **grande dificuldade na adaptação ao real e à mudança**.

Por sua vez, o TRI **extroversivo misto** contrasta com a fórmula **complementar**, valor que aponta para um conflito interno entre o latente e o manifesto, ou seja, um tipo de funcionamento psíquico caracterizado por **conflitualidade interna acentuada, vulnerabilidade, novamente dificuldades de adaptação a novas situações** e, por vezes, **agressividade**.

Por fim, os comentários do Francisco ao longo do protocolo, nomeadamente no que diz respeito à **cor, simetria e crítica subjectiva das manchas**, parecem indiciar uma **elevada sensibilidade às características perceptivas das manchas, ao impacto dos estímulos** que, a todo o custo, tenta diminuir, quase sempre pelo **isolamento do afecto das experiências vividas**.

Em suma, dos principais balanceamentos do protocolo, sublinha-se a **dificuldade na identidade, a dificuldade em conflitualizar, os evitamentos**

que sugerem uma **organização de tipo fóbico**, a **atitude pouco exploratória**, o **apelo ao recalçamento**, a **agressividade contida**, a **depressividade**, o **embotamento afectivo** e a **pobreza de vida criativa e imaginária**.

De seguida, procurar-se-á concretizar uma breve análise do protocolo, cartão a cartão.

PRANCHA I

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

Nas respostas do Francisco parece emergir o **contacto com o estranho**, o **desconhecido**, a **ameaça**, **conteúdos modelados por uma depressividade** e **uma sensibilidade à cor escura**.

Da mesma forma, parece perceber uma **insegurança primária**, uma **ligação à noite intimidadora** - as **aves ameaçadoras** que se movimentam na **escuridão**, o **medo infantil do escuro**, os **fantasmas** que surgem à noite, no **limite**, o **arquétipo da angústia e medo de morte** - **aflição** que, de imediato, remete para a **simetria**, como que a evitar a **descompensação** motivada por este tipo de confronto.

PRANCHA II

Este segundo cartão está associado à sensibilidade psicoafectiva do sujeito, nomeadamente pela presença da cor vermelha. Também a idiosincrasia da imagem no alto e baixo dá ao cartão um cariz bissexual.

Relativamente à prancha I há uma evolução da resposta - **introduziu a relação**. O toque parece dar conta da sensorialidade, do significado da **relação precoce mãe-bebé**.

Mais do que ignorar, **evita o vermelho e as emoções por ele desencadeadas**. O seu sistema psicoafectivo, a sua almofada emocional, não parece ser suficientemente forte para pensar estes estímulos, assim desvia-os, evita-os.

Centrou-se no aspecto bilateral da prancha, movimento que remete para **modalidades de identificação na relação em espelho**, avaliação reforçada pelo comentário de simetria - **mãos unidas, ligação fusional**.

PRANCHA III

Sublinha a relação. Representa a parentalidade.

Novamente as mesmas modalidades de identificação expressas na prancha anterior, a **identificação sexual** essa é que parece pouco presente - «*duas pessoas*».

Evita, mais uma vez, os vermelhos, talvez porque suscitam angústias ainda por nomear. Observa-se, novamente, uma persistência ao nível das

simetrias - **relação em espelho, dificuldade na construção de um corpo próprio.**

Também a **relação propriamente dita não existe**, apenas duas pessoas viradas uma para a outra. Comentário cor repetitivo denuncia e traduz forte sinal depressivo – a **depressividade** já falada.

PRANCHA IV

Representa a autoridade.

Não chega a ser uma resposta, é uma **recusa** após longos segundos (1m53s) de confrontação com o material. Apresenta **forte inquietação e angústia**, apenas comentários de simetria, não consegue lidar com a angústia que emerge porque o material é inquietante, não conseguiu reagir, parece projectar também as suas dificuldades na prancha. Os sinais de repetição podem denunciar as dificuldades de separação e da diferença e muitas vezes são expressos na **sexualidade** (por exemplo, masturbação compulsiva).

Diz que não gostou deste cartão porque o fez pensar menos, provavelmente **fê-lo sentir tanto que lhe tolheu o pensamento, clivando-o dos afectos.**

Finalmente, introduz o **conflito** na relação, o conflito na relação com a figura de autoridade quase sempre representado pelo conflito com a figura parental.

Diz que tem de resolver o conflito primeiro com ele: «*Qualquer conflito que possa existir, primeiro resolver connosco próprios e só depois com os outros.*»; efectivamente, parece tratar-se de um conflito primário ainda por resolver – **falha narcísica.**

PRANCHA V

Cartão que traduz a adaptação à realidade e ao mundo onde o sujeito se representa.

Resposta morcego revela **integridade e unidade do Eu**, ou tendência a evitar a dissociação. Regressa à **relação com o próprio.**

Liberdade na escuridão pode indiciar a dificuldade em fazê-lo às claras, não é uma liberdade plena, conteúdo típico, por exemplo, do funcionamento perverso, só consegue afecto num mundo marginal e alternativo; muitas **dificuldades na adaptação** a esta realidade, dificuldades ancoradas na relação (afecto), diga-se.

Novamente a preocupação com a simetria, com a simetria do próprio por um lado, por outro com o factual. É desgastante a sua forma de estar, a tentar reduzir um tormento constante de ameaças, mas consegue à custa de muito trabalho – **é um falso adaptado.**

No resto, respostas idênticas à prancha I: diferença ameaçadora; **identidade difícil**; oscilação, **instabilidade e ambivalência** e cor a revelar **traço depressivo - falha básica.**

Foi dos cartões que mais gostou porque é uma prancha organizadora, das mais compactas e concretas – **o confronto com o subjectivo é que é o problema**, quando ele é reduzido, é mais objectivo, sente-se mais seguro.

PRANCHA VI

Apela a referências sexuais.

Transição entre pranchas: **2 máscaras sem relação** – centra-se em si, a **sexualidade** parece ser vivida com angústia, pois nega-a.

Evidencia novamente a **relação em espelho**, vê duas máscaras, uma virada contra a outra - a **máscara** no lugar do rosto, da pessoa; a máscara é um conteúdo de **desvitalização**, por não conseguir ser aquilo que gostaria, a desresponsabilização da sua própria face ou **identidade**, a **quase anulação** – sim, porque por detrás da máscara existe qualquer coisa.

Também parece revelar **dificuldades na organização espacial** – uma virada contra a outra.

A **agressividade** está presente, a **dificuldade na relação com o outro e em especial na relação sexual**, atendendo à simbólica da prancha, muito pressionado - ignora o conhecido estímulo sexual da parte superior da prancha; centra-se na parte inferior, dá-lhe um carácter humano.

PRANCHA VII

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

*«Algo que, por um lado permite a entrada de alguma coisa, tem uma abertura, mas, por outro lado não permite a entrada de algo, está fechado», parece a **formulação projectiva do impasse: permite mas não permite!**; a **relação precoce** também foi assim, tal como hoje a sua **sexualidade**.*

Transição entre pranchas: **sexualidade**.

Mente operatória, rigidez, depressão falhada: *«as coisas que já estão muito bem na vida não se alteram»*, **nega o sofrimento, isola o afecto; angústia grande perante a diferença, só concebe o que é igual. Esta união sublinha e projecta a relação fusional primária; nunca revela subjectividade – falha básica.**

PRANCHA VIII

Mundo exterior e rede social e relacional.

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

A **depressividade**. A audição como elemento evocado na relação mãe-bebé - *«Desânimo nestes últimos dias, como a ouvir música...tem de ser gradualmente a tentar inverter o estado de espírito.»*

Aparece, finalmente, a sensibilidade à cor, mas logo de forma amplificada, como se sabia. Esta **reação à cor dá conta do seu lado emocional e**

contacto com os afectos, reacção excessiva que parece denunciar a perda de controle com respostas de conteúdos anatómicos - angústia de fragmentação/identidade.

Permanece o recurso à simetria, sempre o banal como fuga aos afectos. As cores - «(...) não me obriga tanto a raciocinar...» obrigam ao confronto com as emoções que não sabem ser pensadas.

PRANCHA IX

O penúltimo cartão apela ao confronto com o próprio e com os outros e o mundo exterior a si.

Parece confirmar-se as grandes **dificuldades em dar sentido às emoções e em verbalizar o seu sentir - alexitimia**. Fica-se pela sensação visual. Os afectos desligados das vivências.

PRANCHA X

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

Movimento repetitivo: **defende-se das emoções e da invasão dos afectos**. Novamente a **alexitimia**. Dificuldade na separação, é o início e não o fim: «(...)uma base ou um início que a partir do qual começa qualquer coisa.».

Nota: a partir da prancha IV (conflito com a figura de autoridade) fecha-se sobre as suas emoções às quais não consegue dar um nome. Falha narcísica torna-se mais visível a partir desta prancha, até ao final.

4.2.5. DESENHO LIVRE

Em primeiro lugar, para um desenho livre, **parece uma criação pouco criativa, reveladora de um imaginário tolhido na sua fruição.**

Depois a **matriz pouco relacional** do desenho, aparentemente um **movimento projectivo** que parece traduzir um **evitamento à relação, à interacção, a fuga à troca de afectos, ao confronto com o outro, com a diferença, às emoções e afectos que não sabem ser pensados, ao sofrimento.**

A escolha de uma planta, de uma **vida vegetal isolada** pode ser um conteúdo de análise muito interessante, em torno, por exemplo, da **projectão da desvitalização.**

Ao nível dos **conteúdos principais**, o desenho parece projectar uma **realidade psicoafectiva pobre** – o isolamento visto como equivalente da pobreza e da ruína, não há relação, não há trocas não há riqueza; a falta de elementos de vida humana mais animada, parece revelar a dificuldade em lidar com as emoções e os afectos.

Assim, pode dar-se uma espécie de *«vazio traumático»*, por **falta de experiências efectivamente vividas** (Coimbra de Matos, 1990).

Por outro lado, o **funcionamento vegetal caseiro** também pode traduzir a **necessidade de dependência**, da presença de um cuidador, da **falta de autonomia.**

Apresenta, ainda por cima, a planta, um ar de mal amada e como que abandonada, desamparada, com **dificuldades no seu crescimento**, torta, pouco apelativa e com uma inclinação não desejável, de mau prognóstico, diga-se.

Também a escolha do lápis de carvão, entre muitas outras opções disponíveis, pode **expressar projectivamente a palidez da sua vida**, uma realidade a preto e branco, o viver descolorido, a depressão latente e larvar, a **depressividade** (Coimbra de Matos, 1990).

Relativamente à **localização do desenho na folha**, ao **tamanho do desenho** e **inclinação** que apresenta, notam-se dificuldades ao nível da organização espacial - vaso perdido no espaço, sem referências.

Apesar da tentativa notada, é um **desenho sem perspectiva**, ou seja, uma **criação lisa da realidade, pálida**, sem **tridimensionalidade**, tudo é reduzido ao mesmo, ao igual. Quanto a outros aspectos gráficos, o traçado é leve, envergonhado, inseguro, pouco definido.

Desenhos com plantas dentro de potes ou vasos são encontrados em crianças com distúrbios sexuais (Campos, 1996).

4.2.6. DESENHO DA FIGURA HUMANA

Na linha do desenho livre, o desenho da figura humana parece constituir-se como um **movimento projectivo muito rico**, nomeadamente ao nível da **identidade** e da **projectão corporal** do Francisco. Também a **passividade**, a **dimensão do desenho** e a **opção cor**, descolorida e pálida estão mais uma vez presentes.

A **escolha apenas do rosto, da cabeça é paradigmática**, apetece perguntar: onde está o corpo deste rosto e desta cabeça, porque está separado, porque não está presente?. Assim, procura-se um corpo que escapa desta cabeça, na dificuldade de concretizar uma figura humana inteira limita-se à cabeça, ao rosto, clivado do corpo - a **dificuldade na representação corporal**, a **dificuldade na projecção das coordenadas corporais**.

Recorde-se o fundo alérgico e a doença asmática do Francisco. Muitos estudos em psicossomática apontam para a **problemática do rosto no psicossomático**, nomeadamente no **adoecer asmático** - a importância da **identidade**.

Dentro da escolha principal, a opção por um rosto e uma cabeça de uma **figura estilizada e pronta a usar** - novamente a dificuldade na identidade -, na circunstância uma bruxa/bruxo, sem sexo definido, em todo o caso uma figura velha, com **pouca vitalidade**, mais uma vez sem dar mostras de se **relacionar**,

também porque se apresenta de perfil, opção na apresentação do rosto que dificulta o face a face.

Por outro lado, acentuam-se as **dificuldades na projecção das coordenadas corporais**, um desenho novamente isolado, perdido, suspenso no ar, sem corpo, embaraço que se pode, porventura, explicar pela **ausência de referências e coordenadas internas**.

Deste modo, ao projectar no desenho apenas o rosto – a **importância do rosto** – e a secundarizar, ou mesmo anular a projecção do seu corpo, pode indiciar **complicações na organização espacial**, ao nível do corpo próprio, das coordenadas corporais internas, situação que parece reenviar para a existência de um **superego corporal** que dita as suas referências e coordenadas corporais (*Sami-Ali; 1992*).

Voltando à figura, a outros conteúdos por ela sugeridos, pensamos também uma espécie de **fantasma omnipresente**, a internalização de um mau objecto, com um traço persecutório - olhos grandes que perseguem - boca enorme – relevando a oralidade -, esta última desenhada como se o rosto estivesse de frente e não de perfil - mais uma vez, a dificuldade na organização espacial.

Ou então estamos na presença de uma **máscara**, onde se esconde uma identidade frágil, problemática, à procura de ser construída ou reconstruída – atrás da máscara esconde-se sempre qualquer coisa, por isso, mesmo que incompleta, existe identidade.

Por fim, uma pequena nota para um nariz de cariz marcadamente fálico, grande, por sinal verrugoso, defeituoso, pouco estético, certamente pouco funcional, no fundo, desadaptado, interpretação subjectiva que remete para a sua **sexualidade**.

4.2.7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO CASO

Da análise dos elementos recolhidos pelos instrumentos utilizados – entrevista clínica, *Rorschach* e desenhos – a sinopse do caso Francisco pode ser feita na linha das interpretações anteriores.

Tal como se pode observar ao longo da apresentação e discussão de resultados que foram sendo feitas, este segundo caso afigura-se-nos, também, com um **cariz psicossomático** e, de tal forma são as semelhanças com o primeiro, no essencial do seu funcionamento, que procuraremos evitar a repetição em torno de dimensões e conceitos já muito vezes referidos, como, por exemplo, a **relação precoce, a ritmicidade, a falha narcísica, a autonomia, a identidade, a subjectividade, a conflitualidade, a passividade, o conformismo, a sexualidade, a agressividade contida, a alexitimia, a ansiedade, o traço fóbico, o embotamento afectivo, o recalcamento, o imaginário pobre, a depressividade, a depressão falhada e o sonho falhado.**

Naturalmente, se o estudo deste adoecer orgânico encontra **muitos denominadores comuns** com o caso anterior, importa não esquecer que a *diabetes mellitus* tipo 1 implica o **sistema imunitário**, ao contrário da *síndrome de Cushing* e a sua relação com o sistema endócrino, relevando tudo aquilo que esta diferença encerra.

Mas, de acordo com os resultados e a sua análise, **estes dois casos específicos de adoecer somático** – nestas duas pessoas, repita-se – apresentam uma lógica idêntica e sentidos análogos.

Assim, a **diabetes mellitus tipo 1**, formatada na sua componente de **auto-imunidade**, na **importância dos factores ambientais** e na **sensibilidade que apresenta aos efeitos do stresse** pode – num quadro biológico e relacional, muito interactivo, como aquele que se tentou apresentar – ser pensada, também, por esta lógica.

A este propósito, recorde-se, antes do diagnóstico de diabetes a assistência médica no hospital de Z. identificou níveis de tensão muito elevados, curiosamente intitulados como «*stress da escola*», segundo o testemunho e memória do Francisco.

No fundamental, a **resposta de stresse**, modelada, primeiro, pela fase neurovegetativa simpática e, a seguir, pela fase mais tardia do eixo hipotálamo – hipófise - supra-renal, **poderia precipitar o processo auto-imune que configura a doença** (Góis, 1999).

Algumas investigações têm vindo a apontar para acontecimentos de vida significativos prévios ao diagnóstico – como, por exemplo, perdas familiares importantes ou situações psicoafectivas traumáticas -, mas algumas fundamentadas críticas aos estudos não têm permitido validar esses resultados (Góis, 1999).

Porém, parecem existir **características qualitativas do stresse associadas à doença** – como as perdas em determinadas alturas do desenvolvimento, por exemplo entre os cinco e os nove anos. Actualmente, «(...) *prevalece a tendência para a mediação etiopatogénica ser considerada de natureza viral ou alérgica em terreno*

geneticamente vulnerável, desencadeando ou agravando o processo auto-imune.» (Góis, 1999, p. 56).

Da observação ao elementar genograma do Francisco (anexo, 9), nota-se a doença apenas no avô materno, registo que não parece suficiente para falarmos numa carga genética forte.

Ao certo, atendendo à etiopatogenia deste tipo de diabetes, marcada pela auto-imunidade, pode-se dizer que se o sistema imunitário estivesse a funcionar saudavelmente mesmo os factores de natureza infecciosa poderiam não ser suficientes para a emergência e instalação da doença.

Assim, as investigações atinentes às razões da quebra do sistema, que originalmente nos devia defender das agressões, não se devem furtar ao estudo do *“enigma”* em multidisciplinaridade - procurando **compreender especificamente o adoecer somático** do Francisco, de acordo com os referenciais teóricos anunciados, este trabalho pretende justamente dar esse contributo.

A terminar, no respeito pelo original, optou-se por concretizar este remate com um **poema manuscrito pelo Francisco**, por altura da quarta sessão, amavelmente oferecido por ele - e, mais tarde, autorizado para este efeito -, sem dúvida a **melhor síntese da transversalidade e dinâmica viva dos principais conceitos aludidos e que ajudam a compreender a sua realidade e o seu funcionamento.**

*Mais um dia passado
mais uma página virada
d'um livro mal começado
onde não se conhece o fim
onde não se passa nada...*

*Um livro que fala de mim
daquilo que já passei
um livro que fala de ti
e de muitas coisas mais
tantas que já nem sei
nem sei por onde começar
mas começar o quê?*

*Se não há nada p'ra contar
a não ser de que gosto de escrever
à noite antes de me deitar
que tento entender
o porquê do mundo gerar
que gosto muito de viver
e faço intenções de continuar.
De continuar o que comecei*

*de descobrir o que não sei
entender o que sonhei
de não desistir do que tentei.*

De não desistir...

*Tão fácil de escrever
muito mais de o falar
mas na altura de o fazer
as forças começam a faltar.*

*Forças que nunca tive
mas me diziam que sim
bastando p'ra isso acreditar
não nos outros, mas em mim.*

*Assim até pareço especial
especial não sou, sou diferente
mas diferente é qualquer um
naquilo que vive
naquilo que sente...*

*E o sentir, chegar a tocar
o insistir p'ra alcançar
o não ter medo de perguntar*

são tão fáceis, basta tentar.

Sim, porque tudo aquilo

que faz de nós alguém

tudo o que tenho dito

e que tento fazer também

estão ali, mesmo à mão

basta a tal página virar.

O que esperamos então?

Temos que nos despachar

a vida é uma distração

e quando menos damos por isso

o livro está a acabar.

Mas tudo aquilo que acaba

há-de tornar a começar

muda o figurante e a cena

mantém-se o palco

seja drama ou comédia

e o pano toca a levantar

o nome da peça, é o mesmo

chama-se vida

*e o público está a aguardar
tanto pode sorrir e aplaudir
como chorar e desgostar
é normal que assim seja
ninguém sabe a vida de cor
há que saber improvisar.
Improvisar até um ponto
em que paramos p'ra pensar
contamos todas as vezes
em que o sol se pousou
e se tornou a levantar
até que nos apercebemos de...

Mais um dia passado
mais uma página virada
d'um livro mal começado
onde não se conhece o fim
onde não se passa nada...*

Francisco

Poema não intitulado, 30 de Novembro de 2001, 4h53



CONSIDERAÇÕES FINAIS

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem certezas e com muitas interrogações, parece-nos interessante finalizar este estudo em torno de um breve exercício funcional, em concreto, identificar as **dimensões mais comuns que atravessam os dois casos** agora estudados, resultado que, de alguma forma, **pode ajudar a pensar e a retratar o funcionamento psicossomático e a personalidade psicossomática.**

Procuraremos ser breves e directos para não cair no verborreico e no repetitivo. Assim, a partir de uma espécie de análise de conteúdo, temática ou categorial, apresentam-se, de seguida, as **principais dimensões**, ou constructos dela decorrentes, que **parecem inscrever-se nos dois casos em reflexão**, a saber:

- **Relações precoces.** Em bom rigor, esta dimensão parece assumir uma justificada importância. Nos nossos casos, sobressai uma relação objectal primária pouco satisfatória, com contínua desvalorização do self, que obstaculizou a construção identitária, a autonomia e a confiança;
- **Mãe omnipresente.** Funcionando de uma forma fusional parece dificultar ou mesmo reprimir os movimentos de separação e individuação dos filhos, aparecendo com uma estrutura de cariz histriónico, afectiva, é certo, mas excessiva e fusional, (Coimbra de Matos, 2003). Emerge como personalidade também ela depressiva, ansiosa, excessivamente simbiótica, superprotectora, em que o filho é visto como uma parte ou prolongamento de si;

- **Ritmidade.** Decorrente da relação precoce, onde muitas funções biológicas são modeladas e mediatizadas por um cuidador materno, este não só não consegue sincronizar os ritmos do bebé, como se sobrepõe a ele na construção dos seus ritmos biológicos e relacionais, dificultando, assim, a construção de um corpo próprio, de uma identidade, no fundo, de um ser único e especial; nestes dois doentes notaram-se alterações na perturbação do ritmo sono-vigília, com insónia e dificuldade em conseguir um sono reparador; o ritmo é uma condição indispensável para a iniciação da actividade onírica que, por sua vez, se liga às noções de espaço e de tempo, parâmetros fundamentais da organização psicossomática;
- **Falha básica.** Falha ao nível da construção das matrizes primárias de constituição de um self e de bons e estáveis objectos internos;
- **Recalcamento caracterial.** O verdadeiro trabalho do recalcamento consiste em reduzir ao idêntico o que contradiz o idêntico; reduzir o “*ser*” ao que “*deve ser*” e todo o “*ser*” a um “*único ser*”, indiferentemente eu ou outro, ambos conformes ao que deve ser. Todas as situações são quantitativamente diferentes e qualitativamente idênticas (Sami-Ali, 1992); «(...)o *afecto desligado da representação da experiência vivida, a difundir pelo somático, perturbando o funcionamento do organismo, causando a disfunção/lesão orgânica episódica ou perturbação somática crónica.*» (Coimbra de Matos, 1990);
- **Conformismo.** Evitar qualquer conflito e qualquer divergência, como se o outro fosse eu e devesse ser eu, ou seja, a dificuldade profunda em ser diferente, em introduzir o negativo (Sami-Ali, 1992);

- **Subjectividade.** Sem subjectividade é o banal que se instala, é qualquer coisa sem sujeito;
- **Depressividade.** «Traço de personalidade constituído por uma depressão latente e larvar com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva.» (Coimbra de Matos, 2003, p. 33);
- **Depressão falhada.** Depressão não organizada mentalmente, uma depressão sem objecto, expressa apenas na dimensão biológica em desregulação (Coimbra de Matos, 2003);
- **Grande necessidade de ser gostado.** A enorme necessidade de ser reconhecido e gostado leva à anulação; outras vezes, anula-se para evitar o conflito à intolerável diferença e subjectividade;
- **Vida onírica pobre.** Em sonhos, muitas vezes, procuram-se alternativas, emergem soluções e resolvem-se problemas. O recurso ao imaginário permite elaborar a situação de crise através da actividade projectiva e os movimentos projectivos parecem acompanhar-se de um reforço imunitário, pelo contrário, a repressão ou interdição do imaginário parece criar condições favoráveis ao adoecer somático;
- **Conflitualizar.** Ser capaz de assumir o conflito implica assumir a diferença;
- **O Impasse.** Conflito sem saída;
- **Falsa Adaptação.** O sujeito psicossomático parece hiper-adaptado, mas vive mal num sobre-esforço adaptativo - não vive, sobrevive **muito adaptado**;
- **Sexualidade.** Muitas dificuldades na relação íntima. Deslibidinização;

- **Agressividade Contida.** Em resultado da dificuldade em conflitualizar, da incapacidade em deprimir e da falência no sonhar, tanta frustração traduz-se em agressividade que, por sua vez, na impossibilidade de ser liberta por via, por exemplo, comportamental, acaba por explodir no interior (implosão), concretizando-se a auto-agressão corporal, a lesão orgânica, a doença somática;
- **Anedonia.** Não tiram prazer da vida;
- **Alexitimia.** Não verbalizam, não conseguem expressar os afectos e as emoções, quem fala é o corpo, é um “*acting-in*”;
- **Traço Fóbico.** Apresentam alguns medos e mesmo evitamentos. Ansiedade e preocupação excessivas;
- **Hipervigilância.** São muito observadores porque estão sempre a identificar o perigo, a tentar reduzir a ameaça, nomeadamente o medo de não ser gostados, assim procuram saber o que os outros gostam para os agradar;
- **Projecto.** Não existe um verdadeiro projecto no sujeito psicossomático;
- **Relação.** A dimensão mais importante. O afecto. Ao acedermos às suas histórias e funcionamentos percebemos que nas suas casas e famílias praticamente não há relação;
- **Identidade.** Eu consigo ser eu face ao outro diferente de mim.

Com efeito, os nossos sujeitos parecem confirmar as características gerais frequentemente anunciadas no funcionamento psicossomático: um

pensamento orientado para o real e para o utilitário, que torna a vida pálida e sem prazer, com pouca consistência dos objectos internos, recorrendo a um discurso com pobreza afectiva, manifesto desinteresse e passividade, um funcionamento imaginário árido e claro empobrecimento da vida onírica, com falsa adaptação social e dificuldades ao nível da identidade e em frequente «hemorragia narcísica» (Coimbra de Matos), com a conseqüente perda de auto-estima.

Parece ser esta **mente de tipo operatório** que não é capaz de criar e de sonhar e, nem sequer, de deprimir, que parece **apelar frequentemente ao corpo como alternativa de eleição ou de recurso para a expressão das suas angústias relacionais e biológicas.**

Em suma, são algumas destas características, na sua mais fina interacção, que parecem na origem da **resposta inadequada às situações de stresse** observada nos dois casos desta investigação: *«Esta ausência de adequada e oportuna reacção psíquica à insuficiente resposta ou agressiva manipulação do meio humano (mundo objectal), ou seja, o não funcionamento da “almofada psicoafectiva”, sujeita o organismo biológico à acção directa (não amortecida não filtrada) e persistente (pela falência responsiva do self) dos acontecimentos relacionais traumáticos – fragilizando ou mesmo desregulando, pelo impacte excessivo e duradouro da tensão stressante, as funções adaptativas dos sistemas neurovegetativo, endócrino e imunitário.»* (Coimbra de Matos, 2003, pp. 34-35)

No atinente à **intervenção terapêutica**, Coimbra de Matos diz-nos que a resolução analítica sobretudo da **estrutura depressiva da personalidade**,

conduz, frequentemente, a uma melhoria notável da doença orgânica ou mesmo à cura, muito para além dos prognósticos e das expectativas da medicina.

Assim, muitas vezes, na **depressão**, surge a oportunidade de elaborar a dor depressiva, vivência de abandono, a perda, trabalho que bem sucedido pode apresentar ganhos significativos.

Também parece que no momento em que o **funcionamento onírico consegue sair do impasse**, assinala-se uma diversidade sintomática apreciável.

Com esta investigação **tentou-se compreender o específico adoecer somático em dois casos clínicos** que, de acordo com a nossa metodologia e análise de resultados – assume-se o elevado grau de subjectividade – **apontam para os elementos agora arrumados**.

Propositadamente, deixámos para o fim a dimensão da **identidade**, porquanto ela parece ser transversal na problemática do psicossomática.

Afinal, há ou não identidade no sujeito psicossomático?

Será que existiu mas perdeu-se, ou nem sequer chegou a existir?

Pelo material recolhido e analisado, **há identidade** – até porque é difícil conceber o nada -, mas, possivelmente, **uma falsa identidade** – falsa é diferente de não existir - ou uma identidade à procura de **reparação**, ou uma identidade incompleta à procura da sua completude. Muitas vezes estes doentes, nas respostas ao material projectivo dos testes, projectam-se muito na **máscara**,

como se a máscara tomasse o lugar do rosto, mas por detrás da máscara existe sempre qualquer coisa.

Naturalmente, muitas das categorias e características alumiadas apresentam um pendor de **cariz mais relacional** – na linha, de resto, daquilo que foi anunciado e previsto – mas com a **inevitável inscrição na esfera biológica**.

Outra observação que se pode fazer notar, com toda a legitimidade, diga-se, é a **ocorrência destas mesmas dimensões em outras personalidades que não as chamadas psicossomáticas**.

Estamos certos que é isso que acontece, não em todas em simultâneo, mas certamente dispersas pelos vários tipos – até porque, como sabemos, **não existem personalidades, organizações ou funcionamentos puros**. Em todo o caso, de acordo com os anunciados objectivos do estudo, importava tentar compreender se existia alguma espécie de **“enquistamento”** nos adoecer somáticos em análise e é esse **“mal”** que agora demos conta de uma forma que pretendemos mais arrumada e sistematizada.

O método clínico de estudo de caso, nomeadamente na sua versão de **estudo aprofundado em relação**, como procurou ser esta investigação, possibilita **“apanhar”** e trabalhar material clínico que de outra forma não seria possível recolher.

Contudo, naturalmente, não dispensa outro tipo de pesquisas – nomeadamente trabalhos com **metodologia** de teor mais **experimental**, também

fundamentais na investigação em psicossomática - que possam **confirmar ou infirmar resultados, ajudar a construir o acervo científico** sobre este complexo “*quebra-cabeças*” que é o adoecer humano, continuar a **levantar novas interrogações** de pesquisa e, acima de tudo, **enriquecer e melhorar a qualidade da resposta terapêutica.**

Com uma metodologia mais qualitativa ou mais quantitativa, importa produzir saber que nos ajude, cada vez mais, na **intervenção psicossomática** e até mesmo, na **prevenção psicossomática.**

Finalmente, como se pode observar, a grande maioria das dimensões ou teorizações agora sistematizadas resultam da reflexão e do sentido produzidos a partir das duas principais referências teóricas que nos conduziram - *Sami-Ali* e *Coimbra de Matos* -, **resultados que atestam justamente o valor, a riqueza e a consistência das suas obras nesta fértil área de estudo.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral Dias, C.** (1992). *Ensaio Psicanalítico sobre a Somatopsicose*. Lisboa: Fenda.
- Amaral Dias, C.** (1993). *Palcos do Imaginário. Textos Psicodramáticos*. Lisboa: Fenda.
- Amaral Dias, C. & Monteiro, J. S.** (1998). *Eu já Posso Imaginar que Faço* (2.^a Edição). Lisboa: Fenda.
- Angerami-Camon, V. A. (Org.)** (2001). *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira.
- Anzieu, D.** (1989). *Os Métodos Projectivos* (5^a edição). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Azevedo, M. S.** (1997). *Bioquímica da Diabetes*. In Rui Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica*, 35-42. Lisboa: Lidel
- Balint, M.** (1998). *O Médico, o seu Doente e a Doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beaumont, J. G., Kenealy, P. M. & Rogers, M.J.C.** (1996). *The blackwell dictionary of neuropsychology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Bernaud, Jean-Luc** (2000). *Métodos de Avaliação da Personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cady, S.** (1992). *Le corps, le mouvement et la parole: contribution à la psychosomatique de l'enfant*. Paris: Païdos-Bayard Éditions.
- Campos, D.** (1996). *O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnóstico da Personalidade*. Petrópolis: Vozes
- Cardoso, R. M.** (1998). *A outra metade da medicina*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ceitol, M. J.** (2003). *Pôr o corpo a pensar*. Lisboa: ISPA.
- Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia** (2002). *Transições – da 1.^a infância à adolescência*. Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em francês *Le Rorschach en clinique adulte - Interprétation psychanalytique*. Paris: Dunod, 1983).

Chabert, C. (2000). *A Psicopatologia à Prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em francês *La Psychopatologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris: Dunod, 1998).

Coelho, R.; Milheiro, C.; Cabral, F.; Amaral, J.; Brandão, J. & Horta, P. (1996). Delito, Impasse e Somatização. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 39-53.

Coimbra de Matos, A. (1990). Patologia Psicossomática: Perspectiva Psicanalítica. In Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, *Psiquiatria de Ligação e Psicossomática*, 61-74. Lisboa: Laboratórios Delagrance.

Coimbra de Matos, A. (1996). Percursos da Identidade: Processos Transformadores *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, N.º 11, 23-33.

Coimbra de Matos, A. (1997). Ainda Temos Direito ao Prazer. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, N.º 12, 5.

Coimbra de Matos, A. (1999a). Ser Único e Ter Rosto: o Binómio Resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol.1, N.º 1, 11-21.

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

Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2002a). Esquizoidia e Doença Psicossomática: Conservação de Energia e Inibição da acção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Vol.4, N.º 2, 9-38.

Coimbra de Matos, A. (2002b). *O Desespero*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2002c). *A Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2002d). *Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Coimbra de Matos, A.** (2002e). Identidade Sexuada e Parentalidades. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, N.º 16, 11-16.
- Coimbra de Matos, A.** (2002f). Aulas de Mestrado em Psicossomática, no ISPA, Lisboa.
- Coimbra de Matos, A.** (2003). *Mais Amor Menos Doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Coimbra de Matos, A.** (2004). *Saúde Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Collaço, F. M.** (1980). *Endocrinologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cunha, J. A.** (1993). *Psicodiagnóstico-R*. (4ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas
- Damásio, A.** (1994). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa América.
- Damásio, A.** (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- DeLuca, J.; Gaudino, E. A.; Diamond, B. J.; Christodoulou, C. & Engel, R. A.** (1998). Acquisition and Storage Deficits in Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 376-390.
- Dolto, F.** (2002). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Duarte, R.** (Coord.) (1997). *Diabetologia clínica*. Lisboa: Lidel.
- Enelow, A.; Forde, D. & Brummel-Smith, K.** (1999). *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fauci, A. S. et al.** (1999). *Harrison Medicina Interna Compêndio*. (14.ª Edição) Amadora: McGraw-Hill.
- Gasperini, C.** (1997). Differential diagnosis in multiple sclerosis. *The International Multiple Sclerosis Journal*, 4 (1), 13 – 25.

Góis, C. J. F. (1999). *Aspectos psico-sociais do adolescente com Diabetes Mellitus insulino-dependente.* Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa: trabalho não publicado.

Gonzalo, L.M. (1991). *O Sono e o Sonho: Do Tratamento da Insónia ao Significado dos Sonhos.* Barreiro: Edições Temas da Actualidade, S.A. (Tradução do original em espanhol *El Sueño.* Ediciones Temas de Hoy. S.A., 1991).

Gorot, J. (2001). Sonho e Diagnóstico. In **Sami-Ali, Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A. & Robert, M. (2001),** *Sonho e Psicossomática* (pp. 97-113). Lisboa: Dinalivro

Grinberg, & Grinberg (1999). *Identidade e Mudança.* Lisboa: Climepsi.

Haynal, A.; Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática. Perspectivas psicossociais.* Lisboa: Climepsi Editores.

Isselbacher, K. J.; Adams, R. D.; Braunwald, E.; Petersdorf, R. G. & Wilson, J. D. (1980). *Harrison's principles of internal medicine.* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.

Jouvet, M. (1992). *O Sono e o Sonho.* Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução do original em francês *Le Sommeil et le Rêve.* Éditions Odile Jacob, 1992).

Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática.* Lisboa: Editorial Estampa. (Tradução do original em francês *L'Enfant Psychosomatique.* Presses Universitaires de France, 1977).

Kurtzke, J. F.; Beebe, G. W. & Norman, J. E. (1985). Epidemiology of multiple sclerosis in US veterans: Migrations and the risk of MS. *Neurology*, 35, 672-678.

Lavie, P. (1998). *O Mundo Encantado do Sono.* Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em inglês *The Enchanted World of Sleep.* Yale University, 1996).

Lebovici, S. (1983). *Nourrison, la Mere et le Psychanalystes. Les Interactions Precoces.* Paris: Paidos.

- Lisboa, M. E. & Duarte, R.** (1997). *História da Diabetes – II*. In Rui Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica*, 43-58. Lisboa: Lidel
- Lisboa, P. E.** (1997). *História da Diabetes – I*. In Rui Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica*, 19-34. Lisboa: Lidel
- Lisboa, P. E.** (1997). *História da Diabetes – II*. In Rui Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica*, 365-378. Lisboa: Lidel
- Marques, M. E.** (1999). *Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, A. M. P.** (1998). Avaliação Psicológica em Psicossomática. *Análise Psicológica*, 2, XVI, 243-248.
- Marty, P.** (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Dunod.
- Martyn, C. N.** (1991). The epidemiology of multiple sclerosis. In W. B. Matthews (Ed.), *McAlpine's multiple sclerosis*, 2nd ed. (pp. 3-40). Singapore: Churchill Livingstone.
- Martyn, C. N. & Gale, C. R.** (1997). The epidemiology of multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica, Suppl.* 169, 3-7.
- Matthews, W. B.** (1991). Laboratory diagnosis. In W.B. Matthews (Ed.), *MacAlpine's multiple sclerosis*, 2nd ed. (pp. 189-229). Singapore: Churchill Livingstone.
- Mc Guigan, F.** (1976). *Psicologia Experimental*. São Paulo: E.P.U.
- Mello, J.** (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes Pedro, A.; Soubigou, D. & Balanda, A. B.** (2001). Le Rorschach en Clinique Psychosomatique. In Sami-Ali et al., *Manuel de Thérapies Psychosomatiques*. Paris: Dunod.
- MS Forum** (1993). The diagnosis of multiple sclerosis. In *Proceedings of The MS Forum Modern Management Workshop*. Berlin.
- Nossal, G.** (1993). *Life, Death and the Immune System*. In W. H. Freeman and Company (Ed.), *Life, Death and the Immune System: Scientific American – A*

Reinberg, A. (1998). *O Tempo Humano e os Ritmos Biológicos*. Lisboa: Piaget Editora. (Tradução do original em francês *Le Temps Humain Et Les Rythmes Biologiques*. Éditions du Rocher, 1998).

Reis, J. C. (1998). *O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega.

Rente, P. & Pimentel, T. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel

Reuchlin, M. (1989). *Métodos na Psicologia*. Lisboa: Teorema.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Roitt, Brostoff & Male (1998). *Immunology*. Fourth Edition. London, Mosby International Ltd.

Sá, Eduardo. (1995). *Psicologia dos Pais e do Brincar* (2.^a edição). Lisboa: Fim de Século.

Sá, Eduardo. (2003). *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. Lisboa: ISPA.

Sami-Ali (1974). *L' Espace Imaginaire*. Paris: Gallimard.

Sami-Ali (1984). *Corps Réel, Corps Imaginaire*. Paris: Dunod.

Sami-Ali (1990). *Le Corps, l'espace et le Temps*. Paris: Dunod.

Sami-Ali (1992). *Pensar o Somático – Imaginário e Patologia Orgânica*. Lisboa: ISPA (Tradução do original em francês *Penser le Somatique – Imaginaire et Pathologie*. Paris: Dunod, 1987).

Sami-Ali (1999). *Le Rêve et le l'Affect – Une Theorie du Somatique*. Paris: Dunod.

Sami-Ali (2002). *O Banal*. Lisboa: Dinalivro.

Sami-Ali et al (1993). *Allergie & psychosomatique*. Paris: Centre International de Psychosomatique.

Sami-Ali; Cady, S.; Froli, G.; Gauthier, M.; Mendes Pedro, A. & Robert, M. (2001). *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.

Selye, H. (1959). *Stress: a Tensão da Vida*. S. Paulo: Ibrasa

Serra, A. V. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Adriano Vaz serra.

Sibley, W. A. (1990). Diagnosis and course of multiple sclerosis. In S. M. Rao (Ed.), *Neurobehavioral aspects of multiple sclerosis* (pp. 5-14). New York: Oxford University Press.

Sifneos, P. (1975). Problems of Psychotherapy of Patients with Alexithymic Characteristics and Physical Disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-70.

Silva, C.; Pereira, A.; Matos, P.; Silvério, J.; Parente, S.; Ferreira, A.; Cruz, A.; Machado, A. & Azevedo, M. (1996). *Introdução às Cronociências*. Coimbra: Formasau.

Tierney, L. M. et al. (2003). *O Essencial do Diagnóstico e Tratamento*. (2.^a Edição) Lisboa: McGraw-Hill.

Willoughby, E. W. & Paty, D. W. (1990). Brain imaging in multiple sclerosis. In S. M. Rao (ed.), *Neurobehavioral aspects of multiple sclerosis* (pp.37-62). New York: Oxford University Press.

ANEXOS

ANEXO 1 – Caso Odete: Cronologia das Sessões	1
ANEXO 2 – Caso Odete: Sessões	3
ANEXO 3 – Caso Odete: Genograma	48
ANEXO 4 – Caso Odete: Rorschach e Psicograma	50
ANEXO 5 – Caso Odete: Desenho Livre	55
ANEXO 6 – Caso Odete: Desenho Figura Humana	57
ANEXO 7 – Caso Francisco: Cronologia das Sessões	59
ANEXO 8 – Caso Francisco: Sessões	61
ANEXO 9 – Caso Francisco: Genograma	99
ANEXO 10 – Caso Francisco: Rorschach e Psicograma	101
ANEXO 11 – Caso Francisco: Desenho Livre	108
ANEXO 12 – Caso Francisco: Desenho Figura Humana	110

ANEXO 1

Caso Odete: Cronologia das Sessões

CASO ODETE: CRONOLOGIA DAS SESSÕES

- **1.^a Sessão:** 09 de Novembro de 2001 p. 4
- **2.^a Sessão:** 16 de Novembro de 2001 p. 7
- **3.^a Sessão:** 23 de Novembro de 2001 p. 11
- **4.^a Sessão:** 30 de Novembro de 2001 p. 15
- **5.^a Sessão:** 07 de Dezembro de 2001 p. 17
- **6.^a Sessão:** 21 de Dezembro de 2001 p.20
- **7.^a Sessão:** 04 de Janeiro de 2002 p.22
- **8.^a Sessão:** 25 de Janeiro de 2002 p.27
- **9.^a Sessão:** 08 de Fevereiro de 2002 p.29
- **10.^a Sessão:** 15 de Fevereiro de 2002 p.32
- **11.^a Sessão:** 22 de Fevereiro de 2002 p.32
- **12.^a Sessão:** 01 de Março de 2002 p.35
- **13.^a Sessão:** 10 de Abril de 2002 p.36
- **14.^a Sessão:** 10 de Maio de 2002 p.38
- **15.^a Sessão:** 14 de Junho de 2002 p.39
- **16.^a Sessão:** 02 de Julho de 2002 p.40
- **17.^a Sessão:** 06 de Setembro de 2002 p.42
- **18.^a Sessão:** 11 de Outubro de 2002 p.43
- **19.^a Sessão:** 25 de Outubro de 2002 p.45
- **20.^a Sessão:** 08 de Novembro de 2002 p.45

ANEXO 2

Caso Odete: Sessões

CONTEXTO E PEDIDO

O caso da Odete surgiu por indicação e encaminhamento do seu médico de família, médico especialista em clínica geral de um Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Segundo este clínico geral, a Odete foi sinalizada por «*sofrer de síndrome de Cushing, com microadenomas (pequenos tumores), tensão alta, palpitações, cefaleias e um medo terrível de morte, situações clínicas cada vez mais difíceis de controlar e com tendência para agravamento*».

Inicialmente, foi mesmo este médico que abordou a doente no sentido de lhe dar conhecimento da investigação que iria decorrer no Centro de Saúde, sensibilizando-a para a necessidade em conseguir doentes para o estudo e de, ao mesmo tempo, entender que, para ela, também poderiam existir eventuais vantagens em participar no trabalho a desenvolver, nomeadamente na existência de um tempo e de um espaço que poderiam ajudar a pensar a sua história de vida, necessidade reconhecida pela doente, não sem alguma resistência, e que a levou a aceitar a proposta ao fim de alguns meses.

1.ª SESSÃO: 9 de Novembro de 2001

Parece-me interessante recuperar, sem grande esforço, o registo das minhas primeiras memórias sensoriais e conseqüente percepção sobre esta mulher: gravei a imagem inicial de uma mulher “mascarada”, com muito “verniz” pronto a estalar, com um ar de “nariz empinado” que podia misturar-se, à primeira vista, com arrogância, rígida na sua movimentação espacial, de alguma forma sedutora, defensiva, voz excessivamente colocada e preocupada, muito empenhada em criar

boa impressão, no estar e no falar e, sempre, a disfarçar uma inquietude perfeitamente compreensível. A tensão, essa parecia estar sempre presente.

A O. é uma jovem mulher de 31 anos, forte, altura média para a mulher Portuguesa, cabelo preto, liso e ligeiramente armado. Apresentou-se pouco cuidada e investida, sobressaindo umas calças pretas elásticas e uma capa de feltro verde a cobrir todo o corpo, o que, apesar do frio, pode revelar uma nítida intenção de disfarçar o evidente excesso de peso.

Cumpridas as apresentações, a conversa começou por girar em torno do médico de família, por motivos óbvios: a O. é sua doente, foi ele quem a encaminhou e foi ele quem lhe explicou a natureza do trabalho que eu pretendia desenvolver com alguns doentes.

Talvez por a O. estar relativamente esclarecida sobre os objectivos das sessões, confesso que, ao contrário do que é habitual, não desenvolvi os propósitos do estudo, esquecimento inicial que só foi retomado no final da sessão; até porque a O. estava a desenvolver o tema “do médico de família”.

Com efeito, este médico parece suscitar a sua admiração e confiança: *«foi ele quem me diagnosticou o cushing; mandou-me fazer exames e análises e acertou de imediato, ao contrário de outros que ao longo de muito tempo nada conseguiram perceber. Tenho uma excelente relação com o Dr. Rogério e gosto muito de falar com ele, ao ponto de preferir marcar consultas para o seu consultório particular, mesmo a pagar, do que ir ao centro de saúde, pois aqui as consultas são muito mais rápidas e agitadas»*.

A O. verbaliza com apreciável desenvoltura e aparente segurança e à-vontade, revelando nesta primeira intervenção uma característica curiosa: terminou a exposição do raciocínio, calou-se e ficou a olhar para mim meio a sorrir, com um ar de miúda revoltada, incompreendida e carente que foi obrigada a fazer umas malandrices que não conta a ninguém...

Nota-se, também, que os indicadores aparentemente defensivos e contidos da O., antes relatados, precipitaram-se logo para falar da doença – com toda a imprudência que esta observação pode encerrar, fiquei com a ideia de que foi uma forma de dissolver um conflito momentâneo e relacional, do estilo: estou gorda mas é em consequência da doença que tenho -, condução que naturalmente não só respeitei como me interessava explorar.

Assim, e com este contexto inicial, decidi-me pela introdução de uma primeira questão, desta forma e com este conteúdo: *«sabe O., estou aqui neste momento consigo mas confesso-lhe que não sei praticamente nada sobre si, apenas aquilo que me vai agora dizendo, falou-me que lhe foi diagnosticado o síndrome (não disse o nome com receio de me enganar), como está a lidar com essa situação?»*

O.: *«Estou em ansiedade permanente, mas estou medicada (falou-me da terapêutica medicamentosa, da qual apenas registei, entre outros, naturalmente em momentos diferentes : Pacione, Dumyrox, Zoloft, Xanax, Victam, Inderal.). Desde essa altura engordei 30 kg e cresceram-me pêlos pela cara, agora não se notam porque acabei mesmo agora de os tirar»*, com um dedo percorria a cara, acabando em movimentos semi-circulares por debaixo do queixo, assinalando até onde nasciam os pêlos, sensivelmente o mesmo “*mapa territorial*” da minha barba. De facto, a depilação, pelo menos naquele momento, parece eficaz, pois a O. apresentava um rosto limpo, bem cuidado e aparentemente sedoso.

E.: *«E que altura foi essa, lembra-se quando começou a notar os sintomas?»*

O.: *«Lembro-me muito bem, foi há oito anos atrás. Relaciono a minha doença com a morte de um colega num jogo de futebol, ele sentiu-se mal, foi conduzido ao hospital e acabou por morrer. A partir daí lembro-me que me passou a perseguir uma ideia fixa de morte»*.

E.: *«E esse colega era seu colega do quê..., eram amigos?»*

O.: *«Não, conhecia-o apenas de vista»*

E.: «Conhecia-o apenas de vista, então porque acha que a sua morte a impressionou tanto?»

O.: «Porque percebi que a qualquer hora também eu poderia morrer, fiquei com uma ideia de morte»

E.: «Como é que é essa ideia de morte?»

O.: «Não é uma ideia de me matar, nunca pensei nisso, é exactamente o contrário, é um terrível medo de morrer, é um medo de morte».

Voltámos às manifestações somáticas: «tem outros sintomas provocados pela doença?»

O.: «Tenho taquicardia, daí a medicação com inderal. Por vezes fico em pânico, pois o batimento cardíaco fica muito acelerado, parece que vou morrer, é assustador...»

E.: «E esse aceleração do batimento cardíaco acontece-lhe em alguma situação particular, é mais frequente em alguma situação específica?»

Resposta algo evasiva e curta: «não, mesmo em casa isso acontece». (Silêncio).

E.: «É casada?»

O.: «Sou, tive uma filha, a Cátia, aos 28 anos. Tive também uma tremenda depressão pós-parto, os 3 primeiros meses após o nascimento da Cátia foram terríveis, a miúda chorava de dia e de noite e eu não sabia o que fazer».

Marcou-se nova sessão para a semana seguinte.

2.ª SESSÃO: 16 de Novembro de 2001

Na linha do final da primeira sessão, concretizados os habituais cumprimentos, foi meu objectivo explorar informação sobre a relação com a filha.

E.: «E a Cátia como está?»

O.: «*Está bem, ficou com os avós. Outra situação que me assusta é a de eu pensar que não sinto o prazer suficiente em estar com a Cátia, como deveria sentir*»

E.: «*Como assim?*»

O.: «*Parece que não estou suficientemente disponível, que poderia ser melhor para ela enquanto mãe*»

E.: «*A O. casou com quantos anos?*»

O.: «*Casei aos 23 anos*»

E.: «*E a doença surgiu tinha a O. quantos anos?*»

O.: «*23 anos*»

E.: «*E foi antes ou depois de casar, recorda-se?*»

O.: «*Foi depois de casar*»

E.: «*E como é que lidou com essa nova situação, mudou muita coisa na sua vida?*»

O.: «*Mudou muita coisa...eu era uma pessoa muito extrovertida, alegre e divertida...a partir dessa altura mudei completamente, passei a ficar por casa...ainda hoje quando alguns amigos me convidam para sair a qualquer lado, acabo sempre por os tentar convencer a aparecerem lá por casa, digo-lhes porque não aparecem por lá, em minha casa aceito, caso contrário é muito difícil aceitar...a minha mãe até me costuma dizer como eu estou diferente..."oh filha nem pareces a mesma pessoa, eras tão alegre e brincalhona..."...mesmo no trabalho tenho muitas oscilações de humor: há vezes em que estou muito faladora e outras em que não digo nada; nestas vezes há uma colega do trabalho que até costuma dizer: a O. não veio hoje?*»

E.: «*A O. trabalha onde?*»

O.: «*Trabalho num lar de idosos...na cozinha...eu gosto do trabalho, mas o José (marido) não gosta...estou meses sem ter um fim-de-semana...ele queixa-se que não tenho tempo para ele e para a Cátia...e o ordenado também não é grande coisa...ganho oitenta contos por mês, não é muito mas é o que eu digo ao José, é melhor oitenta contos do que*

nada, e sempre são oitenta contos que posso gastar nas minhas coisas...o ambiente também não é o melhor...por vezes tenho alguns problemas com o chefe, mas pronto vou andando...compreendo o José, é um trabalho que praticamente não nos deixa tempos livres, é um trabalho por turnos...para mais agora resolvi voltar a estudar...estou a tentar fazer o 12.º ano...o José, naturalmente, não achou boa ideia e não concordou, é verdade, se já tínhamos pouco tempo agora ainda é pior, mas eu mesmo assim entendi voltar a estudar».

E.: «E está a gostar?»

O.: «Estou a gostar muito, mas tenho sentido algumas dificuldades, nomeadamente na memória...sinto que me esqueço das coisas com facilidade...a minha memória também me está a preocupar muito...»

E.: «Mas esses esquecimentos de que fala acontecem em situação escolar ou em qualquer outra situação?»

O.: «Não só, mas são mais evidentes no estudo, não consigo fixar muito bem as coisas...»

E.: «Mas essas dificuldades podem ser normais para quem esteve algum tempo afastada do estudo...».

O.: «É capaz de ser isso...estive treze anos sem estudar...tenho tido algumas dificuldades em me adaptar ao andamento...eu estou a fazer o 12.º ano por unidades capitalizáveis como agora se diz...é até mais fácil do que no meu tempo porque leva em conta o ritmo de cada um...mas eu não quero facilitar...sabe que no primeiro teste tive um treze...foi muito bom...fiquei muito satisfeita...agora vou ter um outro e estou com a preocupação de me preparar bem para esse teste».

E.: «E no sonho, lembra-se dos seus sonhos?»

O.: «Não nunca sonho, há muitos anos que não sonho.»

A conversa estava a fluir bem, num crescente clima de confiança, pelo que entendi contribuir com algum humor: *«muito bem...veja que curioso...um treze no teste*

depois de treze anos sem estudar...estou convencido que tudo vai correr bem...parece que este regresso aos estudos lhe devolveu uma nova alegria...».

O.: *«É verdade, é também uma forma de conhecer novas pessoas, de me distrair do medo terrível que me persegue...».*

E.: *«E na escola não sente esse medo?»*

O.: *«Também sinto...» (silêncio)*

E.: *«E a taquicardia, também lhe acontece na escola?»*

O.: *«Sim, mas tento controlar...sinto o coração a bater mais depressa, mas tento acalmar-me e ao fim de alguns segundos volta ao normal».*

A terminar, acabei por dizer o seguinte à O.: *«vamos ver se, a pouco e pouco, conseguimos compreender melhor esse medo que tanto a atormenta e melhorar, tanto quanto possível, o seu bem-estar, é exactamente este, tal como lhe disse o Dr. Rogério, o objectivo do meu trabalho com os doentes. Para isso, teremos que nos encontrar mais algumas vezes, naturalmente se estiver de acordo, e falar um pouco mais de si e da sua vida, tanto do actual como do passado, das suas memórias da infância e adolescência, por exemplo».*

A O. aceitou participar na investigação com visível entusiasmo, parecendo ficar estimulada por poder falar mais de si.

Ainda surgiu a oportunidade, já não sei bem como, para referir que viveu em X., dos 9 aos 11 anos, que tem uma ligação muito forte e próxima com a mãe e que a mãe do marido, a sogra, esteve internada em Coimbra com problemas psiquiátricos, registos soltos que recordo mas que, infelizmente, não consigo recuperar os respectivos movimentos com o necessário rigor.

A 3ª sessão foi pré-marcada para uma semana depois, confirmação consumada pela O. ainda no mesmo dia, por telefone, depois de verificar, ou trocar, as suas escalas de serviço.

3.ª SESSÃO: 23 de Novembro de 2001

À hora marcada e em resposta à minha questão inicial «*então, como vão as coisas?*», a O. começou por adiantar que costuma funcionar «*por fases: antes ou depois do período*», funcionamento que neste momento, por sinal, é um pouco imprevisível, porquanto, desde há seis meses o período está desregulado.

Voltou a referir que engordou entre 30 a 40 kg após a manifestação da doença – recorde-se que na primeira sessão referiu aproximadamente 30 kg -, e que o diagnóstico foi efectuado no Hospital de Santa Maria em Lisboa, por interesse e indicação do Dr. Rogério. Acrescentou que efectua o controle da doença todos os anos, adiantando que os resultados das novas análises indicam que o cortisol se apresenta com valores normais. Nesta linha, acabou por falar de uma constipação que não a larga há dois meses e tal – por coincidência, a escola começou na mesma altura -, dificuldade que, ao que parece, é recorrente.

A propósito de escola, lembrei-me da sua preocupação com o segundo teste e perguntei-lhe como correu: «*tive 17 valores à disciplina de técnicas de apoio à contabilidade*», respondeu com menor entusiasmo, comparativamente com a primeira nota (treze) antes relatada.

Este assunto pareceu-me um bom mote para continuarmos a conversa, pelo que achei por bem explorar um pouco do seu percurso escolar: «*a O. interrompeu os estudos com quantos anos?*»

O.: «*Quando terminei o 9º ano de escolaridade, sensivelmente com 16/17 anos*».

A.: «*E porque interrompeu os estudos?*»

O.: «*Por falta de interesse...eu até gostava de ir às aulas e de ir à escola, mas detestava estudar, vir para casa e ter de estudar...detestava...*».

Poderia ter explorado a reacção dos pais ou a eventual participação dos pais nesta decisão, mas não o fiz, perguntei antes o seguinte: «*e depois, o que aconteceu?*»

O.: «Depois, aos 18 anos, comecei a namorar com o José (percebi que se referia ao marido)...(silêncio).....não foi um grande encanto...», continuando a adiantar, sem nada lhe ser perguntado, que «ele é muito reservado e vive para dentro», a O. conhece o José desde a infância, pois sempre viveram na mesma localidade, perto um do outro.

Perguntei: «O José foi a sua primeira relação amorosa?»

O.: «Não...namorei com um outro rapaz...» (silêncio)

Habitualmente a O. não faz muitos silêncios, pelo que dois silêncios seguidos pareciam indiciar uma situação diferenciada, razão que me levou a não deixar cair o assunto: «com que idade namorou esse outro rapaz?», perguntei.

Aparentemente distraída com a pergunta, a O. respondeu: «foi aquele moço que lhe disse que morreu num jogo de futebol...», escancarando ligeiramente a boca numa tentativa de sorriso que me pareceu um misto de aparente angústia e algum embaraço; embaraço porque talvez se tivesse recordado que é o rapaz que a O. disse que conhecia de vista; naturalmente contive a vontade de a confrontar com o relato anterior, pelo que decidi continuar a explorar subtilmente uma situação que, cada vez mais, parecia constituir-se como um acontecimento de vida significativo, neste sentido perguntei a seguir: «e como correu esse namoro?».

A O. diz-me então o seguinte: «eu só estou a contar estas coisas porque tenho confiança em si...eu sei que costumam apresentar estes estudos nos congressos, mas tenho confiança no Sr. Doutor e sei que as informações que lhe dou são apenas para me compreender melhor...»

Com esta conversa, a O. estava a convidar-me a completar a inquietação manifestada. Reforcei, naturalmente, a ideia da absoluta confidencialidade das informações recolhidas, sublinhando a importância das questões éticas, isto é, não se apresentam casos sem a necessária autorização das pessoas e mesmo quando se apresentam os dados mais pessoais são omitidos e substituídos.

Relativamente à questão atrás colocada respondeu assim: *«foi um namoro complicado...a mãe dele era muito intriguista...toda a sua família estava sempre a fazer intrigas...metiam-se onde não deviam...sabe, faziam muitas conversas desnecessárias sobre mim e sobre o namoro, essas intrigas acabaram por atrapalhar e eu não gostava...os meus pais também não gostaram e opuseram-se sempre ao namoro...eles não queriam que eu namorasse com o Augusto, é esse o nome dele,...eu andava a estudar no ... e era lá que nós nos encontrávamos...às escondidas...lá em casa começaram a desconfiar e todos os dias, quando eu chegava da escola, lá estava a minha mãe a apontar-me o dedo»,* ilustrando este apontamento com um sonoro tiro na cara ou cabeça, visto na perspectiva do atirador, a mãe, em que o indicador e polegar representavam o principal de uma pistola.

Naturalmente, o que mais prendeu a minha atenção neste testemunho foi a racionalização do namoro, ou melhor a racionalização da resolução de um potencial conflito, à primeira vista sem qualquer espaço e margem para a projecção dos seus sentimentos e emoções sobre aquele rapaz e sobre aquele namoro. Este traço alexitimico parece ser mesmo uma característica nuclear no funcionamento da O..

Procurei insistir mais um pouco: *«e que mais lhe ocorre contar sobre esse namoro?»*

No mesmo estilo, a O. fez deslizar novamente o relato para a esfera não emocional ou sentimental: *«ele bebia e obviamente isso não era bom para mim...as pessoas comentavam e os meus pais eram completamente contra...na altura tinha dificuldade em perceber os meus pais, mas hoje, se calhar, só tenho de lhes agradecer por não me terem deixado seguir aquele caminho»*

A.: *«E depois?»*

O.: *«Depois, como lhe disse, comecei a namorar com o José aos 18 anos...e namorei com ele cinco anos»*

A.: *«O namoro com o José correu bem, acabou por casar com ele...»*

Sobre a relação com o José, namorado e actual marido, o relato é mais fluido e menos alexitimico: *«a princípio, nos primeiros tempos, confesso que não me despertava grande entusiasmo, ele tem características que eu não aprecio muito, é mais para o calado, reservado, metido para dentro, fala pouco sobre as coisas, mas depois aconteceu um episódio que mudou um bocadinho as coisas...»*

A.:*«E que episódio foi esse?»*

A O. conta que aos 20 anos, tinha portanto dois anos de namoro, o José teve uma *«tentação»* por outra rapariga, situação que a fez sentir-se *«como que traída»*. Começou a notar que ele andava *«estranho»*, as coisas não eram bem como tinham sido até ali, mesmo quando ele ia lá a casa, à casa dos seus pais, notava-o menos entusiasmado, mudança que a levou a desconfiar.

Contou então que, sem ele saber, foi com uma prima a um café onde ele supostamente se ia encontrar com um amigo, e recorda-se bem que ficou muito desiludida, pois, para além do amigo, apareceram também duas raparigas: eram os respectivos pares das danças de salão.

Como ela diz, *«apertei-o e ele acabou por confessar que frequentava danças de salão com uma rapariga, colega dele no trabalho»*. Mais: *«acabou também por confessar que sentia alguma coisa por ela...coloquei-o entre a espada e a parede e obriguei-o a decidir entre essa mulher e eu...ele optou por mim»*.

Diz que a partir dessa altura *«passei a ser muito desconfiada»*, nomeadamente no primeiro ano após esse episódio, mas confessa que *«ainda hoje ele paga a factura por este caso»*. Acrescentou que essa mulher ainda continua a ser colega de trabalho do José, mas essa situação actualmente já não a incomoda.

Sobre a actividade de funcionamento onírico, a O. assegura: *«há muito anos que não sonho...é engraçado...nunca tinha pensado nisso...deixei de sonhar...não sei desde quando, talvez desde que casei ou mesmo antes»*.

4.ª SESSÃO: 30 de Novembro de 2001

Falou-se do parto e da história da sua gravidez. Enfatizou o «pânico» que sempre teve do parto, representação que se consolidou com o parto da *Cátia*: teve muitas dores, foi um processo demorado e sofrido.

A propósito a O. parece padecer de um qualquer síndrome de pânico ou perturbação fóbica, inscritos numa ansiedade patológica, endógena ou reactiva; endógena porque por vezes parecem predominar os seus traços de personalidade, reactiva porque esse pânico pode resultar de qualquer situação que desconheço, talvez a identificação à morte do namorado libertador; qualquer que seja o caso, os sintomas parecem significativos, o medo e a ameaça aparecem como questões centrais, senão vejamos: o seu terrível medo da morte; alguns evitamentos; a tensão alta; o batimento cardíaco; a dificuldade no controle; a latente preocupação com o futuro que parece potenciar uma ansiedade desproporcionada, persistente, desorganizadora e desadaptada que culmina num estado emocional desagradável, tenso e atemorizado, sem causa definida, a tal ansiedade como um travesti...

Testemunha, várias vezes, que *«não lido bem com o sofrimento»*.

Acerca da sua filha, conta que os seus dois primeiros meses de mãe foram vividos com...pânico, claro está, um afecto que parece corresponder à vivência de expectativa...

«O José desejou filhos mais cedo do que eu».

Quando ela foi à farmácia fazer o teste de gravidez e este deu positivo, O. sentiu-se *«desnorteada...não estava à espera...»* chegando a telefonar ao Dr. Rogério para saber se esses testes eram fiáveis. Entretanto a palavra confirmatória das empregadas da farmácia, suas conhecidas, não foi suficiente, pelo que foi necessário recorrer mesmo à Directora da farmácia, na tentativa de conferir alguma seriedade ao resultado do teste.

O.: «Foi uma total surpresa, lembro-me de pensar que se tiver que aparecer aparece», julgo estar a falar da menstruação, ou seja, manifestava o desejo de não estar grávida.

Falando novamente da gravidez, conta que «até aos 5 meses estive sempre a vomitar...foi horrível».

Volta novamente ao parto acrescentando que este demorou 12 horas e ao fim das 12 horas a Cátia não estava em posição de nascer, «eu não estava preparada...» remata.

A Odete esteve 5 dias no hospital e lembra-se perfeitamente das «longas horas passadas à janela do quarto do hospital» - a janela parecia funcionar como um “balão de oxigénio” -, «não me conseguia mexer, a Cátia chorava e eu nem me apetecia ir ter com ela, pois as dores eram muitas e nem sabia o que fazer...foi horrível». Tudo isto foi descrito como um terrível pesadelo...

O José não entende o porquê desta relação da O. com a filha que se mantém até à actualidade. Não tem vontade de estar com a filha, ainda hoje a Cátia vive na casa dos avós maternos, todos os dias a vê, mas praticamente nunca dorme com eles, só de quando em vez a vai buscar a casa dos pais para passar uma noite na sua casa.

A propósito do marido não compreender a sua atitude e relação com a filha, O. conta que há poucos dias lhe disse: «pergunta ao Dr. António que ele explica-te...».

Esta situação provoca muitas discussões entre eles ao ponto dele lhe dizer: «tem de ser tudo como tu queres».

Confessou que me tem contado coisas que nunca contou a ninguém, sublinhando novamente o clima de confiança e de aliança entre os dois.

A propósito dos seus últimos anos de vida, diz que «sinto que desperdicei todos estes anos».

A terminar, acrescentou que o médico a achou melhor na última consulta e que praticamente lhe retirou o “Inderal”, segundo ele *«qualquer dia a O. não tem tensão»*. O “Inderal” tem sido nos últimos anos “o seu grande amigo”, *«não era capaz de sair de casa sem ele»*. No entanto, e apesar desta mudança radical, diz *«tenho-me sentido bem»*.

Por fim, fez notar que o José lhe provoca muita pressão, ideia ou representação que me parece de uma importância central na sua situação actual.

Recorda -se de ter sonhado qualquer coisa, mas já não se lembra o quê: *«até achei curioso, tinha-lhe dito que há muitos anos não sonhava e agora...»*.

5.ª SESSÃO: 07 de Dezembro de 2001

Abre novamente a sessão com uma alusão ao seu funcionamento dependente do período; costuma afectá-la antes ou depois do período, neste caso depois, diz que está em baixo.

Quanto a novidades, realça o caso do tio Arménio, tio do pai, irmão da avó paterna, homicida em S., um caso muito noticiado nos órgãos de comunicação social. Diz que se este tio tivesse morrido não a tinha afectado, revelando distanciamento sobre essa ligação familiar, acrescentando que a sua prima, filha deste tio, sofre de atraso mental.

Refere também a fase difícil por que passa o seu pai: ele tem uma oficina em S., mas actualmente a sua actividade profissional está comprometida, desdobra-se no auxílio à mulher doente (mãe da O.), à sua própria mãe (avó da paterna da O.), em situação difícil com um tumor no pescoço e naturalmente ao seu pai (avô da O.), *«o meu pai...coitado...não tem mãos a medir...está muito sobrecarregado»*

Quanto ao trabalho as coisas não são totalmente tranquilas: *«tenho alguns problemas com uma colega de 69 anos...ela está sempre a mandar bocas e indirectas...ela funciona por luas, umas vezes fala comigo outras não, actualmente não fala comigo...».*

São 7 as colegas de serviço, mais um «chefe»; contou que há poucos dias ele meteu-se com ela nestes termos: *«ai está muito mais magra...gosto muito mais de si assim...».* A O. respondeu: *«mas tem que gostar alguma coisa...».*

Continuam os conflitos lá em casa: *«antes explodia eu e ele ignorava...agora faço ao contrário, não expludo, simplesmente ignoro-o».* Há dias em que não se falam, *«chego a sair de casa de manhã sem lhe dar um beijinho e sem lhe dizer nada...ainda ontem houve esta situação turbulenta com o José».*

Sobre a sua relação com o José continua: *«considero que tenho um trabalho normal, mas o José não é da mesma opinião e fica revoltado com o trabalho que tenho...também fica revoltado relativamente à relação que tenho com a minha filha...».*

Ainda sobre o marido: *«ele disse-me que nunca pensou namorar e casar com alguém que fumasse e já tivesse namorado alguém...inclusivamente quando saímos não quer que eu fume, porque se preocupa com o que é que as outras pessoas vão pensar...ele é um bocadinho esquisito...tem uma cá uma mentalidade...».*

A propósito de mentalidades, disse-me que os pais não sabem que ela fuma, o seu funcionamento em «radar» tem permitido manter este segredo: *«enquanto puder evitar, não vou dar este desgosto aos meus pais...».*, significativo.

Sobre a mãe confirma aquilo que já tinha indiciado: tem uma relação muito fusional com ela, uma mãe muito controladora, quase castrante e que se habitou a tomar decisões por ela: *«a minha mãe sempre me tentou controlar e hoje percebo que o conseguiu...nunca consegui cortar o cordão umbilical...a culpa é minha...».*

Sobre o pai: *«nunca me dei muito bem com o meu pai...sabe temos feitios muito parecidos e chocamo-nos muito (repetiu)...hoje em dia ainda nos chocamos mais, antes ele desculpava-me, ao contrário da minha mãe que não me perdoava...o meu pai é muito*

nervoso». A propósito do funcionamento do pai, conta o seguinte episódio: *«uma vez na escola, tinha eu 18 anos, tinha voltado a estudar depois de ter desistido, o meu pai apanhou-me a fumar e disse-me: depois falamos lá em casa. Eu fiquei assustada, mas quando cheguei a casa o meu pai não conseguiu falar comigo e disse à minha mãe para me dar o seguinte recado: diz à tua filha que enquanto ela estiver na minha casa não fuma».*

Atendendo ao seu modo de funcionamento e a tudo o que me contou teve uma saída significativa: *«nunca gostei que me dessem ordens...».*

Conta que o pai sempre desejou ter uma filha. Um irmão dele, tio dela, foi a mesma coisa, chegou mesmo a chorar quando a sua filha, prima da O., nasceu.

Sobre a Cátia conta que a filha *«é super-protegida pelos avós ...é um encanto para o meu pai...».*

Volta à problemática actual do pai: ele está aflito com os seus pais pois a sua avó, de 84 anos, está com um tumor na cabeça há 2 anos, tal como a mãe de O., também com um tumor na cabeça. A avó foi operada aos 80 anos a *«qualquer coisa»* também cancerígena. A mulher do padrinho, irmã do pai, sua madrinha, também tem um tumor e está a fazer quimioterapia.

A O. diz: *«a minha doença manifestou-se mais ou menos quando apareceu o tumor à minha avó materna...tinha uma relação muito forte com a minha avó»*, acrescentando ainda *«sofro com o sofrimento dos outros...».*

A O. casou em Setembro e o Augusto, seu primeiro namorado, morreu em Dezembro.

Volta a referir que o aceleração do batimento cardíaco surgiu quando a avó adoeceu: *«mexeu muito comigo...lido mal com o sofrimento dos outros...».*

Quando tinha 4 anos foi operada à garganta e ao nariz e a partir daí começou a engordar. Conta um episódio, ao que parece gravado com significado: *«numa festa de anos de uma amiga, estava eu a comer um bolo, como qualquer criança que*

vai a uma festa de anos, e chamaram-me gorda. São situações destas que podem marcar para a vida toda...as pessoas não entendem, senão não julgavam assim...».

A propósito da escola, repete que detestava estudar, mas *«neste momento tenho muito prazer em ir à escola...conhecer pessoas novas, rir com elas...».*

Estávamos com 1h e meia de sessão, acompanhei a O. à porta, mas ela continuava com uma vontade enorme de falar, não conseguia parar, calculo que falámos mais de 5 minutos de pé, fica então o registo da angústia de separação e da enorme necessidade da O. falar sobre os acontecimentos passados e actuais da sua vida.

6.ª SESSÃO: 21 de Dezembro de 2001

Abriu com um *«normal...»*, as coisas vão andando normalmente mal, é o que parece dizer.

Logo a seguir o problema da Cátia: *«o José (marido) sente necessidade de estar mais tempo com ela...».*

“Obriguei-a” a pensar alternativas para passarem mais tempo com a filha, entre elas a de passar as noites com eles, e quando os pais forem trabalhar a Cátia pode então ir para os avós, ou mesmo para o infantário. Resposta da O.: *«podia, mas a Cátia está muito habituada ao avô, ela não quer...»*, de facto, a O. não representa, com desejo e necessidade, a possibilidade de viver com a filha.

Ainda na tentativa de resolver o conflito, coloca a tónica em causas externas a ela: *«também se o pai faz tanta questão de estar com ela, porque é que ao fim-de-semana não está mais tempo com ela...eu digo-lhe porque não vais passear com a tua filha e brincar come ela...ele ao fim-de-semana podia, mas prefere ir jogar futebol...».*

Volta a referir uma ideia recorrente: «o outro moço é que ele (o marido) não perdoa...», sublinhando que o anterior namoro continua “atravessado” na relação actual e ainda com dificuldade em pronunciar o seu nome (Augusto).

Surge, assim, a oportunidade de falarmos mais da relação com o Augusto, uma relação triangular pois a mãe esteve sempre atravessada entre eles os dois, «a minha mãe está sempre preocupada com o que as outras pessoas podem pensar».

O Augusto vivia também, tal como a O., em X., Concelho de Y. Conheciam-se desde pequenos - voltou a referir as conversas intriguistas da família do Augusto, acabando com o namoro as conversas também acabaram: «cortou-se o mal pela raiz», disse.

A O. continuou: «ele não me foi imposto...eu gostava mesmo dele...», acrescentando outros apontamentos: «oficialmente começámos o namoro na casa dele, nos anos dele...», continua: «naquela altura era a pessoa que mais me atraía, era divertido e fazia-me rir», a O. por esta altura estava a falar com muita dificuldade, mas ainda disse em resposta a uma pergunta minha: «era bonito...alto...magro...e sedutor...» estava quase a chorar e eu disse-lhe que ela o podia fazer, que aquele espaço era dela, e ela podia utilizá-lo como entendesse, resposta da O.: «não sou muito de chorar...».

Relativamente a datas foi possível perceber que o namoro com o Augusto ocorreu por volta dos 15 anos, quando frequentava o 9º ano de escolaridade e que o namoro com o José começou por volta dos 18 anos, quando, por um ano, retomou novamente os estudos.

Voltámos à Cátia. A este propósito, falou-me do 1º ano de férias com a Cátia: 15 dias no Algarve, num apartamento com outro casal amigo, a Cátia tinha 1 ano, experiência a não repetir «foi horrível...» disse. Sobre este episódio e das dificuldades sentidas falou-me de qualquer coisa que não percebi, relacionou “drogar” e Cátia, não sei se nessa altura a O. estava muito medicada e isso também afectou a relação e um momento supostamente agradável e de lazer.

Falou das melhoras que sente desde que iniciámos as sessões: *«tem me feito muito bem, só de pensar que venho falar com o Dr. já me sinto melhor...as minhas amigas notam tanta diferença que já me disseram que gostariam também de vir às suas consultas...»*, verbalizando estas palavras com um brilho e uma esperança que ainda não lhe tinha reconhecido.

Sobre a proximidade do natal referiu que vai passá-lo a trabalhar.

Por sua iniciativa, acrescentou de forma efusiva e alegre, uma alegria infantil muito aprisionada dentro dela: *«sabe que tive 18 a economia e 17,2 a contabilidade?!...»*, *«muito bem!»*, respondi eu, *«sim porque não quero passar o resto da minha vida a trabalhar ali»*, referindo-se ao lar onde actualmente trabalha.

7.ª SESSÃO: 04 de Janeiro de 2002

No período que mediou entre a sessão anterior e esta, a O. gravou uma mensagem, na véspera de natal, com estes conteúdos: *«Dr. António estou a telefonar-lhe para lhe desejar uma noite de natal muito feliz e agradecer-lhe por tudo aquilo que tem feito por mim...muito obrigado por tudo»*, ditos com uma voz emocionada. Em concreto, pareceu-me que estava a sentir-se bem ou, pelo menos, bem melhor do que habitualmente.

Não tinha o dever de lhe responder, ainda assim seria simpático retribuir os votos de boas festas, mas não o fiz. Parece que a O. acusou, de alguma forma, esta minha atitude e, com algum inconformismo ou mesmo revolta, por altura da passagem de ano, no próprio dia 31, voltou a gravar uma mensagem telefónica, desta feita com uma voz muito diferente, chateada e reactiva, sem quaisquer alusões a festas, com o pretexto, exagerado, de confirmarmos a consulta do dia 4 (hoje). Entre o dia 31 e o dia 3, a O. telefonou-me umas oito vezes. A sessão do dia 4 estava confirmada, situação que me leva a acreditar que a O. passou por uma

espécie de “*angústia ou medo de separação*”. Com tanta ansiedade manifesta contava telefonar-lhe no dia 3, mas a O. conseguiu contactar-me e confirmámos o que já estava confirmado. No final do contacto pareceu-me mais tranquila – afinal não me tinha perdido..., pensei eu.

Apresentou-se bem disposta, aparentemente descontraída e mesmo com algum humor. Respondeu-me que *«está tudo bem...o período é que está muito atrasado...deve ter ido passar o natal à neve...mas grávida não estou...(risos)»*.

A.: *«Como tem a O. assim tanta certeza?»*

O.: *«Nem ponho essa possibilidade...»*

A.: *«Porquê?»*

O.: *«Porque não...não pode ser...tenho a certeza...»*

Não querendo constituir-me como muito invasivo, perguntei: *«mas não gostava que isso acontecesse?...»*

A O. ficou parada por uns momentos, abanou com a cabeça que não e depois rematou: *«essa possibilidade nem se põe...nem vale a pena falar disso...»*, deixei cair; naturalmente ao contrário da O., acho que vale muito falar disso e vamos, certamente, noutra altura, voltar a esse assunto.

A.: *«E as festas foram boas?»*

O.: *«Foram...a trabalhar, mas foram boas»*, ao contrário do que eu pensava, a O. trabalha por turnos mas não faz noites, não existe o turno da noite, pelo que teve a possibilidade de passar o natal em casa, mais propriamente na casa dos pais, na companhia, naturalmente dos pais, do marido, da filha e dos tios (a tia é também madrinha).

Convidada a pronunciar-se sobre o ambiente familiar da consoada, centrou-se na doença da madrinha, uma neoplasia, e no tratamento com quimioterapia, dando a entender que o clima não foi melhor porque existia este pano de fundo.

Na sequência dos desenvolvimentos da noite de natal, perguntei-lhe se é habitual passarem o natal na casa dos pais. Respondeu que sim e, com insistência da minha parte, lá referiu que os sogros também estiveram presentes; antes nunca foram referenciados por sua iniciativa, digamos que foram sempre excluídos do relato da festa.

Confessa que a relação com os sogros «*não é muito boa...são pessoas muito desconfiadas*». Para ilustrar esta desconfiança, contou o seguinte episódio: «*há algum tempo atrás a Cátia passou dois dias com os avós (sogros) e há dias eles voltaram a convidá-la para ela ir lá passar mais dois dias...mas ela não quis, sabe a miúda não gosta...não quer dizer que não goste, mas não gosta tanto...na casa dos meus pais é totalmente diferente e é natural que ela não goste tanto...quando lhe perguntaram se ela queria ir ela disse que não e...eles disseram-lhe: não queres ir ou disseram-te para não ires...está a ver porque digo que são muito desconfiados...*»

Voltou-se a falar dos problemas da sogra: em tempos internada no hospital Júlio de Matos e actualmente ainda em tratamento nos hospitais de Coimbra, por problemas psiquiátricos. A relação com a sogra não é de facto a melhor: no início frequentava mais a sua casa e tentava ajudar em alguma coisa, mas entretanto a sogra começou a “encostar-se” e ela deixou-se de amabilidades; «*actualmente temos uma relação distante*», acrescentou.

No sentido de caracterizar melhor os sogros rematou assim: «*os meus sogros são do tipo bicho...*». Perguntei-lhe então o essencial: «*mas a O. gosta deles?*». Abanando com a cabeça, dando a entender que não disse: «*gosto um bocadinho deles!*», ou seja, não existe um vínculo relacional e afectivo significativo da O. para os sogros.

Foi ainda possível registar que o José (marido) tem um irmão e que o próprio sogro já verbalizou, várias vezes, que tem preferências sobre os netos; gosta mais da Cátia do que do outro neto(a), filho(a) desse irmão.

Ainda sobre a Cátia, afirma que a filha só a respeita a si: *«sou a única pessoa de quem ela tem medo...só a mim é que ela respeita...todos lhe fazem as vontades, eu não...basta abrir-lhe os olhos e falar-lhe as coisas (percebi que num tom intimidatório) e ela obedece»*.

Volta a falar sobre uma das situações de vida que actualmente mais a preocupa: a relação com a filha. Estou convencido que a O. tem uma noção aproximada das dificuldades relacionais enquanto mãe, acrescidas da inevitável pressão conjugal, familiar e social, daí que se compreenda a extrema necessidade em proteger a sua imagem e conceito de mãe, defender o que ainda é possível defender, e tentar resolver uma espécie de conflito ou impasse, no caso o facto de não viver com a filha e de não sentir essa necessidade. Na tentativa de dissolver este conflito a O. diz: *«a minha vida é muito complicada...é muito difícil a Cátia passar as noites em casa connosco...passar as noites em casa e depois acordar de manhã cedo e ir levá-la para a casa da minha mãe e voltar para trás para ir trabalhar...não vejo outra alternativa»*. Segundo a O. a distância a percorrer, ida e volta, é de cerca de vinte e poucos quilómetros. Naturalmente que poderia promover novamente a sua reflexão em torno da possibilidade de a colocar no infantário, mas não o quis fazer pela segunda vez.

Instada a falar sobre o momento relacional com o José, disse: *«as coisas estão melhores...e não estão ainda melhores porque eu não lhe faço todas as vontades...não estão melhores porque eu não deixo...eu já lhe disse várias vezes: “atenção que eu não sou a tua mãe e tu não és o meu pai”»*; falou novamente do problema do tabaco: fumam os dois mas ele insiste em que ela deve deixar de fumar, ao que parece, mais por uma questão cultural e social.

Continua a expressar algumas características e funcionamentos do José que não aprecia muito: introvertido, metido para dentro, não fala sobre as coisas, pouco alegre, entre outras que indiciam dificuldades na relação, e acrescenta: *«às vezes revolta-me porque essa dificuldade de relacionamento parece ser só comigo»*.

Ainda sobre a relação com o marido diz: «*o José nunca ultrapassou o problema do Augusto*», pretendendo justificar, de alguma forma, as dificuldades de relação anteditas.

Por tudo isto, chegou mesmo a verbalizar que «*não me sinto satisfeita com o José...*», adiantando à guisa de confissão «*várias vezes já me perguntei: será que ele é o homem ideal para mim?...*», continuando a reflectir sobre o seu entendimento sobre a “relação a dois” afirma: «*o José não me consegue dominar...*».

Finalmente a O. parece ter encontrado condições para se expressar emocionalmente sobre este assunto, rematando esta reflexão com esta síntese, na minha opinião, significativa: «*também não sei se o Augusto era o homem ideal para mim...mas nunca tive oportunidade de o descobrir...*».

Falámos ainda sobre a sua actividade profissional e da vontade em mudar de emprego: trabalha no lar há cerca de 2 anos e diz que o ambiente não é o melhor «*eu costumo dizer que aquilo podia ser o céu mas às vezes é o inferno*», reafirmando o gosto de trabalhar com os velhotes e a vontade de «*não passar lá o resto dos seus dias*».

A terminar, tomou novamente a iniciativa de sublinhar o seguinte: «*desde que comecei as consultas tenho-me sentido cada vez melhor...muito melhor mesmo...quando falo com o Dr....quando saio daqui sinto uma sensação de alívio...tem me feito muito bem...há muito tempo que devia ter procurado um psicólogo...sinto que me saiu a sorte grande...as minhas colegas de serviço continuam a dizer: mas o que é que o psicólogo lhe faz...como já lhe disse também algumas das minhas amigas gostavam de vir às suas consultas...*».

Estes comentários elogiosos sucediam-se pela 2ª sessão consecutiva, daí entender não os ignorar e ter comentado o seguinte: «*ainda bem que a O. se sente cada vez melhor...estou convencido que poderá sentir-se ainda melhor*», e perguntei: «*e quanto às palpitações e ao aceleração do batimento cardíaco, também está melhor...?!*»

O.: «*Muito melhor, há dias em que senti uma coisinha pequena mas passou...*», depois de perguntar, percebi que essa situação coincidiu com o período em que tentava repetidamente contactar-me pelo telefone e não conseguia, talvez esteja enganado e esta tentativa de relação entre os factos não apresente qualquer relevância.

8.ª SESSÃO: 25 de Janeiro de 2002

Começou por contar que na 4ª feira recorreu novamente ao “*inderal*” no «*serviço*» (local de trabalho); curiosamente este episódio aconteceu depois de eu ter adiado uma sessão para uma semana depois, por indisponibilidade da minha parte; pode não ser significativa esta eventual ligação, mas é a 2ª vez que a O. acusa, desta forma, o meu “afastamento”, para não lhe chamar outra coisa...

Tenta encontrar uma possível explicação: «*no fim do período fico sempre em baixo, na semana a seguir sinto sempre um grande cansaço*»; a O. fala sempre muito do período, esta circunstância parece ter uma importância a relevar.

Tenho feito confusão entre a avó materna e paterna, ao ponto de pensar e verbalizar que uma delas tinha falecido; vive com a avó materna com doença de *Parkinson* e a avó paterna está acamada com doença oncológica, um cancro na cabeça.

A propósito do lar onde trabalha: «*o clima de trabalho está melhor*», acrescentando contudo: «*as pessoas são falsas umas para as outras...isso mexe comigo*».

Sobre o José contou que uma noite destas ele telefonou a perguntar-lhe onde estava: encontrava-se no café com os amigos, depois de sair das aulas, convidando-o a aparecer por lá, numa atitude, pelos vistos, nova e surpreendente para o José, rematou esta situação assim: «*estou a fugir-lhe ao controle...*».

Ainda sobre a relação com o marido, pretendeu ilustrá-la desta forma: «*a mãe dele tem estado pior e ele nem sequer me disse nada...eu disse-lhe : então a tua mãe está pior e tu nem me disseste nada....*».

Ainda sobre este assunto disse: «*às vezes apetece-me agarrar numa trouxa e ir embora*».

Sobre o Augusto: «*ele era como eu...*», referindo-se à maneira de ser, extrovertida e divertida.

Sobre o namoro com o Augusto: «*primos, tios, a família toda, todos estavam contra a nossa relação*».

Mais: «*proibiram-me de sair...*»

O namoro ocorreu aos 15/16 anos, com a duração entre 2 ou 3 anos; a O. nunca parece saber a data e duração precisas.

Contou que quando ele casou lembra-se de ter sentido uma «*sensação estranha*». A boda decorreu num espaço que dava para observar da sua casa. Colocou-se ao portão e a mãe chamou-lhe a atenção para ela se retirar dali «*eu respondi: já nem à minha porta posso estar...*».

Contou ainda, com alguma graça e aparente naturalidade, que no dia do casamento os noivos caíram de um pequeno varandim, episódio que parece ter sido o momento emblemático da festa.

O Augusto casou com 21 anos (pelas minhas contas a O. tinha menos 2 anos, ou seja, 19 anos) e morreu aos 25 anos (tinha a O. 23 anos), deixando uma filha de 4 anos.

A propósito de um dos problemas actuais da sua vida, a relação com a filha, nomeadamente a situação da *Cátia* viver com os avós: «*ela não quer vir para casa...*».

Acrescenta que «a Cátia lá está melhor»; «ela gosta muito de brincar com ele (referindo-se ao pai, avô da Cátia)»; um pormenor significativo: «a iniciativa foi da minha mãe (referindo-se ao facto de a filha viver com os avós)».

Conta ainda: «a Cátia nunca gostou de colo...nunca pediu colo».

Sobre os interesses da filha: «está sempre empoleirada em cima de tudo»; «gosta muito de ver a telenovela portuguesa “Anjo Selvagem”, em especial a Mariana» (a figura de identificação da Cátia, a Mariana, é a protagonista principal da trama, segundo sei uma espécie de “Maria rapaz”); «o avó é muito cuidador».

Quanto à escola diz que está tudo bem.

A terminar, e a propósito do trabalho que temos desenvolvido, continua a expressar, por sua iniciativa, as visíveis e significativas melhoras, desta vez nestes termos: «antes estava tão mal...praticamente deixei de conduzir porque não via nada...parece que parava o pensamento...neste momento voltei a conduzir, vou para todo o lado de carro e sinto-me muito bem...sem qualquer problema...ainda hoje vim de carro para aqui».

Mesmo no fim: «sabe...voltei a sonhar...já não me recordo bem...foi há alguns dias, mas tenho a certeza que o Dr. entrava no sonho...».

9.ª SESSÃO: 8 de Fevereiro de 2002

Estava prevista para esta sessão a aplicação do teste projectivo *Rorschach*.

No entanto, percebi que a O. estava ainda mais ansiosa do que habitualmente pelo que tentei perceber a natureza da situação e tentar conter de alguma forma.

«Na mesma, o normal...».

Episódio no trabalho: a colega de serviço mais velha, aquela que a O. diz funcionar por «luas», aproveitou a visita surpresa do pai e da filha da O. ao lar para lhes mostrar que ela fumava. A O. diz que a filha não a chegou a ver mesmo a fumar, mas a situação foi difícil pelas conversas e pressão familiar que daí resultaram.

«Naturalmente eu neguei tudo», disse a O..

Quanto ao porquê de uma mulher casada ter de esconder tanto uma coisa destas, esforço que a pressiona, voltou a argumentar com o habitual: *«porque não lhes quero dar esse desgosto, não quero que saibam, iam ficar muito desiludidos comigo».*

Sobre a colega de serviço: *«a Sra. estava informada das razões que me levam a esconder que fumo»;* apesar desta afronta, continua a falar com ela como se nada fosse, tentando esconder o impacto da malvadez, pois *«era exactamente isso que ela queria».*

Em resultado de todas as pressões e controle que têm sobre ela disse: *«qualquer dia expludo e depois dizem que estou maluca».*

«Manipulam-me!»

«A culpada sou eu...nunca consegui cortar...»

«O controle que tinham sobre mim continuam a ter...», referindo-se nomeadamente aos pais e ao marido.

Sobre o José, contou o seguinte episódio: estavam a jantar, como sempre, na casa dos pais e, pouco antes de virem embora, a *Cátia* recusou-se a dar um beijo de despedida ao pai, este reagiu mal, ficou furioso e acabou por ir embora sozinho; a O. saiu depois num outro carro também sozinha; a O. contou este episódio como que não percebendo como é que um “simples” acontecimento deste *«modificou tudo»*, uma vez que até ali tudo estava muito bem...

A propósito da relação com o marido, manifestou grande revolta e muita insatisfação relativamente ao modo de ser e funcionar do José, dando na altura mesmo a entender que não havia solução para os dois enquanto casal. Ouvi, tentei promover a sua expressão emocional, tentei ajudar a clarificar alguns sentimentos, tentei conter e, por último, estimular a procura de novos processos e alternativas no seio do casal.

Registei os principais desabaços em forma de queixa:

- *«Será que algum dia ele vai ser diferente?...»*
- *«Não é capaz de me dar um elogio, por mais que eu faça...»*

Sobre a questão se gosta do marido:

- *«Eu não digo que não gosto, mas que ele poderia ser de outra maneira podia»*
- *«Por exemplo, até hoje nunca foi capaz de dizer se o comer está bom, por melhor que esteja...»*

A rematar este extenso desabaço, disse: *«antes de vir para aqui só pensava: vou-me matar!»*

Apurei que quando tinha 11 anos o pai ausentou-se 10 meses em Angola

Viveu em Z. entre os 9 e os 11 anos, mudança que, segundo a sua percepção e entendimento, *«não me afectou»*.

A O. precisa de exteriorizar ainda mais a sua “raiva amordaçada” centrada na figura do marido:

- *«Há quase três meses que não temos nada um com o outro...»*, referindo-se, pela primeira vez, à esfera amorosa e sexual; foi o próprio José que sentiu a necessidade de falar sobre o assunto numa saída que pretendeu ser engraçada e pouco dramática, disse: *«então há quanto tempo não temos nada um com o outro?»*

- «*Não falamos quase nada...*», a propósito deste assunto, mas numa tentativa de generalização
- «*Tinha a esperança que ele mudasse...*»
- «*O José não me compreende...nunca me compreendeu...*»

Sobre a sogra (recorde-se que piorou), conta que não a tem visitado, rematando assim: «*no fundo sou torta como os outros...*»

A terminar, novamente sobre o José: «*são só acusações ou então sou eu que entendo assim...*»

Por fim, voltou referir-se ao trabalho que temos desenvolvido: «*tive muita sorte de o ter encontrado...não sei o que hoje seria de mim se não tivesse vindo ter consigo*».

10.ª SESSÃO: 15 de Fevereiro de 2002

Passagem do Teste Projectivo Rorschach

11.ª SESSÃO: 22 de Fevereiro de 2002

Começámos com atraso, por deficiente gestão de tempo da minha parte.

A O. entrou eufórica, muito alegre e bem disposta:

- «*Estou óptima...sinto-me muito bem, voltei a ter alegria e vontade de me arranjar, o que já não acontecia há muitos anos...*»;
- «*Estou mais magra...*», soltando uma monumental expressão mista de orgulho e felicidade;

- «Voltei a sonhar...no meu sonho tinha perdido a chave de uma porta...foi muito aflitivo, mas finalmente encontrei-a....»;
- «Sinto que a minha auto-estima melhorou bastante...»;
- «Tenho novamente objectivos...»;
- «Sinto que surgiu novamente o interesse e o prazer pelas coisas...»;
- «Sinto que cada vez sou mais eu...»;
- «Aos poucos estou a recuperar o controle da minha vida...»;

Neste contexto contou com evidente satisfação e com ar de vitória que agora já não telefona à mãe por obrigação e a toda a hora, como antes o fazia, ilustrando com este exemplo: *«quando chego a casa, depois de sair da casa da minha mãe, já não ligo o telefone a dizer que cheguei...; recorde-se que todos os finais de tarde a O. visita a filha, à casa da mãe, e depois percorre um pequeno trajecto de carro com destino à sua casa; fiquei agradado com a tentativa de mudança da O., ainda assim procurei estimular a reflexão sobre os vários tipos de telefonemas, desde os informativos aos afectivos passando pelos controladores, e a necessidade de avaliarmos a natureza de cada um desses tipos.*

Novo sonho: *«Esta noite sonhei que ainda estava a trabalhar, estava a descascar batatas, tenho ideia que estávamos todas a falar, de coisas do dia a dia...»*

Sobre a relação com o José pareceu um pouco mais tranquila, ainda assim sobre o funcionamento deles enquanto casal disse: *«é muito estranho».*

Vê-se que a O. tem, finalmente, pensado sobre o tipo de relação ou o tipo de vínculo que a une ao marido, ao ponto de admitir reflectir sobre esta alternativa: *«chego a pensar se não será melhor o divórcio...».*

Naturalmente, procurei constituir-me como apoio, tentando ouvir atentamente as suas razões, ajudar à expressão das suas emoções e promover a sua reflexão sobre todas as alternativas, conduzindo-a a uma espécie de balanço e

fazendo-lhe ver a importância de uma tomada de posição consciente e ponderada, sem tomar partido, para já, por qualquer eventual decisão.

Assim, e na sequência dos movimentos efectuados, na esfera mais positiva da relação, contou-me que no dia dos namorados (14 de Fevereiro) o José a convidou para jantar fora, tipo convite surpresa. Infelizmente, já no próprio restaurante um casal amigo juntou-se a eles e perdeu-se a oportunidade de saborearem um momento com uma atmosfera diferente. A O. afirmou que a iniciativa do “ajuntamento” não foi do José, mas sim do outro casal, lamentando o sucedido mas sublinhando que «*existem muitas outras oportunidades*».

Acrescentou: «*nos últimos dias não temos discutido...*»

Por sua iniciativa, subtilmente fez deslizar a conversa para uma esfera mais íntima, como que envergonhada; não me fiz rogado e não deixei cair a tentativa, embora tenha entrado cauteloso. A O. voltou a sublinhar que a abstinência continua «*Nada!*», confessando, já mais à vontade, que o José, por vezes, toma a iniciativa, mas ela não corresponde, não lhe apetece. Questionada sobre o porquê, disse: «*não gosto da maneira como ele faz as coisas...*»; foi possível perceber em parte a técnica ou o método que, aparentemente, motiva a queixa: «*apaga a luz e mete logo a mão em cima...não é assim que se fazem as coisas...digo-lhe logo para parar quieto e tudo acaba ali...*»; ainda sobre o mesmo assunto: «*não tenho vontade...*».

Falou-se ainda da *Cátia*: melhorou a relação entre elas, tem mais vontade em estar com ela, inclusivamente de dia a filha passa mais tempo na casa dos pais. A própria *Cátia* à noite pede para ficar na casa dos avós «*é ela que quer...*».

Falou também do renovado interesse em praticar exercício físico, neste momento é a falta de tempo que a impede, mas está a tentar criar essa oportunidade.

Por último, registei que o pai está agora mais aliviado da pressão familiar que ultimamente o tem acompanhado (a doença da avó).

12.ª SESSÃO: 1 de Março de 2002

«Acabei com o Inderal»; foi com a mãe ao médico de clínica geral, também seu médico de há muitos anos, e este entendeu acabar de vez com a medicação; segundo o médico, a metade de comprimido que tomava todos os dias de manhã estava a servir «apenas para enganar a cabeça», pelo que tomou essa decisão atendendo às melhorias significativas, ao discurso do seu bem-estar geral e ao desaparecimento da sintomatologia e dos evitamentos; desde essa altura, a O. continua a sentir-se muito bem: «cada vez melhor...», disse.

Manifestou revolta para com os responsáveis onde trabalha: foi instalado no lar um centro de apoio aos “sem abrigo” e as funcionárias nem sequer foram informadas das suas novas tarefas; venceu que não pretende fazer discriminação, mas o contacto com sujeitos com hepatites e sida deve ser levado em conta, «até porque tenho uma filha lá em casa...»; esta novidade vai obrigar a uma mudança nas escalas e nos seus ritmos...

Nos últimos dias perdeu 3 kg e desde o início das sessões já lá vão 11 kg...

No último Domingo levantou-se cedo e decidiu passear de manhã a pé, sozinha pois o José ficou a dormir: «andei cerca de uma hora e senti-me muito bem», disse.

A continuação do sonho anterior: «Sonhei novamente que estava a descascar batatas para um almoço importante...os almoços não tinham fim por mais que me esforçasse...».

Sobre o José vinca, cada vez mais, uma análise crítica ao seu comportamento na relação com ela:

- «Foi sempre assim...»;
- «Quando a Cátia nasceu começou a ser pior...»;
- «Não tenho culpa que a miúda não lhe queira dar um beijo...», a propósito de um episódio já relatado; por vezes, parece que a miúda é utilizada como arma de arremesso entre os dois

Falou-me do tipo de gestão financeira do agregado familiar: têm contas individuais; o José ganha cerca de 180 contos por mês, fora os seguros; o ordenado mensal da O., aproximadamente 80 contos, é o sustento da casa; queixou-se muito desta situação, relatando conversas tidas com ele, mais uma vez mediadas com as necessidades da filha.

Diz estar numa fase activa de *«avaliação de sentimentos...»* e acrescenta mesmo que desconfia dele; sem ser muito explícita deu a entender que põe a possibilidade de existir outra...: *«há muito tempo que não está tudo bem»*, acrescenta.

A avó (mãe da mãe) faz hoje 81 anos.

Relatou ainda mais uma investida do chefe de serviço, sublinhando a sua seriedade e integridade, ou seja, procura prontamente cortar este tipo de abordagens *«que raiva que me dá...»*, remata.

13.^a SESSÃO: 10 de Abril de 2002

No dia da última sessão falou com o marido: a conversa não foi a melhor, ainda assim a O. explorou uma inquietação cada vez mais presente, a possibilidade de existir outra mulher na vida do José *«ele disse-me que não existia outra pessoa»*; depois contou-me que durante 3 dias não se falaram *«não vale a pena andar a chatear-me contigo por causa da Cátia...»*, disse.

«Nos últimos dias temos estado melhor...».

Voltou a queixar-se da colega de trabalho...

A Cátia para o pai: *«se tu me bates eu bato-te também...»*.

Avó materna de 81 anos vive com a mãe da O., tem doença de Parkinson. O avô materno morreu quando a mãe da O. tinha 18 anos, ou seja, não chegou a conhecer o avô.

Quando se diagnosticou que a avó paterna tinha um tumor foi a O. que acompanhou a avó às consultas, apesar do problema das «batidas», estreitando a relação com essa avó até aí algo distante. No entanto, confirma que a relação com a avó materna é muito mais forte, viveu com ela e foi praticamente ela que a criou: *«quando nasci já a minha avó estava lá em casa, foi ela que me criou...falava mais com a minha avó do que com a minha mãe»*

Diz que não se sabe ao certo a doença actual da avó paterna...tem 75 anos, tensão alta e problemas de coração.

O avô paterno de 84 anos tem actualmente um tumor no pescoço, antes foi tratado a outros dois; diabetes e problemas de coração. O pai da O. todos os dias vai a W. dar assistência aos pais.

Sobre os pais do José: *«naquela casa nunca houve afectos para ninguém...»*. A sogra continua deitada, *«o pai do José bate-lhe...dá-lhe com cada sova...»*; diz que o José não fala muito sobre os pais; sobre a situação dos sogros *«não me aquece nem me arrefece...»*; diz que a sogra é completamente dominada enquanto o sogro tem o síndrome da perseguição.

O pai esteve ausente em Angola durante algum tempo, as colegas de escola diziam-lhe: *«tu és rica o teu pai está em Angola...»*.

A terminar falou-se e pensou-se na relação entre a O. e o José e formas de a potenciar.

14.ª SESSÃO: 10 de Maio de 2002

A avó paterna morreu a semana passada: tinha um tumor há cerca de oito anos, há três anos ficou acamada, faleceu em casa *«gostava bastante da minha avó»*. O Avô paterno, também com um tumor há um ano, está actualmente a fazer radioterapia, reagiu assim: *«ficou deitado...quieto»*. O Pai reagiu bem *«talvez porque foi enfermeiro na tropa em Angola...»*.

Recebeu a notícia da morte da avó pelo telefone, ficou serena mas chorou passados uns 10 minutos.

Em Novembro de 2001 morreu um primo vítima de acidente, caiu das escadas.

O pai tem actualmente 56/57 anos. Relata episódios do funcionamento do pai, nomeadamente as ausências à guisa de queixas do tempo em que a O. era pequena: *«quando era pequena o meu pai gostava era de passear...»*; *«a minha mãe ficava angustiada porque ele não aparecia...»*; *«parecia que quanto mais longe estava de casa melhor...»*; *«a minha mãe ficava muito preocupada com o meu pai quando ele não aparecia porque pensava que ele podia ter tido um acidente...»*; *«o meu pai nessa altura bebia muito...pode-se até dizer que estava com problemas com o álcool...»*; *«Na altura do parto, no meu nascimento, o meu pai foi divertir-se para a feira...»*, disse com um sorriso.

A O. nasceu a 14 de Junho de 1970.

O pai da mãe, avô materno da O., morreu quando a mãe tinha 18 anos, de acidente imprevisto (explorar).

Falou ainda mais do pai...

A Cátia faz 4 anos em Agosto.

Volta a referir que o sogro bate na sogra: *«a Cátia pergunta se a avó vai morrer...diz que ela está doente dos nervos...que grita muito...»*.

Voltou a *«ralhar»* com o João.

Nos dias 8, 9 e 10 de Junho vai ter um fim-de-semana fora com o José.

Novamente sobre o José: «*não me dá luta...*»

15.ª SESSÃO: 14 de Junho de 2002

Atrasado 45 minutos recebi a O. com a certeza que a sessão não iria ter a duração normal, porquanto minutos depois a selecção portuguesa jogava um jogo decisivo com a Coreia do Sul e a O., na véspera, convidou-me insistentemente a mim e ao Dr. Rogério para almoçar e ver o jogo na companhia do marido – entendi não aceitar.

A O. apresentou-se bonita, cuidada, animada e bem-disposta.

Adiantou-me que o avô paterno morreu na quarta-feira e enterrou-se ontem; recorde-se que a avó paterna morreu também há pouco tempo. O agravamento da situação clínica do avô obrigou à interrupção do fim-de-semana prolongado que estava a decorrer, voltaram logo no segundo dia em vez de no terceiro como estava previsto (explorar se a *Cátia* foi).

A sogra continua mal, está internada e em exames cuidados e não se sabe bem o que vai acontecer.

Mas a excitação da O., para além da esperança em eu aceitar ir com eles ver o jogo, residia também noutro aspecto: o marido estava lá fora. Quando nos despedimos não resistiu à tentação de ir chamar o marido à sala de espera, certamente ansiosa para ele me conhecer.

O marido apareceu curioso e tímido, de alguma forma ansioso e a fazer a fuga para a frente: «*então como está a doente?*», devia ter-lhe perguntado o que achava, mas lá fui dizendo que as coisas estavam a correr bem, disponibilizando-me para o receber quando ele quisesse.

16.ª SESSÃO: 2 de Julho de 2002

Sobre o José: *«estou farta dele e da família dele...daquilo tudo...»*

O avô, falecido recentemente, após a morte da avó, também recentemente, foi para o centro de dia onde a O. trabalha. Para além do cancro, também sofria de falta de ar.

O avô materno morreu antes de acidente automóvel, projectado do carro contra uma placa de cimento de sinalização rodoviária; tinha 40 e poucos anos...

Diz que a relação com a mãe está bem, aceitou ser menos controladora...

Sobre o pai: *«desde que a Cátia nasceu que não consigo ter uma conversa com ele...anda nervoso...foi também a situação dos meus avós...acho que temos feitos muito parecidos...»*; *«pelo contrário, quando era pequena lembro-me de pensar e dizer que se houvesse uma separação ia viver com o meu pai...a minha mãe era uma carraça...»*; *«com o nascimento da Cátia o meu pai ficou mais chato...mais controlador...»*; *«ele (pai) faz tudo o que a neta quer, diz que ela tem sempre razão...»*.

Conta episódios que ilustram uma excessiva manipulação da filha sobre toda a família, alguma má educação mesmo...preocupante.

A avó paterna foi operada há quase 8 anos.

A filha também foi ao passeio ao Alentejo: cantou para mais de 100 pessoas, na 1ª noite fez uma birra enorme *«não queria ficar, eu quero a avó...»*, no final fez outra birra porque não queria sair do hotel.

Um sonho significativo com a filha: *«Sonhei que estava a andar de baloiço com a Cátia, naqueles baloiços que são umas tábuas e ora vai uma para cima e a outra para baixo, sabe quais são?...estranho, nunca gostei de baloiços e era impossível a minha filha levantar-me...mas no sonho parecia tão normal...tão real»*.

Recorda tempos passados e difíceis:

- *«não havia dia nenhum que não pensasse na morte...»*;

- *«estive praticamente oito anos fechada em casa sem conseguir fazer nada...»;*
- *«só saía de casa uma vez por mês...obrigava-me a ir pagar as contas, mas voltava para casa o mais depressa possível...»;*
- *«passava os dias em casa de pijama, fechava todas as janelas e persianas, afastava a mesa da sala e deitava-me no chão enrolada em lençóis e cobertores e ali ficava no escuro...»;*
- *«tinha medo de estar com a Cátia pois a qualquer momento podia dar-me qualquer coisa...»;*
- *«Hoje em dia tenho outro prazer e segurança em estar com a Cátia...brinco com ela...passeio com ela...»;*
- *«Levei muitos anos sem comprar uma peça de roupa, o José dizia-me: não tens outra coisa para vestir...»*

«Esta semana pensei muito no Augusto..como poderiam ter sido as coisas...o que poderia ter sido diferente...»

Novamente sobre o José:

- *«não sei se é a pessoa certa...»;*
- *«não posso fumar quando estamos com os amigos»;*
- *«quando lhe ponho o braço por cima parece que fica incomodado e isso revolta-me...»;*
- *«agora arranjo-me melhor e ele diz-me nem penses que vais sair comigo com isso vestido...»;*
- *«pelo segundo sábado seguido foi divertir-se com os amigos, na primeira vez chegou quando eu estava a sair para o trabalho...não o matei porque ia a sair de casa...esta segunda vez chegou um pouco mais cedo...»;*

- *«Qualquer dia corto-lhe as asas...»;*
- *«Afirma não sentir ciúmes, apenas preocupação por ele beber e conduzir do X. para Y...»;*
- *«Falei com a minha mãe e disse-lhe que o divórcio é uma coisa normal, não seria a primeira nem a última...ela disse-me que era uma vergonha...o que iam dizer as outras pessoas...»*

Confirma-se que a relação entre os dois é difícil, com muitos conflitos, sem muito prazer, com provocações e acusações constantes.

Parou a escola, fez algumas unidades apenas, mas diz que vai voltar para o ano.

17.^a SESSÃO: 6 de Setembro de 2002

Depois de uma ausência, por indisponibilidade da minha parte, de mais de 2 meses.

Está muito preocupada porque sente um *«nó na garganta»* que a inquieta muito.

Telefonou ao médico a perguntar-lhe o que seria: *«perguntei-lhe se seria apenas do sistema nervoso e ele, em vez de me tranquilizar, disse-me que talvez fosse outra coisa, pediu-me para passar pelo consultório, fiquei ainda mais preocupada, vou lá hoje».*

Falou dos problemas clínicos da madrinha, dos tumores; continua a identificar-se com as doenças dos outros com muita facilidade.

Centrou-se muito no trabalho, nomeadamente dos conflitos com o chefe: tal como faz com todas as outras, ele lá a vai assediando, com beliscões e “festinhas” que ela diz não apreciar: *«que as outras deixem isso é lá com elas, comigo não...»;* segundo ela, por responder e protestar vai apanhando, por retaliação, com as

piores tarefas; por altura da marcação das férias, ponderou seriamente a possibilidade de se despedir, «o José é que ficava todo contente».

Para além do chefe, relatou a existência de conflitos, latentes e manifestos, com outras colegas de trabalho.

Sempre pensou que era ajudante de cozinha, mas afinal é auxiliar de serviços gerais. Contudo, na prática, desempenha as funções de ajudante de cozinha.

A Cátia mudou muito a sua atitude: «*agora, quer sempre vir para a nossa casa, e sempre que é possível, fica connosco*».

Naturalmente o marido, está maravilhado com esta mudança: «*o José está todo contente, sempre foi isto que ele queria*»; «*as coisas com o José estão muito melhores*».

18.ª SESSÃO: 11 de Outubro de 2002

Apresentou-se muito bem disposta e sorridente: «*é dia de vir ter com o Dr....*».

A Madrinha acabou por falecer com cancro, na quinta-feira passada. Afirma ter sentido muito esta dor, estava muito ligada à madrinha, lá em casa está tudo de rastos, a chorar; «*eu não choro...não sei porquê...não consigo chorar...nunca choro...*».

Desta vez não se desorganizou com uma morte de alguém muito chegado.

O problema da garganta passou em 4 dias com antibiótico.

Prometeu, logo que se reúnam as condições, ir fazer os habituais exames anuais de rotina, atrasados em meses.

A Cátia também gostava muito da madrinha e percebeu que tinha acontecido alguma coisa de grave. A mãe disse-lhe que a madrinha morreu e a miúda começou a chorar compulsivamente. Para a calar acabou por dizer que foi

mentira. No dia seguinte a miúda acabou por dizer: «*eu sei que morreu...*» e nunca mais falou do assunto.

A relação com a filha continua em fase crescente: «*sempre que não vou trabalhar fica comigo...o José está encantado...*».

Deixou de estudar porque não estava a sentir grande motivação: «*prefiro ficar com a Cátia* ». Vai passear com ela ao parque.

A relação com o pai está cada vez melhor: «*antes não conseguíamos ter uma única conversa...agora não...*».

A mãe ainda tenta controlar, mas agora a O. manda.

A relação com o marido também melhorou muito. Ainda assim, continuam algumas queixas sobre o seu funcionamento e maneira de ser: «*não conta nada do dia-a-dia*»; «*não partilha tarefas da casa*»; «*é só futebol*»; «*nunca lhe faz um elogio*».

Confessou que o seu feitio também não é nada fácil, bem pelo contrário.

Um dia destes foi almoçar com uma colega e um colega. Antes contou ao marido e ele não queria que ela fosse. Naturalmente não aceitou: «*ele vai todos os dias almoçar com as amigas e eu não lhe digo nada...não admito que ele desconfie de mim...se eu não quisesse não lhe contava e ele nem sequer sabia...teve uma crise de ciúmes*».

Por vezes, o marido bebe em acontecimentos pontuais. Nessas ocasiões dá-lhe quase sempre para chorar.

O chefe voltou a dar-lhe beliscões.

Voltou a ter memória dos sonhos, recorda ainda com alguma dificuldade, vai passar a registar num caderno.

Começou a ser trabalhado com mais acuidade o aproximar do final das sessões.

19.ª SESSÃO: 25 de Outubro de 2002

Apresentou-se como nas últimas sessões: cuidada, investida e sorridente; auto-estima em alta.

Realizou dois desenhos. Primeiro propus-lhe o desenho livre. Ficou vermelha e regrediu. Disse que não sabia desenhar, mas acabou por fazer. Fez primeiro a lápis e depois disse: *«está muito cinzento não está...quer que pinte não quer...»* e depois pintou. Talvez por minha influência, tínhamos falado de projectos de vida e imaginário, acabou por dizer que esta casa representava um sonho seu em construir uma nova casa. Disse ainda que faz alguns desenhos para a filha.

No segundo desenho foi-lhe proposta uma figura humana. Ficou sozinha e, no final, acrescentou que aquela figura não era ninguém em especial, apenas uma mulher ou rapariga.

20.ª SESSÃO: 15 de Novembro de 2002

Sessão marcada na véspera: a O. estava de serviço, mas fez de tudo para trocar e conseguiu - era a nossa última sessão.

Apresentou-se como nas últimas sessões: cuidada, investida, mais magra, cada vez mais bonita e sorridente, mas também ansiosa.

Conflitualizou explicitamente com uma colega de serviço: *«estavam habituados a dizer-me tudo e eu calar-me...agora não, eu sou diferente...e eles acham estranho»*; *«falou mal de mim nas minhas costas, quando eu a tenho ajudado em tudo o que posso...confrontei-a com aquilo que disse e disse-lhe tudo...fui bruta e depois fiquei eu mal...ao ponto de tomar novamente os comprimidos...»*; *«senti-me muito nervosa e descontrolei-me...podia ter dito as coisas de uma forma mais suave...»*; *«o tempo de me dizerem tudo e eu calar-me já passou...agora levam logo o troco...»*.

Reflectiu-se nas suas frequentes explosões, resultado de uma alteração no seu funcionamento, e da melhor forma de as fazer; está numa fase de transição, do tudo para o nada, e ainda não é capaz de se situar num contínuo.

Falou da relação com o marido: «*a nossa relação está muito melhor...há mais diálogo*»; ainda assim, são inúmeras as queixas que expressa: «*deixa tudo espalhado pela casa e depois queixa-se que a casa está desarrumada...*»; «*chega a casa e começa logo a ver a Sport TV...é só bola...acabo por ir para o quarto ver outras coisas...*»; «*deixa-se dormir no sofá a ver televisão e no outro dia nem foi para a cama*»; «*não aceita que eu fume quando ele fuma...já lhe disse: deixo de fumar quando tu também deixares*»; «*não quer ir à festa de natal do meu serviço...*»; enfim, são muitas as acusações e «*raiva amordaçada*» que circulam dentro dela.

Chega mesmo a fazer elaborações sobre temas antes recalcados: «*acho que ele nunca conseguiu ultrapassar a minha história com o Augusto...e acho que eu também não ultrapassei a traição com a colega dele de escritório*».

Reflectiu-se sobre a verdadeira dor desse episódio do marido e acabou por admitir que essa história não lhe provocou um grande sofrimento «*foi mais pela traição*», logo ele que sempre andou atrás dela, completamente fiel e honesto, podia esperar de todos menos dele, foi mais uma situação que aproveitou para poder esgrimir acusações e equilibrar uma “*conta*” que ainda está em aberto.

Reflectiu-se sobre a forma que tem de se relacionar: muitas acusações e julgamentos de parte a parte, nomeadamente do seu dedo indicador sempre em riste. Diz que vai procurar compreender melhor as suas razões e aproximar-se mais dele.

Falou-se da ineficaz circulação dos afectos, bloqueados em ambas as partes.

Falou também que, cada vez mais, sente que vai tendo um espaço dela que nunca chegou a ter.

A relação com a filha está cada vez melhor e passa todo o tempo que pode com ela.

O seu trabalho tem sido um verdadeiro obstáculo há relação e dinâmicas familiares: tem um fim-de-semana de folga de 6 em seis meses; para mais o marido não concorda com aquele emprego. Põe a possibilidade de sair, mas prefere que a despeçam para ter direito ao subsídio de desemprego; *«podia ir estudar, fazer o 12º ano e tirar um curso superior»*

Aos dezoito anos trabalhou num escritório durante nove meses, por intermédio de programas do centro de emprego e, findo esse período, foi trabalhar, inserida num programa idêntico, para uma casa de pronto a vestir onde fazia atendimento ao público, durante dez meses. Nunca mais teve ocupação profissional, até que surgiu este emprego onde está há quase 3 anos, desde os 29 anos, portanto, um ano depois de ser mãe.

Muitas queixas do chefe de serviço: continua a mete-se com ela; parece-me, tal o ênfase um episódio histérico e também alguma satisfação por ser seduzida; mas o ambiente no trabalho não é bom, se conseguisse mudar de profissão seria bom

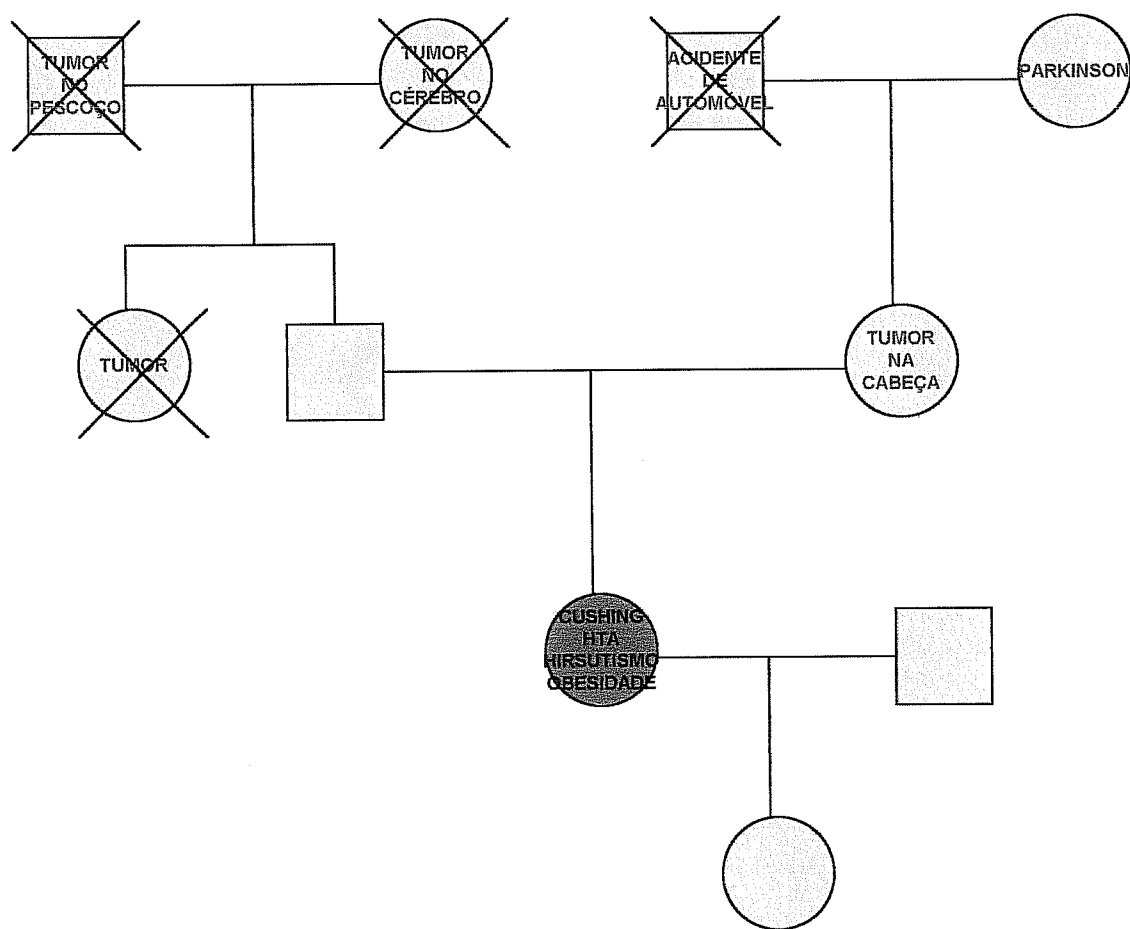
Em síntese, com o marido, a filha e os pais está tudo cada vez melhor.

A despedida não pareceu ter sido angustiante.

ANEXO 3

Caso Odete: Genograma

GENOGRAMA ODETE



ANEXO 4

Caso Odete: *Rorschach* e Psicograma

CASO: ODETE, 31 ANOS

<p style="text-align: center;">PRANCHA I</p> <p>13''</p> <p>1. (Pega na prancha) Parece um pássaro...</p> <p>2. Tipo um morcego, uma coisa assim...Já está. (Pousa a prancha)</p> <p style="text-align: right;">45''</p>	<p>As asas, o corpo, o global.</p>	<p>G F+ A Ban.</p> <p>G F+ A</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA II</p> <p>23''</p> <p>3. (Pega na prancha) Eu acho que...sei lá...dois animais a dançarem...</p> <p>4. Tipo o rinoceronte...dois rinocerontes a dançarem. Estou a ver coisas muito belas, não estou? (Pousa a prancha)</p> <p style="text-align: right;">1'20''</p>	<p>São dois rinocerontes porque têm os corninhos e as orelhas.</p>	<p>D kan A</p> <p>D kan A</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA III</p> <p>27''</p> <p>5. (Pega na prancha) Duas africanas a tocar tambor. (Pousa a prancha)</p> <p style="text-align: right;">52''</p>		<p>G K H Ban</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA IV</p> <p>19''</p> <p>6. (Pega na prancha) Como se chama aquilo?...O abominável... (Pousa a prancha)</p> <p style="text-align: right;">48''</p>	<p>Os pés, sei lá, o tamanho.</p>	<p>G F+ (H)</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA V</p> <p>3''</p> <p>7. (Pega na prancha) Uma borboleta, mais nada. (Pousa a prancha)</p> <p style="text-align: right;">34''</p>	<p>As asinhas, as antenas, mais nada.</p>	<p>G F+ A Ban.</p>

<p style="text-align: center;">PRANCHA VI</p> <p>38''</p> <p>8. Acho que isto me faz lembrar a pele de uma raposa.</p> <p style="text-align: right;">3'16''</p>	<p>A cabeça, esta forma, estar assim estendida fez-me lembrar.</p>	<p>G F+E A Ban.</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA VII</p> <p>4''</p> <p>Isto não me faz lembrar nada...(Fica inquieta.) Não...não me faz lembrar nada...nada.</p> <p style="text-align: right;">1'14''</p>	<p>Nada, absolutamente nada.</p>	<p>Recusa Equiv. Choque</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA VIII</p> <p>28''</p> <p>9. Isto faz-me lembrar duas iguanas a trepar...mais nada.</p> <p style="text-align: right;">1'08''</p>	<p>Estão a trepar uma árvore, um monte.</p>	<p>D kan A Ban.</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA IX</p> <p>30''</p> <p>Nada... (Fica inquieta.) Não me faz lembrar absolutamente nada</p> <p style="text-align: right;">1'04''</p>	<p>Continua sem me fazer lembrar nada.</p>	<p>Recusa Equiv. Choque</p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA X</p> <p>24''</p> <p>10. (Pegou na prancha) Uma mistura de cores, brilho, sei lá, alegria...acho que sim.</p> <p style="text-align: right;">1'01''</p>	<p>Sol...o sol está a mistura, no colorido.</p>	<p>G C Abst.</p>

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

PRANCHAS QUE MENOS GOSTOU	
Prancha VII	Prancha IX
<i>“Não me inspirou nada...não me disse absolutamente nada.”</i>	<i>“Pelo mesmo motivo, não me inspirou nada, não me disse absolutamente nada.”</i>

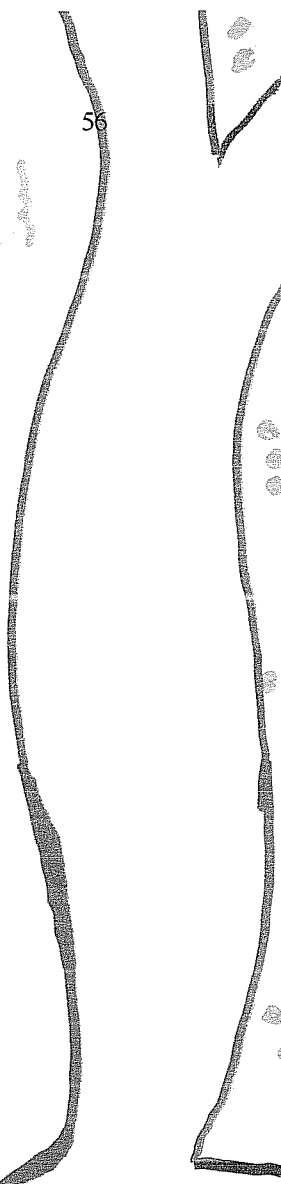
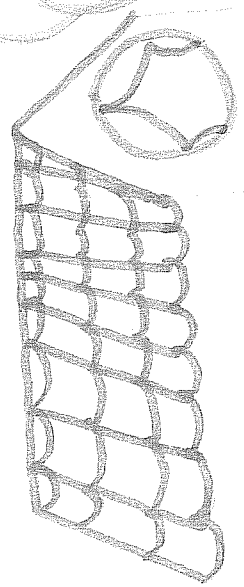
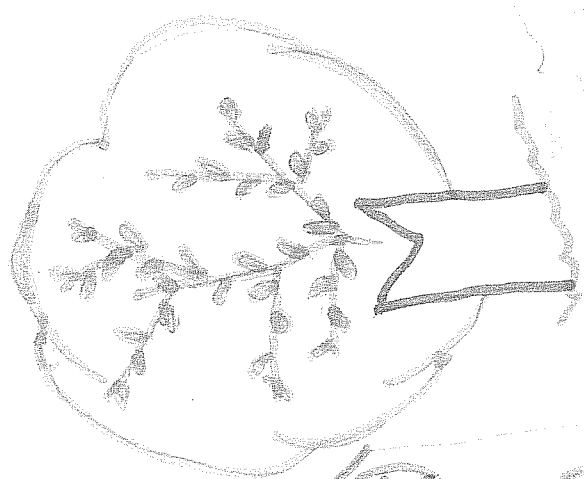
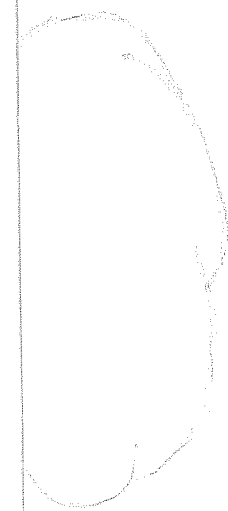
PRANCHAS QUE MAIS GOSTOU	
Prancha X	Prancha III
<i>“Por isso mesmo, porque me inspira aquilo que tinha perdido. Todo o sol que agora novamente me ilumina.”</i>	<i>“Porquê? Primeiro porque não sou racista; depois porque gosto de música africana e depois porque tenho muita pena do sofrimento que eles têm...as africanas, as crianças...”</i>

PSICOGRAMA

Respostas	10 ↓↓	Fa%	100%↑↑	Hd	-
Recusas	2	F+%a	100%↑	(H)	1
Tempo Total	11'10" ↓↓	K	1	(Hd)	-
Tempo/Resposta	1'07" ↑	kp	-	H%	20%
Tempo Latência Médio	21" ↑↑	Kan	3	Anat.	-
Elementos Qualitativos		kob	-	Arq.	-
Choques	-	FC	-	Abs.	1
Eq. Choque	2	CF	-	Art.	-
Perserv.	-	C	1	Bot.	-
Com. Cor	-	FE	1	Elem.	-
Com. Sim.	-	EF	-	Emb.	-
Crit. Obj.	-	E	-	Fgt.	-
Crit. Subj.	-	F Clob	-	Geo.	-
Modos de Apreensão		Clob F	-	Geol.	-
G	7 (70%) ↑↑	Clob	-	Nat.	-
D	3 (30%) ↓↓			Obj.	-
Dd	-	TRI	1K : 1ΣC	Pais.	-
Dbl	-	F Comp	3Σk : 1ΣE	Sg.	-
Do	-	RC%	20% ↓↓	Sx.	-
Determinantes		IA	0%	Ban.	5
F+	5	Conteúdos		Orig.	-
F-	-	A	7	Prova Escolhas	
F±	-	Ad	-	+	-
ΣF	5	(A)	-	10	7
F%	50%	A%	70% ↑↑	3	9
F+%	100% ↑	H	1	-	-

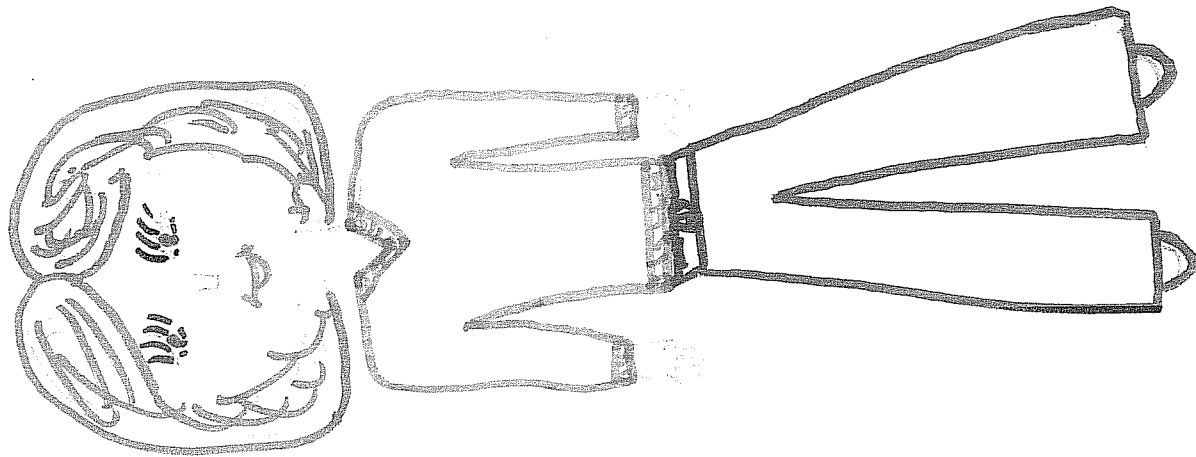
ANEXO 5

Caso Odete: Desenho Livre



ANEXO 6

Caso Odete: Desenho Figura Humana



ANEXO 7

Caso Francisco: Cronologia das Sessões

CASO FRANCISCO: CRONOLOGIA DAS SESSÕES

- **1.^a Sessão:** 09 de Novembro de 2001 p. 63
- **2.^a Sessão:** 16 de Novembro de 2001 p. 66
- **3.^a Sessão:** 23 de Novembro de 2001 p. 70
- **4.^a Sessão:** 30 de Novembro de 2001 p. 72
- **5.^a Sessão:** 07 de Dezembro de 2001 p. 75
- **6.^a Sessão:** 21 de Dezembro de 2001 p.77
- **7.^a Sessão:** 04 de Janeiro de 2002 p.79
- **8.^a Sessão:** 17 de Janeiro de 2002 p.81
- **9.^a Sessão:** 25 de Janeiro de 2002 p.82
- **10.^a Sessão:** 01 de Fevereiro de 2002 p.84
- **11.^a Sessão:** 08 de Fevereiro de 2002 p.85
- **12.^a Sessão:** 15 de Fevereiro de 2002 p.87
- **13.^a Sessão:** 22 de Fevereiro de 2002 p.87
- **14.^a Sessão:** 01 de Março de 2002 p.88
- **15.^a Sessão:** 10 de Abril de 2002 p.89
- **16.^a Sessão:** 10 de Maio de 2002 p.91
- **17.^a Sessão:** 14 de Junho de 2002 p.92
- **18.^a Sessão:** 06 de Setembro de 2002 p.94
- **19.^a Sessão:** 11 de Outubro de 2002 p.95
- **20.^a Sessão:** 25 de Outubro de 2002 p.97

ANEXO 8

Caso Francisco: Sessões

CONTEXTO E PEDIDO

O caso do Francisco foi encaminhado a partir da triagem efectuada pela *Equipa de Psiquiatria de Ligação à Clínica de Diabetes e Nutrição, do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.*

Conhecedora dos objectivos da investigação, a equipa considerou que, para além dos propósitos de participação na investigação, também o doente poderia beneficiar da criação de um espaço de relação e de um tempo para pensar a sua história de vida, inevitável intervenção que poderia acrescentar ganhos e, de alguma forma, contribuir para a melhoria do seu bem-estar geral. A proposta foi apresentada e fundamentada ao doente de uma forma clara e aceite com agrado pelo mesmo.

No sentido de facilitar a participação do Francisco, as sessões decorreram no Centro de Saúde da sua área de residência, local onde também decorria a investigação com outros doentes, decisão tomada, naturalmente, com o conhecimento da Equipa de Psiquiatria de Ligação do Hospital de Santa Maria e da Consulta de Diabetes e Nutrição e do Director do respectivo Centro de Saúde.

O Francisco foi encaminhado por uma colega com a seguinte descrição: *«rapaz de 22 anos, com patologia asmática até aos 8/9 anos, substituída por diabetes insulino dependente (DID) a partir dessa idade, com perturbação da imagem corporal e ejaculação precoce. A diabetes foi vista por ele como uma benção, pois a asma é que o afligia. Apresenta um razoável controlo da diabetes».*

1.ª SESSÃO: 9 de Novembro de 2001

O Francisco (F.) compareceu no Centro de Saúde da sua área de residência exactamente à hora marcada para a sessão.

Quando o F. entrou no consultório a primeira impressão que registei, em resultado da sua linguagem corporal, movimentação espacial e verbalizações de ocasião, foi a de um rapaz com uma ansiedade contida, muito adaptado, gracioso e educado, alguém com quem nós, de uma maneira geral, simpatizamos à partida.

O F. é um rapaz de 22 anos, cerca de 1,70 m de altura, magro, cabelo curto castanho claro, olhos claros, óculos e um ar juvenil (nesta 1.ª sessão vinha vestido com calças de ganga, camisa azul que cobria uma "t-shirt" branca). Se nos reportarmos apenas a uma percepção global destes breves índices, não teríamos grandes hesitações em acreditar que o F. poderia ter menos idade, até a uns 17 anos.

Apresentou-se com um ar aparentemente cansado que tentou disfarçar, ou, talvez, fruto de uma ansiedade que não estava totalmente disfarçada. De qualquer das formas, a sensação de aparente cansaço poderia ser também resultado do facto de estar a trabalhar e ter-se "esfalfado" por arranjar, da melhor maneira, uma abertura para se encontrar ali comigo aquela hora (aquando da marcação da consulta por telefone, o F. sugeriu-me se não poderíamos passar a sessão para a semana seguinte, uma vez que nessa semana estaria de férias e não teria que faltar ao trabalho; esta sugestão foi declinada por eu não me deslocar a Z. nesse período, ainda assim foi dito ao F. para resolver da melhor forma, sem se prejudicar...).

Feitas as normais apresentações, houve oportunidade para esclarecemos detalhadamente as circunstâncias de nos cruzarmos ali os dois - recorde-se que tudo começou com a triagem à consulta da diabetes no hospital de Santa Maria em Lisboa, e por o seu caso ter sido remetido para acompanhamento psicológico; por falta das melhores condições, nomeadamente profissionais, o F. não tinha grande

disponibilidade para se deslocar a Lisboa e a respectiva equipa de Santa Maria lembrou-se que eu também fazia este trabalho em Z., daí...

De imediato, aproveitei para explicar a natureza do trabalho a desenvolver: *«...tanto no hospital de Santa Maria em Lisboa como aqui em Z., estou a tentar estudar algumas pessoas, não muitas, e tentar compreender porque é que essas pessoas adoecem, ou seja, tentar recolher informação sobre essas pessoas, sobre a suas histórias de vida, os seus problemas as suas dificuldades, as suas alegrias e tristezas, e tentar perceber o que é que se passou para que elas em determinada altura adoçam. Para isso, preciso, naturalmente, de falar com elas e tentar percebe-las e compreende-las. Conto que aproximadamente 20 sessões seja o suficiente para concretizar este estudo, uma, duas ou 4 vezes por mês, consoante a vontade e a disponibilidade dessas mesmas pessoas. Obviamente que este meu trabalho tem também como objectivo que as pessoas, de alguma forma, melhorem. Acredito que se conseguirmos, os dois, criarmos um clima de confiança, um espaço onde você e eu nos sintamos bem, em que possa contar as suas angústias e preocupações, e tudo aquilo que entender, e que eu possa ajudá-lo a pensar algumas das suas dificuldades, isso também irá contribuir para o seu bem-estar e vai, certamente, fazer-lhe bem. Será sempre o F. a decidir se pretende ou não participar neste trabalho e se vê vantagens para si nesta participação».*

Perante esta explicação que pretendeu ser tão ética quanto esclarecedora o F. foi peremptório: *«Eu quero participar, pode ser muito bom para mim».*

Cumprido este ponto preliminar, avancei: *«então é como é que vão as coisas?»*

Resposta pronta e sintomática do F., com impacto na cadeira para trás, como se acabasse de ser ejectado de uma qualquer nave espacial: *«não estão mal, não estão nada mal...»*, seguida de um suspiro e de uns reajustamentos na cadeira para se recompor da “viagem” no espaço, um espaço que na altura me pareceu desorganizador e ameaçador, em que parecia sentir-se muitas vezes perdido.

Conseguida a posição na cadeira que entendeu mais confortável, ligeiramente na oblíqua para mim e com o braço direito na ponta da mesa, avançou sem parar: *«deixei de estudar há 1 ano e agora estou a trabalhar».*

Sem silêncios, disparou de imediato: *«estou com um problema do foro sexual e já tinha dito isso à sua colega de Santa Maria...tenho ejaculação precoce...falámos muito deste assunto e ela fez-me muitas perguntas...perguntou-me se me masturbava e desde que idade...»*

E.: *«E qual foi a sua resposta?»*

F.:*«Eu disse-lhe que relativamente a esse aspecto acho que sou normal [sentiu-se invadido, não quis dizer...], apesar de não ter termo de comparação pois não costumo falar com os meus amigos sobre este assunto...comecei a masturbar-me por volta dos...não sei já muito bem, mas julgo que por volta dos 16 anos...parece-me normal...também do ponto vista da cultura...ou melhor da educação que os meus pais me deram também me parece que não há nada a apontar...eles foram-me explicando as coisas à medida da minha curiosidade, à medida que ia crescendo...sem grandes problemas e de uma maneira que me pareceu acertada...não encontro explicação para este meu problema...em todas as outras coisas da vida costumo resolver tudo bem...se não corre bem à primeira não há problema, pois de certeza que nas oportunidades seguintes vai correr melhor...aqui não, tento mas não consigo...tento até não ligar porque há coisas bem mais importantes na vida...mas também é chato...ter sempre este problema a perseguir-me...».*

Como se pode facilmente constatar, o F. expressa-se de uma forma fluente, com um vocabulário rico, privilegia o contacto ocular, denota hiperinvestimento e confiança na relação e, praticamente, não faz silêncios, fiquei logo com a sensação que se não lhe introduzisse mais nenhum assunto ou questão ele falaria a sessão toda sem interrupções, preenchendo todos os eventuais silêncios; mais: os silêncios parecem incomodá-lo e ele encadeia os assuntos e as informações com relativa facilidade, procurando relatar os seus acontecimentos e situações.

2.ª SESSÃO: 16 de Novembro de 2001

Logo no início da sessão, apareceu a oportunidade para lhe colocar uma questão que, atendendo aos conteúdos da sessão anterior, me pareceu oportuna: «o F. namora?»

F.:«*Sim, namoro uma rapariga há 1 ano, mais velha que eu, tem 23 anos, vai agora fazer 24, temos uma boa relação, ela é muita minha amiga, compreende-me e tenta ajudar-me; diz-me para eu não me preocupar muito com a situação porque há-de passar; fala-me até em casamento e eu umas vezes digo-lhe que sim, outras digo-lhe que temos de ir com calma pois primeiro temos de criar as bases suficientes para a vida, as bases para mim são muito importantes, porque a vida não é fácil, e depois sim...ela compreende-me e ajuda-me neste problema, posso dizer que nos damos bem, ao ponto de falar em casamento...».*

O falar do “pedido” de casamento da namorada parecia um ponto importante para o F., tal a ênfase com que expunha a ideia e pronunciava a palavra, talvez para equilibrar uma auto-imagem, auto-conceito e auto-estima que não são as melhores; nessa altura lembro-me de ter pensado que ele estava a dizer mais ou menos o seguinte: mesmo com este grande problema que não pára de me atormentar e que não me deixa ser um homem a sério, ela gosta de mim e até me pede em casamento....

A propósito do casamento aproveitei para perguntar se essa ideia recorrente e repetida da namorada o assustava. O F. respondeu: «*eu gosto dela, e como já disse, por vezes digo-lhe que sim, mas outras vezes... é verdade, fico assustado, até porque sou novo e é muito importante conseguir primeiro as bases, depois logo se vê, nós nunca sabemos o dia de amanhã, pode ser com ela ou não...».*

E.: «*É a sua primeira namorada?»*

F.:«*Não, namorei outra rapariga quando tinha 16 ou 17 anos, mais ou menos, um namoro de 4 anos, é portanto a minha segunda namorada, e com essa namorada também tinha o mesmo problema. Esse namoro terminou mas conseguimos manter uma boa relação, somos amigos...há pessoas que rompem definitivamente, deixam de se falar e isso, mas eu*

acho importante resolvermos as coisas de outra maneira...se posso continuar a ser amigo dela porque não...acho melhor assim...ela até me pergunta, de vez em quando, se estou melhor do meu problema...».

E.: «Há mais pessoas com quem partilha essa dificuldade, tem irmãos?...».

F.: «Tenho duas irmãs, uma mais velha com 27 anos e a outra mais nova com 15 anos, mas não falo com elas sobre este assunto, falo apenas com a minha namorada e, por acaso, há pouco tempo até se proporcionou comentar o assunto com um amigo...todos me dizem para eu não me preocupar...se eu desistisse por causa de uma coisa destas também não me parece grande solução...há coisas mais importantes na vida...e também podemos pedir ajuda...não me importo de pedir ajuda...o Dr. X, o meu médico diabetologista disse-me que este problema é psicológico, daí me ter encaminhado para a sua colega de Santa Maria...pode ser também um efeito negativo da diabetes, mas eu, sinceramente, não tenho feito muitas leituras sobre este assunto, acho mesmo que é psicológico...não é um grande problema mas o Dr. deve compreender que é aborrecido...penso sempre que vai passar mas assim não acontece...tento não pensar no assunto mas não adianta...acho que já vou com medo apesar de ele não ser muito consciente pois tento esquecer-me».

E.: «Essa sua dificuldade, a ejaculação precoce, como lhe chama, acontece há quanto tempo?»

F.: «Desde a minha primeira relação»

E.: «E essa relação foi há muito tempo?»

F.:«Foi com a minha primeira namorada, há cerca de 2 anos, essa primeira vez as coisas não correram muito bem, tal como agora, continuo com o mesmo problema de ejaculação precoce»

E.: «Quando diz ejaculação precoce o F. quer dizer exactamente o quê?»

F.: «Uma ejaculação muito rápida...de 2 ou 3 minutos...muitas vezes a ejaculação dá-se ainda na fase dos carinhos...a minha namorada compreende-me e procura ajudar-me mas é muito aborrecido e desgastante para mim...» (pequeno silêncio).

Continua descrevendo a situação que parece configurar uma situação de impasse ou conflito sem saída: *«às vezes tenho até dificuldade na erecção...e quando consigo a erecção ejaculo logo, não consigo controlar...nas outras situações da vida consigo controlar...»* (pequeno silêncio).

O F. preenche novamente o silêncio e continua, parecendo revelar nas ideias seguintes um funcionamento típico do sujeito alérgico, ou seja, evita o conflito, transformando rapidamente o “estranho” em “familiar”: *«eu tenho até muito à vontade com as situações e na relação com as outras pessoas...sou muito observador e, ainda antes de conhecer e falar com as pessoas, observo o que elas apreciam e gostam, de maneira a que, quando as conheço verdadeiramente, já parece que as conheço há mais tempo e a relação corre bem...sou muito alegre e extrovertido e todos gostam de mim...ninguém sequer imagina que tenho este problema...quando se fala com os amigos sobre assuntos sexuais eles até costumam dizer: este malandro nunca diz nada deve ser cá um garanhão»*.

O F. continua imparável: *«sabe eu sou uma pessoa muito segura e com as mulheres ou namoradas gosto de levar as coisas a sério, ao contrário do que acontece hoje em dia com a maior parte das outras pessoas, só avanço quando tenho certezas»*. E.: *«Pelo que me dá a perceber o F. não gosta de conflitos?»*

F.: *«É verdade, não gosto de conflitos, se puder evito-os...mesmo quando eles surgem, por exemplo no trabalho, consigo manter sempre a calma...uma coisa curiosa é que em conflitos grandes mantenho a calma e, outras vezes, com coisas pequenas exalto-me muito...tenho alguma dificuldade em compreender este meu comportamento, sou calmo mas, por exemplo, a conduzir sou impulsivo...não cometo infracções mas vou sempre no limite...como, por exemplo, em viagens de carro para o Algarve...não tenho problemas neste aspecto...não sou de hesitações...calculo tudo muito bem...pânico, nesse sentido, a conduzir, é mau...no resto gosto sempre de pensar primeiro o que estou a fazer...também quando tenho de falar com alguém preparo primeiro a conversa»*.

Surgiu um breve silêncio e o F. retomou: *«tenho boa relação com todas as pessoas...dei-lhe o exemplo da minha primeira namorada, ainda hoje somos bons amigos...»*.

E.: «E a sua actual namorada tem boa relação com a namorada anterior?»

F.: «Inicialmente não, mas agora falam bem...não é uma amizade muito íntima mas suficiente para se relacionarem...por vezes até pelo telefone» (breve silêncio).

F.: «Sou uma pessoa muito positiva, os meus amigos até costumam dizer que sou muito optimista...este problema é que actualmente me deixa desanimado».(breve silêncio).

Volta a referir uma das ideias anteditas: «tenho dificuldades em explicar porque mantenho a calma em situações difíceis e depois exalto-me com coisas menores...».

E.: «E costuma exaltar-se em que circunstâncias e com quem...é com o material, com as pessoas, é mais em casa, com a família?»

F.: «Não, é com as pessoas, no trabalho, por exemplo, com coisas mínimas...mas depois, regra geral, peço desculpa, mesmo não tendo essa obrigação, só não se dá bem comigo praticamente quem não quer».

Tinha já passado uma hora e quinze minutos e tínhamos de terminar. Entendi não me despedir do F. sem lhe transmitir umas breves palavras de ânimo: «F. temos de terminar por hoje porque tenho outras pessoas a seguir, se você concordar continuamos em data que vamos agora marcar...sobre o problema que me apresentou hoje não devo, para já, avançar grandes comentários, ainda assim parece-me que o F. não deve forçar o seu desejo e desempenho sexual, procure deixar-se fluir na relação que tem com a sua namorada, até porque ela o ajuda, procure saborear essa relação. Vamos ter, certamente, oportunidade para falarmos mais sobre este e outros assuntos da sua vida, acredito que o F. saberá encontrar as respostas e as soluções para os seus problemas. Eu estarei cá para o ajudar no que me for possível».

Entretanto, nas negociações para a marcação da 3.^a sessão, uma semana depois, fiquei a saber que o F. trabalha numa casa comercial, e que não lhe serão colocados grandes problemas, segundo ele, para estar presente nas sessões.

3.ª SESSÃO: 23 de Novembro de 2001

«Estou no mesmo passo...».

Conta que teve uma semana de férias vivida com *«despreocupação»*. Conta que nessa semana teve vontade de ir ao Alentejo, pois gosta de lá ir, mas não foi. Foi sim ao local de trabalho, por duas vezes, mesmo em férias.

«Regra geral correm mal, já é um hábito», esta citação não sei se é referente às suas férias ou mesmo à sua vida.

A namorada é secretária num escritório de advogados.

O Francisco actualmente faz atendimento público numa casa comercial de Z., *«tenho responsabilidade material e financeira nas funções que desenvolvo»*. Os patrões praticamente dão-lhe carta branca em todos os assuntos, a ele e a uma colega, só em certos casos, mais delicados, é que têm necessidade de recorrer aos patrões.

Sublinha que *«gosto de ter o máximo de conhecimentos para poder atender bem os clientes, para poder aconselhar as pessoas a comprar os produtos sem correrem perigos ou riscos»*.

Trabalhou antes num laboratório de fotografia, mas *«o horário era lixado e o salário era baixo»*. Tratava de uma actividade que gostava muito, fez inclusivamente revelações sozinho. Acontece que esse trabalho *«era lixado, pois chegava a trabalhar até às 11 da noite»*. Assim, quando surgiu esta oportunidade, mesmo não tendo um salário muito diferente, acabou por aceitar, essencialmente por ter os fins de semana mais livres, trabalhando apenas aos Sábados até às 13h00.

Na firma onde trabalha actualmente já foi aumentado uma vez: deu um salto bom, melhor do que aquele que havia acordado com os patrões quando para lá foi trabalhar.

A propósito, e em resposta a uma pergunta, recuperou as várias mudanças de residência que se sucederam na vida dos pais, contudo o F. só já apanhou duas dessas mudanças ou localidades; a sua irmã mais velha é que apanhou

praticamente todas as mudanças – essa irmã tem actualmente 27 anos e apareceu-lhe asma recentemente.

Volta ao trabalho: *«neste momento o meu emprego não me satisfaz totalmente e tenho a ideia de mudar assim que for possível. No entanto, para já não sei pois não vou arriscar a prestação do carro, além disso sou muito curioso e estou a aprender muito».*

Quanto a habilitações literárias, possui o 12º ano de escolaridade incompleto, falta-lhe a Física e a Matemática. Fez exames no Verão passado, na condição de aluno externo, ou seja, não frequentou as aulas candidatando-se apenas aos exames, mais para avaliar a dificuldade das provas, e conta que até ficou contente com os resultados, embora tenha chumbado nas duas épocas, com piores resultados nos segundos testes, mas dadas as circunstâncias não ficou desanimado.

Afirma que gostava de continuar os estudos e, desde já, apresenta duas áreas da sua preferência, *«as áreas em que gostaria de vingar profissionalmente: ou na comunicação social, porque gosto muito de me relacionar com as pessoas, ou no ensino, pois também gosto muito de crianças, de brincar e lidar com elas...sinto que tenho facilidade e sinto que as crianças também gostam facilmente de mim».*

Nasceu em W. há 22 anos. Mudou-se para Z. fez 15 anos em Agosto, ou seja, foi viver para Z. aos 7 anos. Os pais saltitaram por vários locais do país: A., Y., W. e Z., ..., até que, finalmente, o pai adquiriu casa própria em Z..

Assim, fez a 1ª classe em Torres Vedras e depois mudou-se para Santarém: *«não fiquei triste, bem pelo contrário...até achei piada, gostei muito, coisas novas...».*

Pouco depois de chegar a Z., desapareceu a asma que tinha praticamente desde que nasceu. Este acontecimento foi naturalmente marcante e *«sentido como um grande alívio»*, mas logo em seguida foi-lhe diagnosticado Diabetes.

Foi, de alguma forma, descritivo relativamente à história e vivência da sua asma; a sua mãe vivia muito preocupada e assustada com as crises de asma, muitas

vezes pegavam nele e tinham de levá-lo para o hospital, onde chegou a ficar várias vezes internado.

Continua: *«recordo-me de me retrair muito em certas actividades e sempre que me excitava, um bocadinho mais, ficava pior e a asma aparecia».*

Mais: *«Por exemplo, gostava muito de jogar à bola, mas cada vez que me excitava ficava com asma».* Aparentemente o F. desenrola este relato com ausência de angústia, ou melhor, parece disfarçar bem essa angústia, parece estar habituado a lidar com ela.

Acrescenta: *«ainda hoje fico muito atrapalhado com a Educação Física...sou muito desajeitado nos movimentos...na coordenação dos movimentos...não tenho jeito...».*

Outros pormenores ilustrativos: *«nunca soube nadar, mas há cerca de 6 meses ando a treinar na piscina...esta é outra meta que eu tenho: saber nadar normalmente, de forma a não me destacar dos outros pela negativa...»;* *«a natação do ponto de vista corporal deu-me um certo ajuste, agora já tenho o peito mais largo...».*

A propósito do seu relato, reflectimos em torno de um possível paralelismo entre a asma e a ejaculação precoce: tal como na asma em que cada vez que se excitava ficava atrapalhado e surgia uma crise, também agora parece que quando se excita em demasia as coisas não correm bem, fica atrapalhado e surge uma crise. Remate do F. *«é verdade...nunca tinha pensado nisso».*

Não tem memória dos sonhos, nunca se lembra ou não se dá conta que sonhou, diz mesmo: *«não sonho»;* *há muitos anos que não sonho...».*

4.ª SESSÃO: 30 de Novembro de 2001

Segundo o F., esteve internado umas 4 ou 5 vezes pelo problema da asma, *«estes internamentos devem somar cerca de 1 ano da minha vida ...fora todas as outras*

vezes que tive de recorrer ao hospital, mas sem necessidade de internamento...». Continua: «chateava-me mais o hospital do que propriamente a asma».

Sobre a mãe: «a minha mãe mimava-me muito...estava sempre muito preocupada com o que me poderia acontecer...praticamente programava todos os passos da minha vida».

Hoje em dia: «considero que a minha mãe não se mete na minha vida, controlava-me mais quando tinha asma...actualmente digo-lhe sempre onde vou apenas por uma questão dela não se preocupar.».

Como foi dito, ao longo dos primeiros dois anos em Z. progressivamente desapareceu a asma: mas surge, logo a seguir, a diabetes.

Ainda antes do diagnóstico: «nessa altura perdi a vontade de brincar e perdi a dinâmica, ninguém sabia o que se passava: urinava na cama, emagreci substancialmente, perdi o apetite...praticamente só bebia leite, pegaram-me novamente ao colo e levaram-me para o Hospital de Santarém, de onde segui para o Hospital de Santa Maria. Finalmente em Santa Maria diagnosticaram-me a Diabetes», conta tudo isto novamente sem manifestação de angústia ou sofrimento. Acrescenta: «não foi um choque, não sabia o que tinha». Esteve 3 semanas em Santa Maria.

Antes do diagnóstico, uma médica que o assistiu em Z. disse à mãe que o F. sofria de «stress da escola».

Na altura do diagnóstico tinha então 9 anos, passaram entretanto quase 14 anos.

Conta: «a minha mãe é uma pessoa muito nervosa...nos primeiros tempos era a minha mãe quem ficou com a responsabilidade de me dar as injeções de insulina, mas ela tremia tanto que não me conseguia dar as injeções».

Continua: «lembro-me perfeitamente da primeira consulta com o Dr. X (seu médico diabetologista ainda hoje), em que a minha mãe lhe disse que não era capaz de me dar as injeções e o Dr. X respondeu-lhe: ah não é capaz...então deixe o seu filho morrer...está a ver

aqui este frasquinho... este frasquinho é o que pode salvar a vida ao seu filho, se você lhe der ele vive, se você não lhe der ele morre...gostei desde logo do Dr. X».

Parece que a mensagem do médico não surtiu o efeito desejado, conta o F.: *«com os nervos, cada vez que a minha mãe ia dar-me uma injeção picava-me todo...».* Dadas as circunstâncias, foi o F. quem, com 9 anos, passou a injectar-se sozinho.

Ao fim de 1 ano com a doença entra em depressão.

Volta a falar do Dr. X: *«confusão na alimentação; mariquices todas a trabalhar; não tanto os amigos...».*

Relativamente à Diabetes, o Francisco conta que teve a chamada *«lua de mel da diabetes...»*

Hoje considera que tem um bom controlo da diabetes: *«o corpo fala, é só nós traduzirmos a sua linguagem».* Actualmente, e a parecer provar aquilo que diz, desloca-se regularmente à consulta de rotina da diabetes apenas de 6 em 6 meses.

A terminar, deixou para o fim o seguinte assunto: contou-me que neste período de férias, e na sequência da nossa última conversa, reflectiu muito e tomou a decisão de ter uma conversa séria com a namorada, mais precisamente propôs-lhe um período temporário de afastamento, ou seja, a suspensão do namoro.

Segundo ele: *«esta decisão tem como objectivo obrigar-nos a pensar melhor na nossa relação, avaliarmos melhor os nossos sentimentos um pelo outro e essencialmente no sentido de ajudar a recuperar algum espaço que deve ser só meu e que ultimamente já o tinha perdido».*

Em resposta a uma pergunta minha, conta que, já depois desta tomada de decisão, *«continuo a almoçar com ela, pois doutra forma ela almoça sozinha».*

Sobre o sonho: *«nunca sonho!».*

5.ª SESSÃO: 7 de Dezembro de 2001

Abriu com «*monótono...o ritmo habitual do dia-a-dia...*», respondendo à questão inicial: «*então como é que vai?*».

O F. não estava especialmente contente, pelo contrário, em termos comparativos estava visivelmente mais abatido que nas duas sessões anteriores.

Disse-me que ultimamente tem sentido algumas dificuldades em adormecer, quando isso acontece a escrita, por vezes, é um recurso mobilizado, foi o que aconteceu uma noite destas: «*há pouco tempo escrevi um poema...consegui concretizá-lo, senti satisfação porque nem sempre consigo acabar o que começo a escrever...*». Perguntei-lhe qual o contexto em que emergiu a necessidade da escrita: «*não conseguia dormir...recorri à televisão e ao computador, mas o sono não vinha...então pensei: vou ver se risco alguma coisa...*».

Em média o F. afirma que sente dificuldades em adormecer e durante a noite são muitas as vezes em que acorda para ir à casa de banho, «*normal*», diz ele.

Aparente perturbação do ritmo sono-vigília, parecendo surgir a insónia como expressão mais habitual desta desregulação e, naturalmente, a dificuldade em conseguir uma boa higiene do sono e um sono reparador.

Também apresenta dificuldades na recuperação de datas, confunde-se com frequência, bem como na orientação e na memorização de percursos, características que remetem para a organização espacial e temporal.

Sobre o poema quis saber o tema que o inspirou: «*não foi por nada em especial, simplesmente gostei...*».

Eu novamente: «*mas o poema procura traduzir ou expressar alguma coisa?...*»

F.: «*Olhe o que se passa aqui, não desistir e ter coragem, tentar reagir e não ir abaixo...*».

«Nos últimos 15 dias não me tenho sentido tão enérgico como costuma ser normal...não tenho reagido tão bem...este problema está sempre presente...(refere-se à ejaculação precoce)», a falta de energia pode compreender-se à luz de uma tentativa de ruptura amorosa, sempre difícil; acresce que angústia do F. é típica: a sua separação das mulheres é sempre um conflito quase sem solução.

Ainda a propósito da escrita: «escrever é como um desabafo...há quem diga que escreve só para si...eu não concordo, acho que escrevemos sempre para alguém ler».

Diz que «sou muito observador», nós já sabemos que sim, é uma grande necessidade.

Volta a falar da condução, do seu perfil como automobilista; nós também já sabemos que ele ao volante é potente, viril e não tem medo de nada, precisamente o oposto de quando não está sentado ao automóvel.

Fala da sua facilidade em meter-se com as raparigas, destaca-se dos outros rapazes, é sempre ele que se mete com elas, com toda a habilidade e sucesso, quando todos o querem fazer mas ninguém o consegue; não tenho dúvidas que o F. é capaz de fazer abordagens distintas...

Durante estes últimos dias partilhou a seu maior sofrimento com o seu maior amigo, segundo o F. o amigo ficou atónito, nada o fazia prever: «ele disse-me que eu mesmo assim consigo estar sempre alegre e divertido, consegues adaptar-te a todas as situações, eu no teu lugar nem sei o que faria...mas depois acabou por me encorajar»

Comenta a sua forma de reagir às situações: «reajo sempre bem às situações...parece-me que é bom sinal reagir assim...».

A propósito da sua maneira de ser e de funcionar diz: «ainda há dias encontrei o meu antigo patrão e falei com ele como se nada se tivesse passado...percebi que até ele ficou surpreendido por eu ter reagido assim», acrescenta: «eu sou assim...dou sempre à-vontade às outras pessoas...deixo sempre as pessoas à-vontade».

Sobre o actual momento e situação com a (ex)namorada: *«estou a deixar andar para ver o que vai dar»*.

Dissertava sobre este assunto, essencialmente da dificuldade em separar-se, sem o verbalizar, quando se saiu com esta pérola, como que a justificar que se a amizade for boa talvez o problema esteja resolvido: *«o namoro tem que surgir sempre de uma amizade, penso eu»*.

A terminar, quando tentei promover a sua reflexão e expressão emocional sobre o assunto, disse: *«sinto-me mais solto e com mais espaço, antes passava 7 dias por semana com ela, agora só passo 5 dias»*.

Sonhos: *«não dou conta de sonhar»*.

6.ª SESSÃO: 21 de Dezembro de 2001

«Vão andando...»

Dá-me conta que nota alguma alteração na sua maneira de funcionar, diz por exemplo que tenta deixarem as coisas fluírem, nomeadamente na relação com os outros.

A propósito da nossa relação terapêutica avança com uma frase paradigmática do seu funcionamento: *«sei lá, como eu venho para aqui sem nada preparado...»*.

Fala do amigo M.: *«contou-me que no outro dia lhe aconteceu a mesma coisa...fiquei preocupado...»*, referindo-se a um episódio de ejaculação precoce do amigo.

Em resposta à minha tentativa de aprofundamento: *«não conseguiu desempenhar a função como estava à espera»*, esta frase sobre o episódio do amigo traduz bem como se vê a si próprio».

Ainda sobre a nossa relação terapêutica: *«vou daqui com uma sensação de grande alívio...a sentir-me mais leve»*.

Sobre o ritmo sono-vigília: *«por vezes acordo a meio da noite, mas depois adormeço»*

Há umas noites atrás teve muita dificuldade em adormecer: *«depois sinto uma pressão acrescida pelo facto de não conseguir dormir»*; ainda sobre este assunto: *«como tenho a capacidade de montar filmes...de ver mais à frente, fico preocupado»*, referindo-se ao seu funcionamento mental: ansioso, inseguro, com necessidade de programar tudo para conseguir a adaptação (hiperadaptação).

Em resposta à pergunta sobre os seus pensamentos quando não consegue dormir, disse: *«penso, por exemplo, que tenho o carro para pagar...e outras preocupações»*

Ainda nesta linha acrescenta: *«o pessimismo predomina»*

Não pensa em comprar casa a curto prazo

Sobre o namoro: *«não está bem definido...tenho deixado arrastar»*.

Sobre a mudança operada na relação com a rapariga: *«sinto-me melhor com este novo espaço»*

Contou que a namorada o convidou para sair com a irmã dela e respectivo marido, num programa que considerou muito forçado e engendrado; respondeu negativamente e disse: *«por obrigação não...»*.

Admitiu que a rapariga o pressiona, de uma forma ou de outra, encontrando-se em reflexão sobre o namoro, se cai ou não...

Estivemos algum tempo a interpretar o namoro em torno das situações conflituais de base.

Parece que este momento que está a viver se assemelha muito à relação anterior: *«já o fiz também com a namorada anterior»*, referindo-se ao seu método

muito particular de terminar relações amorosas, mais parecendo que não estão terminadas, no mínimo ficam ambivalentes.

É um rapaz muito defensivo...grande esforço e investimento para se adaptar, parecendo em tentativas desesperadas à procura de reconhecimento, de que gostem dele.

Por último, referiu que o pai tem um funcionamento algo rude, com muita dificuldade em fazer circular os afectos...

Recorda-se que «...sonhei com qualquer coisa relacionada com o trabalho...», não se lembra de mais pormenores.

7.ª SESSÃO: 4 de Janeiro de 2002

O F. vinha perturbado e muito ansioso, de imediato desabafou: «*neste último período aconteceram coisas relevantes*»:

- «*Domingo terminei com a minha namorada*», na noite de sábado para domingo
- «*Ela pediu-me muito para reconsiderar na decisão*»
- «*Não voltei atrás...*»
- «*Continuo a sair com ela*», almoçou com ela no dia seguinte (domingo),

passando por namorados numa espécie de almoço social

A noite a seguir ao domingo foi a passagem de ano. O F. tinha alguns convites, mas não estava com disposição. Na segunda-feira, dia 31, almoçou novamente com a (ex)namorada no restaurante do M., aí «*a S. tentou-me convencer a passar o reveillon com ela*»

À última hora aceitou o convite que mais emergia na sua cabeça: passar o ano com 7 pessoas numa casa particular, entre elas as irmãs, a (ex)namorada, o

amigo M.. Nenhum dos presentes sabia da decisão da véspera de terminar o namoro, ou seja, socialmente eles continuavam a ser namorados.

Em concreto o que aconteceu: o amigo M. fez-se à namorada e, pelo que me contou, naturalmente a rapariga correspondeu: dançaram muito agarrados, uns “amassos”, enfim o habitual nestas circunstâncias...; enquanto isso o F. via e bebia algumas cervejas...

«*Tive uma atitude estúpida*», saiu porta fora, esconderam-lhe as chaves do carro alegando que não estava em condições de conduzir; finalmente quando consegui reaver as chaves, com escândalo, bateu com o carro, sem grandes estragos...; segundo ele, «*estava irreconhecível, nunca me tinha comportado assim*».

Consequências: (1) cortou relações com o amigo idealizado; (2) as manas praticamente não lhe falam, quando muito implicam e não lhe perdoam o escândalo; (3) ficou de ressaca no dia seguinte com um «*grande peso e dor de cabeça*» e péssimo ambiente familiar.

Diz: «*A separação está confusa na minha cabeça...*»

Faz deslizar para a ejaculação precoce: «*se calhar não é só um problema psicológico...*»

Tenta movimentos entre a culpabilização e a desculpabilização, avança timidamente no sentido de saber a minha opinião sobre a possibilidade de fazer exames orgânicos de despiste do problema.

Repetiu um típico sonho depressivo, sonho recorrente da sua infância e adolescência que, na sua opinião, foi o sonho que mais o marcou: «*cair no vazio, mas antes de “cair” acordava*»; durante este sonho lembra-se que: «*(...) tinha uma enorme necessidade de bater com as mãos na cama para sentir base*»; «*nas alturas é a mesma sensação...*».

8.ª SESSÃO: 17 de Janeiro de 2002

«Cá estou...», a resposta de sempre, carregada de esforço na adaptação e com pouco prazer na vida...

Trouxe-me o poema a que me referi na 5ª sessão, disse: *«é para si...pode ficar com ele, passei-o a limpo para si, fiquei com o original, não sei é se vai entender a minha letra...»*.

«Lembro-me de ter sonhado no início da semana...sei que entrava a minha colega de trabalho».

«Aconteceram algumas coisas significativas nestes últimos 15 dias: consegui conversar com o meu amigo (o seu melhor amigo, aquele que se fez à namorada no reveillon)...finalmente ele admitiu...» (pequeno silêncio)

A.: *«Admitiu o quê?»*

F.: *«Admitiu que errou...o simples motivo de ele admitir já é um grande descanso...»*, sempre o problema em lidar com os conflitos...

A.: *«Grande descanso como?»*

F.: *«Reconheço que esta situação andava a preocupar-me muito...eu continuo ressentido, foi uma quebra na confiança, não podia pensar que me tinha enganado tanto logo em relação a ele...a princípio ele não me queria dar razão, mas depois finalmente lá acabou por admitir e pediu-me desculpas...»*

A.: *«E a sua ex-namorada, afinal ela foi uma protagonista principal nesta história...»*

F.: *«Por acaso disse-lhe a ela aquilo que tínhamos falado na última sessão...que ela podia ter cortado e evitado a investidas dele...ela concordou...»*

A.: *«E como está a vossa relação?»*

F.: *«Estamos com um afastamento cada vez mais progressivo...»*

A.: *«Como assim...?»*

F.: «Vemo-nos menos...mas almoçamos bastantes vezes juntos e outras encontramos para beber café...umas vezes passo eu à casa dela, outras passa ela à minha casa, mas quando não me apetece já digo que não...ainda no outro dia ela convidou-me para irmos sair com uns amigos e eu não me apetecia e disse-lhe que preferia ficar por casa...já não sinto aquela obrigação...sinto-me tão bem assim, não ter que dar satisfações, estou mais solto..., por outro lado acho que sou responsável pelo facto de ela não ter ninguém com quem sair...por andar comigo ela afastou-se de todos e neste momento não tem amigos...não tem ninguém com quem sair...se não sair comigo não saí com ninguém, daí sentir a obrigação de sair com ela...», a mesma angústia de sempre, não se consegue afastar das mulheres, da mãe...

A.: «E com a 1ª namorada também sentiu a mesma coisa?»

F.: «Sim, no início fez-me mesmo muita confusão, depois fui-me adaptando...», recorde-se que o F. ainda hoje mantém uma relação próxima com a 1ª namorada.

9.ª SESSÃO: 25 de Janeiro de 2002

O F. diz que não tem dormido bem, por vezes levanta-se durante a noite para ir à casa de banho, «acordo muito cansado».

A.: «O que o tem preocupado mais ultimamente?»

F.: «O trabalho!», claro, digo eu.

Na semana passada teve uma proposta para um novo emprego, num escritório, trabalho a desenvolver mais perto de casa e com um vencimento ligeiramente superior, mas decidiu não aceitar.

Rejeitou a proposta essencialmente pelos receios de não saber o que iria encontrar, apesar de todas as pessoas consultadas lhe terem dito que tinha mais possibilidades de progressão profissional do que no actual emprego – aqui foi

aumentado, mas não deve passar dali, a própria colega de trabalho, a trabalhar lá há 6 anos, já lhe disse que ali vai ser muito difícil ser novamente aumentado.

Outro dos motivos é a boa relação que mantém com a actual colega de trabalho: ela é mais velha do que ele, cerca de 10 anos, casada com um homem também com mais 10 anos que ela e dão-se muito bem, ao ponto de o F. ser seu confidente nos momentos mais difíceis da colega, como a relação com o próprio marido: *«ela conta-me inclusivamente as dificuldades que tem com o marido...e diz-me que nunca consegui desabafar com ninguém como faz comigo...eu animo-a e tento levantar-lhe o astral...foi outra razão que pesei: logo agora que tenho uma relação tão boa com a minha colega de trabalho é que vou sair...»*.

Registou também uma outra preocupação curiosa: a opinião da mãe da ex-namorada, ao que julgo ter percebido, a propósito da mudança de emprego. Aqui importa, acima de tudo, e mais uma vez, realçar, a excelente relação que diz manter com a mãe da ex-namorada: *«ela gosta muito de mim»*, remata.

Finalmente sobre a grande preocupação do momento, o problema da ejaculação precoce, disse: *«continuo a pensar: será que tem solução ou não tem?, mas tento desviar apesar de me passar pela cabeça várias vezes por dia...qualquer assunto ou tema, mesmo os aparentemente não relacionados, me fazem lembrar o problema...mas mesmo assim ando mais leve...uma sensação de não dever nada a ninguém»*, esta sensação descrita tem, certamente, a ver com o facto de, enquanto com a obrigatoriedade de “satisfazer” a namorada (para esse efeito já não são namorados) ter a percepção que o desempenho ficava tão aquém do que a namorada merecia que lhe ficava a dever sempre qualquer coisa, uma dívida sempre a acumular que, agora, não só não acumula como pode ser perdoada.

Sobre este problema diz ainda: *«penso nele mais à noite...quando estou mais relaxado...e no duche...»*.

Revelou, pela primeira vez, alguma preocupação com a diabetes, ao que consegui perceber pelos efeitos na capacidade visual.

Falámos ainda da asma da irmã, teve uma crise nos últimos tempos.

10.ª SESSÃO: 1 de Fevereiro de 2002

Em Lisboa, por ocasião da consulta semestral de rotina à diabetes

«*Gosto muito de falar com ele...*», refere-se ao Dr. X

Sobre a diabetes: «*posso controlar melhor...*»

Estrábico; Estigmatismo; Pequeno problema na válvula mitral (depois da diabetes)

Dificuldade em sarar feridas

Sobre a qualidade do sono e sonhos:

- «*Lembro-me de ter sonhado no início da semana...*»; «*um sonho sobre família e violência...*», não foi capaz de se recordar dos pormenores;
- O sonho que mais o marcou: «*cair no vazio, mas antes de “cair” acordava*»;
- Diz que nos seus sonhos apresenta, agora, um duplo papel: o de protagonista e observador; parece-me muito significativo;
- Continua a acordar cansado: «*de manhã tem sido um bocado difícil levantar...*»

Confessa que tem andado muito pensativo e reflexivo com a nossa última conversa: «*a de ser mais eu!*»

Voltámos a falar do seu modo de funcionamento e da figura da mãe nesse seu funcionamento.

Mãe menos presente a nível escolar...consultas sozinho...

M. (o amigo) não é mulher; talvez a propósito da angústia de separação das mulheres...

O tema final do costume: desta vez a tónica foi colocada na erecção ou falta dela; parece que a ejaculação é um problema que pode decorrer da falta de erecção.

11.ª SESSÃO: 8 de Fevereiro de 2002

Abertura: *«sinto-me cansado...agitado...com necessidade de descansar...não estou como sempre, parece que perdi energia...»*

Explicação: *«talvez porque as coisas no trabalho ultimamente têm sido mais exigentes...houve um assalto e isso provocou alguma confusão».*

Confrontei com o facto de estar agora a pensar mais seriamente na sua maneira de ser e de estar, no seu funcionamento, nos seus problemas e dificuldades, na forma de os resolver – quando antes tinha por hábito recalcar as coisas que o atormentavam -, pequena mudança que, obviamente, o “obriga” a distrair-se menos e, por isso mesmo, a confrontar-se mais com o sofrimento, ou seja, fica aparente mais deprimido e com menos energia, sinal que pode ser visto como normal e até positivo.

O pai: *«também a carrinha do meu pai foi assaltada»*

A (ex)namorada: *«não tenho almoçado com ela todos os dias»; «também se não almoçar com ela almoço sozinho»*

Repetição: *«da minha parte para com ela, existe uma espécie de sentimento de pena...coitada»*

Diz que pensa que ela não o tem pressionado.

O amigo M. nunca mais o viu: *«nestes últimos 7 dias passei apenas lá um dia pelo café, mas falei apenas com a mãe, nem sequer me tem apetecido»*, revelando algum ressentimento pelo sucedido ou por qualquer outra coisa que desconheço.

Com estas limitações e tentativa de operar algumas mudanças, naturalmente falou de uma espécie de *«vazio»*, que tentei clarificar e ajudar a pensar.

Entretanto encontrou antigos colegas de escola que não via há muito tempo; também saiu com um casal amigo.

A relação com a colega de serviço vai de “vento em popa”: *«ela até diz que se um dos dois saísse, por qualquer motivo, o outro ia sentir muito essa falta e que iria ser muito difícil de o substituir»*.

A frase de sempre a propósito dos últimos 15 dias: *«o quotidiano...as mesmas coisas»*.

Mas desta vez com sinais diferentes, conforme anunciou logo no início da sessão: *«um bocadinho de desânimo, parece que só me apetece é deitar e, de manhã, também sinto mais dificuldades em levantar-me»*.

«Posso dizer que nestes últimos 7 dias predominou o desânimo...»

«Ainda pensei em ir visitar umas colegas a Portalegre, eu gosto de ir ao Alentejo, de viajar, mas acabei por não ir; pensei então que talvez fosse melhor ir a uma exposição de motos (?) (já não sei onde) e pus-me vou não vou e acabei por não ir a lado nenhum...»

«A causa do desânimo é capaz de se dever ao trabalho, de manhã não sinto aquela energia»

«Também tenho continuado a pensar: será que se resolve o problema ou não?»

«Tive o convite de umas amigas para ir passar o Carnaval à F., mas ainda não sei se vou aceitar»; «pelo que tenho notado elas gostam de sair comigo».

A propósito do Carnaval: *«não gosto sequer de me mascarar, não acho piada nenhuma ao Carnaval, cativa-me tanto como um cigarro».*

A sua diabetes está normal.

A asma da irmã está controlada.

12.ª SESSÃO: 15 de Fevereiro de 2002

Passagem do Teste projectivo de Rorschach

No final, sobre o teste: *«no início estava a pensar no que estava a fazer, mas depois tentei abstrair-me».*

«No fundo acho que me obrigou a pensar...era o que eu deveria fazer mais vezes».

«Pensei: tenho de ser natural...é como no escrever, apetece-me escrever mas não sai nada...como aqui, tentei forçar mas não saía, depois tentei deixar rolar e correu bem».

13.ª SESSÃO: 22 de Fevereiro de 2002

«Nestes últimos tempos tenho vindo a pensar muito sobre a minha personalidade...»

Sobre o momento actual: *«não tenho andado muito eufórico...mas continuo bem-disposto...»*

Aceitou o convite das amigas para o Carnaval da F.: *«fui e diverti-me!»*

«Acho a vida um bocado monótona...»

Sobre a ex-namorada: *«desde o Carnaval nunca mais fui almoçar com ela...»*

Sobre os últimos episódios da relação com o amigo M., nomeadamente o último quando teve que o enfrentar: *«por acaso gostei dessa minha atitude»*

Sobre o problema de fundo (a ejaculação precoce/falta de erecção):
«continuo muito céptico sobre este problema»

Explorei os medos: «tenho muito respeito pela alturas, mas depende dos dias».

Trabalhou na construção civil e sentia algumas dificuldades. O pai, montador de gruas de profissão, mostra-lhe como é fácil lidar com as alturas (pareceu-me sentir-se humilhado/impotente quando relatou as demonstrações do pai).

Recupera uma das principais frustrações: não saber nadar!

A primeira vez que teve relações sexuais foi com a anterior namorada no banco traseiro do carro.

Tem pensado se o problema não se poderia resolver com Viagra

Acrescenta uma nova roupagem ao mesmo problema: «tudo começou por não conseguir ter erecção»; «tenho dificuldade em manter a erecção».

Circuncisão: glande

«Praticava masturbação para depois demorar mais nas relações sexuais...»

Pai e primo também: também foram circuncidados

14.ª SESSÃO: 1 de Março de 2002

Cortou praticamente o relacionamento com a (ex) namorada; contudo, acrescenta ainda que mantêm contacto telefónico e marcam alguns encontros para beber café.

A propósito, na noite passada foi parar ao hospital: a ex-namorada telefonou-lhe porque a mãe não estava bem e foi com elas ao hospital, esteve lá até à meia-noite.

Por sinal, ontem dormiu bem, ao contrário das noites anteriores.

Na última semana o dormir não tem sido fácil: *«tenho tido um sono terrível»; «forço deitar-me mais tarde»; «acordo 5/6 vezes durante a noite...»*

Manifesta preocupação em melhorar a qualidade de vida.

Fala nos exames do 12^o ano de escolaridade: manifesta ambivalência, não sabe se se candidata ou não; falo-lhe na necessidade de estabelecer um cronograma, caso se decida pelo sim...

Revela que sempre teve medo da água: *«aos 2/3 anos, não gostava de água, tentavam por todos os meios mas eu não ia...»*

O “stress de escola” foi referido pela médica de família, pouco antes da diabetes.

Tem operado algumas mudanças no grupo de amigos de referência...

Confessa que já tomou Viagra, por quatro vezes, prescrição do médico diabetologista, o que aconteceu: *«tive erecção em todas as vezes, mas também tive ejaculação precoce...»*, não recorreu mais ao Viagra.

Confirma-se: o pai e o primo foram circuncidados.

Relativamente à sexualidade em cada um dos dois namoros: *«no primeiro namoro foi só no 3^o ano...no segundo namoro foi ao fim do terceiro ou quarto mês...»*.

15.ª SESSÃO: 10 de Abril de 2002

Continua a emergir a depressão: *«não há nada que brilhe, que esteja a piscar, uma pessoa fica um pouco desmoralizada»*.

Diz: *«sinto-me aborrecido»*, sempre com dificuldade em expressar os sentimentos, as emoções e os estados de espírito, verbalmente amenizados.

Continua uma relação confusa e ambivalente com a (ex)namorada: garante que finalmente tem a certeza que não gosta dela, mas que sempre que está com ela, volta a casa com uma sensação de vazio e sem disposição.

Confessa o seguinte episódio: relacionou-se sexualmente com a rapariga, com o resultado de sempre.

Parece ter mostrado arrependimento, mas procurei aproveitar a oportunidade para lhe mostrar que não estava ali para o julgar, antes para o compreender e ajudar. Reflectimos, em conjunto, sobre esta situação, causas, porquês e eventuais consequências.

Se o F. quer mesmo separar-se da S. tem de a desiludir, caso contrário ela acredita sempre e ele é sempre manipulado.

A propósito, está preocupado com um acontecimento social próximo: foi convidado para um casamento, mas não tem companhia. Percebi que está tentado a convidar a S., mas diz que é capaz de ir com uma das irmãs ou mesmo com uma amiga. Admitiu que tem muita dificuldade em imaginar-se no casamento sozinho, desenrolando algumas cenas de um filme bem consolidado, feito essencialmente de inseguranças, desconfortos e ameaças.

Ficou patente, como sempre, a excessiva preocupação com os outros, essencialmente porque os outros, as suas opiniões e desejos, moldam o seu funcionamento e absorvem a sua energia, sempre para não os desiludir e, em última instância para, no seu inconsciente, ter possibilidades de ser gostado.

Fui interventivo, mais do que defendo, procurando sintetizar e realçar alguns traços e necessidades mais evidentes que parecem formatar comportamentos e desempenhos do F. Pareceu ficar muito surpreendido e impressionado, verbalizando várias vezes a frase: «nunca tinha pensado nisso».

16.ª SESSÃO: 10 de Maio de 2002

Acabou por ir ao casamento sozinho: «*não sei se irei repetir a experiência...*»; «*foi engolir em seco*»; «*vi-me em pé como os empregados de mesa*»; «*senti que estava tudo a olhar para mim...*». Contou que foi nestas condições ao casamento mais como um teste, foi desconfortável, pensou em sair, não encontrava mesa para se integrar, mas resistiu e para o final já se sentia pior.

«*Estes dias têm sido um bocado dolorosos...*»; «*Falta de prazer e interesse...*».

As mudanças no grupo de amigos deveu-se também ao «*ambiente pesado...*» que na sua opinião tem existido, até porque o elemento de ligação principal é o que está precisamente a provocar mais conflitos «*como não gosto de tomar partido por um lado ou por outro acabei por me afastar um pouco...*».

Tirou uma semana de férias mas «*não tirei partido das férias...*», porquanto sentiu angústia e não se divertiu.

Sobre a nataçao pensou novamente em inscrever-se nas aulas, mas acabou por não o fazer até porque a situação financeira não é a melhor. Sobre os exames nacionais do 12º ano também não se tem preparado conforme era seu desejo.

Ultimamente tem falado mais com o amigo M. e a conversa tem sido agradável e proveitosa «*é novamente o M. que eu conhecia...*»; «*não me podia ter enganado tanto...*».

Quanto à S. parece que no essencial ela ainda denota esperanças; trocam mensagens telefónicas.

Quanto à fase actual encontra «*uma só desvantagem...*», parecendo esquecer, por momentos, a angústia e os momentos dolorosos: «*noto alguma falta de concentração e falta de atenção...*».

17.ª SESSÃO: 14 de Junho de 2002

Sofre de estrabismo e estigmatismo:

- «praticamente desde que nasci...»;
- «uso óculos desde muito cedo...um ano um ano e meio»;
- «fui operado ao estrabismo aos 12 anos»;
- «focava alternadamente os objectos»;
- «Andei com o olho tapado durante muito tempo»
- «Depois da operação baixei as dioptrias»

O pequeno problema cardíaco que revelou «parece que foi depois da diabetes»; «é um problema normal, uma em cada cinquenta pessoas tem esse problema»; «foi descoberto um pequeno defeito na válvula mitral...mas não cria problemas nenhuns...está tudo bem...».

Afirma não ter sofrido de depressão depois da diabetes, mas sim «uma grande revolta» – um ano depois da diabetes.

Sobre o pai: «há dois ou três anos descobriu-se que é hipertenso...»; «actualmente está de baixa...».

O pai esteve verdadeiramente ausente: «durante temporadas variáveis...quinze dias, três semanas e quatro ou cinco meses estava fora».

Verbaliza as seguintes frases sobre o pai: «o meu pai não é muito mais alto que eu, mas é muito bem constituído...»; «o ar dele mete respeito»; «sisudo...»; «ar de poucos amigos...». A propósito do episódio já relatado das alturas, garante que o pai é um verdadeiro valente no lidar com as alturas e que nunca gozou com esse seu medo, mas a argumentação utilizada prova que, de alguma forma, provocou inferioridade e mesmo humilhação (relatou episódios de manutenção e beneficiação da casa).

Sobre o sonho de cair no vazio, a mesma descrição: *«tinha uma enorme necessidade de bater com as mãos na cama para sentir base»; «nas alturas é a mesma sensação...».*

O problema das alturas não é novo: *«quando era pequeno recordo-me que quando subia às árvores para cima estava tudo bem, mas para baixo é que era o problema...por vezes acabava por encontrar uma parte da árvore onde me sentia mais seguro e em vez de descer atirava-me logo...».*

Volta a referir que a mãe é muito nervosa.

Sobre os avós:

- Só a avó materna é viva com 82/83 anos; vive sozinha em W.; tem alguns familiares perto e vizinhos; o F. vai lá visitá-la algumas vezes.
- Avó paterna morreu com leucemia na semana do casamento dos pais, o casamento celebrou-se como estava previsto;
- Avô paterno morreu com cancro nos intestinos há mais ou menos seis anos;
- O avô materno morreu há dez anos; sofria de diabetes e foi acometido de várias trombozes.

Sublinha que, de todos eles, a avó materna é aquela a quem sempre teve mais ligado.

Não representa outros episódios de doenças na família.

O Pai é da região de Z., enquanto a mãe é de W., daí uma relação depois mais próxima com o avô paterno.

A mãe só trabalhou até se casar, actualmente é doméstica.

Confirma que foi um filho desejado: *«os meus pais queriam um rapazinho...tiveram sorte».* A irmã mais nova é que não foi planeada.

A irmã mais nova é estudante enquanto a mais velha é assistente dentária.

O Pai tem 53 anos e a mãe 50 anos.

Sobre o sono dos últimos tempos: *«voltou ao antigamente...pode-se dizer que durmo bem...está superado esse problema».*

Sonho: *«sonhei que andava com o carro do vizinho...»*, um vizinho que, por sinal, nem é muito próximo e íntimo.

Confirma que tem muitas dificuldades com as datas, confunde-se (atenção à organização temporal).

Apresenta também muitas dificuldades em fixar percursos e dificuldades na orientação (atenção à organização espacial).

Muitas vezes sente-se *«encalorado...»*.

Tomou Viagra há dois anos atrás.

Finalmente, foi a uma consulta de urologia para tratar da circuncisão, brevemente será intervencionado. Aproveitou para queixar-se de umas *«manchas nas pernas, borbulhas e nódulos»* (há dois anos), e umas *«estranhas dores de cabeça que anunciam dores nas costas...»*.

18.ª SESSÃO: 6 de Setembro de 2002

Depois de uma ausência de quase 3 meses, por indisponibilidade da minha parte.

«Vão andando...menos mal...».

Retomou a relação com a ex-namorada nas férias.

Sobre a sua grande problemática: *«não fui capaz de resistir à tentação e tentei novamente, mas...os resultados foram os mesmos de sempre...».*

«Fiquei muito em baixo, para mais em férias quando devia estar relaxado...andei uns dias muito mal...depois passou...».

Sobre este seu desempenho, não comentou nada com a namorada: *«nessas alturas fecho-me muito...não sou capaz de dizer nada...»*. É uma grande ferida...

Teve um acidente de viação muito feio que podia ter tido consequências muito graves para si, em resultado de uma manobra muito perigosa. A condutora que circulava em sentido contrário, para se desviar de si, embateu num poste e partiu o carro.

Falou do muito stress que teve no trabalho, resultante do facto de ter ficado sozinho na loja durante um período, a colega foi deslocada temporariamente para outro serviço: *«...passei um mau bocado...deixei de ter tempo para fazer as coisas com a organização de sempre...parecia que estava tudo desarrumado...foi muito difícil essa altura...agora com o regresso da minha colega está tudo mais calmo...»*

Voltou a realizar os exames de física e matemática do 12º ano, mas reprovou novamente, por não se ter preparado convenientemente.

Agora, arranjou explicação com a pessoa que sempre quis; o ano passado não conseguiu por falta de vagas, mas este ano antecipou-se.

Finalmente, no início do próximo mês vai fazer a circuncisão; apesar do condicionamento e sensibilização já muito cristalizados, espero que esta cirurgia produza alguns resultados.

O F. continua a revelar o seu lado funcional, poucos são os afectos que expressa e faz circular.

19.ª SESSÃO: 11 de Outubro de 2002

«Vou bem...», pela primeira vez.

A intervenção cirúrgica (circuncisão) afinal não se concretizou, foi apenas uma consulta de avaliação da situação. O urologista confirmou a necessidade de fazer a intervenção. Mais: a situação está no limite, há muitos anos, desde criança, que deveria ter sido intervencionado, infelizmente ninguém o encaminhou nesse sentido. Pelo que percebi, o estrangulamento da glândula, por vezes provoca gretas dolorosas.

Ficou em lista de espera. Atendendo à sua grande queixa, reflectiu-se na possibilidade de realizar a intervenção na privada, cerca de 100 contos segundo o médico, dado que a espera pode ser de mais de um ano.

Sente-se agora muito melhor, mais motivado e com mais interesse e energia.

Está determinado a completar o 12º ano e continua as explicações particulares duas vezes por semana, com resultados muito animadores que se têm reflectido na confiança geral.

Também no emprego as coisas vão correndo pelo melhor. Começou a acompanhar um antigo funcionário da firma, já reformado mas ainda muito convocado para os serviços da empresa, e está muito entusiasmado. Essa pessoa, com a qual parece funcionar uma identificação mútua, tem vindo a estimulá-lo para o ofício e o próprio patrão admite a possibilidade de, logo que possível, investir na sua formação e autorizá-lo a tirar quatro cursos na área, correspondentes aos níveis de acreditação de competências existente, possibilidade que, a concretizar-se, permitiria a sua promoção dentro da empresa e, em última instância, a sua independência financeira, essencial, segundo o F., para projectar outros planos e formação profissionais.

Na empresa o ambiente não é o melhor, mas o F. não se envolve em conflitos: *«mantenho-me neutro no meio das intrigas...»*. Ainda mais revelador do seu funcionamento: *«em qualquer das partes, todas elas ficam satisfeitas...digo-lhes o que elas querem ouvir...e a pessoa vai toda satisfeita...»*.

O pai actualmente está muito mais limitado na sua actividade profissional: é hipertenso e tem problemas constantes com dores gerais no corpo: «*o meu pai era hiperactivo*».

Sobre si: mantém relacionamento com a S., mas agora mais distante. Actualmente relaciona-se amigavelmente com pessoas diferentes «*menos fixas*» e já não sente tanto a ansiedade de se relacionar com novas pessoas «*vou deixando fluir...já não faço tantos filmes sobre as pessoas e o modo de me relacionar com elas*».

Volta a referir que os tempos da falta de energia já lá vão: «*sinto-me muito melhor...sinto-me mesmo muito bem*».

Sobre os desenhos propostos: «*raramente apago*»; «*raramente utilizo cores*».

Sobre o desenho da figura humana: «*pode ser comédia?*»

20.ª SESSÃO: 25 de Outubro de 2002

«*Ao contrário do meu discurso de há tempos, estou melhor do que nunca, cada vez melhor...posso dizer que me sinto mesmo muito bem*».

Passou o aniversário na Figueira da Foz, na companhia das duas ex-namoradas (as duas únicas namoradas) e outro rapaz.

Foram ter com um outro grupo a um apartamento e foram surpreendidos com o ambiente pesado que encontraram: drogas, muita bebida e música de discoteca. Dormiram os quatro em sacos camas individuais, no mesmo quarto, e o F. teve saídas heróicas e muito divertidas que lhe incharam o ego: «*estou a resumir o mais que posso*»; «*o barulho era tanto que não conseguíamos dormir, então resolvi mandar abaixo o quadro eléctrico mais do que uma vez e eles pensaram que assim iam acabar por danificar a aparelhagem de som...foi muito divertido...*»; o grupo dele achou o acto de

grande coragem e valentia: *«eles nem queriam acreditar que tinha feito aquilo...de facto, nem pensei nas consequências, mas acabou por correr bem...»*.

Não há novidades quanto à circuncisão; diz que vai voltar a pensar no possibilidade do privado; não existiram relações sexuais.

Falou muito da colega de trabalho e da relação íntima que continua a aprofundar-se: *«temos uma relação muito boa, ela abre-se muito comigo e conta-me os seus problemas mais íntimos...a sua vida de casada não é o que ela esperava...diz que com outra pessoa tudo poderia ser diferente»*. Continua: *«Ela diz que comigo está sempre bem-disposta...que quando eu não estou é tudo diferente»*.

Falámos sobre esta situação, no sentido mais de consciencializar, até porque o F. referiu, algumas vezes, que se lembrava várias vezes do marido da colega - onde não há limites há culpas. Acrescentou que por ele não vê necessidade de mudar nada, até porque não tem quaisquer outros impulsos e *«não gosto dela nesse sentido»*.

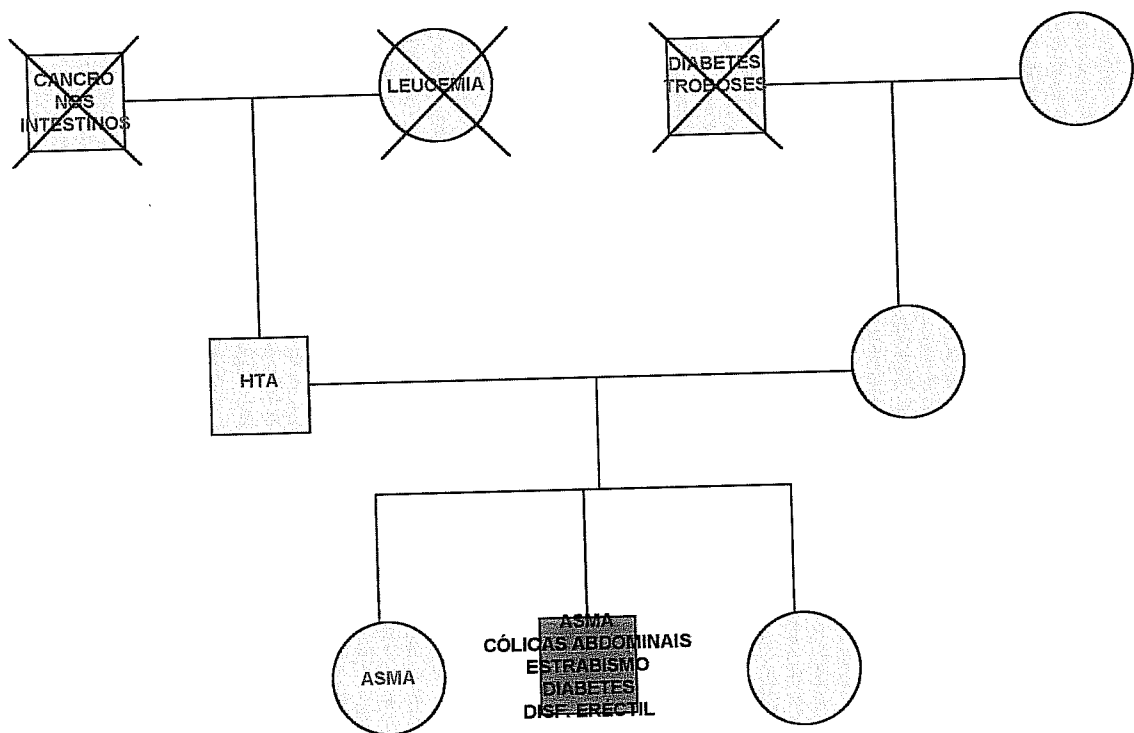
Pelo contrário, manifestou o seu declarado interesse por uma tal de R., estudante universitária que está a estagiar na firma num outro edifício. Ela tem namorado em Lisboa, mas uma noite destas convidou o F. para um baile e puxou-o para dançar longamente, apesar da sua honesta confissão de que não sabia. Ficou a saber. No dia seguinte, ao contrário das expectativas do F., parecia, para ela, que não se tinha passado nada, para grande desconsolo do F.. *«Mas eu não vou desistir, tenho mesmo interesse nela e vou continuar a investir...no outro dia mandei-lhe flores»*. Reflectimos, por último, sobre as ambivalências desta rapariga.

Tinham chegado ao fim aos 20 sessões a que nos tínhamos proposto. A despedida foi vivida aparentemente sem grandes angústias.

ANEXO 9

Caso Francisco: Genograma

GENOGRAMA FRANCISCO



ANEXO 10

Caso Francisco: *Rorschach* e Psicograma

CASO: FRANCISCO, 22 ANOS

<p>PRANCHA I</p> <p>9''</p> <ol style="list-style-type: none"> Noite... Corvo... Ave... Escuridão. A cor triste...assim mais nada que me ocorra, penso que seja só. Parece-me simétrico...é só...não me ocorre assim mais nada (...) (...). <p>1'20''</p>		<p>G C' Nat.</p> <p>G F-C' A</p> <p>G F+C' A</p> <p>G Clob Nat./Abs. <i>Com. Cor</i></p> <p><i>Com. Sim.</i></p>
<p>PRANCHA II</p> <p>11''</p> <ol style="list-style-type: none"> Duas pessoas voltadas uma para a outra a encostarem as mãos. Torna a ser simétrico. As cores não se prestam a muita alegria. União. Não me ocorre mais nada. <p>1'31''</p>	<p>("Porquê união?") Mãos vezes dois. Se fossem duas pessoas estavam viradas uma para a outra, não são duas pessoas, é uma mancha.</p>	<p>G K H</p> <p><i>Com. Sim.</i></p> <p><i>Com. Cor</i></p>
<p>PRANCHA III</p> <p>13''</p> <ol style="list-style-type: none"> Também poderiam ser duas pessoas. A simetria está sempre presente, é o que eu estou a notar. No fundo poderão ser duas pessoas distintas viradas uma para a outra ou um desdobrar da realidade da mesma pessoa...o que está em frente dela ser um reflexo. Apesar de serem cores que não expressem muita vida, o cinzento e o preto são cores que eu gosto bastante, as cores escuras em geral. Não me ocorre mais nada. <p>2'32''</p>		<p>G K H Ban.</p> <p><i>Com. Sim.</i></p> <p><i>Com. Cor</i></p>

<p style="text-align: center;">PRANCHA IV</p> <p>15''</p> <p>Este não me ocorre semelhança com nada...vem-me à ideia o abstracto... Os outros ocorre-me alguma coisa, este não... Simetria permanece. A tal coisa, poderá fazer pensar... Como explicar? Qualquer conflito que possa existir, primeiro resolver connosco próprios e só depois com os outros.</p> <p style="text-align: right;">1'53''</p>	<p>Como é que eu hei de dizer? O reflexo meu é que estou a confrontar-me comigo mesmo; cá está... Antes de me dar bem com os outros, tenho de me dar bem comigo mesmo. Só quando entro em conflito comigo mesmo é que posso resolver o conflito antes surgido.</p>	<p>Recusa</p> <p><i>Com. Sim.</i></p> <p><i>Crit. Subj.</i></p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA V</p> <p>5''</p> <p>7. Torna a dar a ideia de uma ave... Um morcego. Torna a prevalecer a escuridão, a noite, o morcego a voar poderá dar a ideia de liberdade. Quando dá a sensação de ser uma ave (o morcego não é uma ave) ser só um objecto ou um animal, nós esquecemos a simetria, mas está presente.</p> <p style="text-align: right;">2'37''</p>	<p>Morcego na mancha, com asas abertas. A cor da mancha, a noite. O próprio morcego faz lembrar a noite, a escuridão, a tal coisa, se esquecesse o eixo não via a simetria. A liberdade pelo vôo.</p>	<p>G F+ A Ban.</p> <p><i>Com. Cor</i></p> <p><i>Crit. Subj.</i></p> <p> </p> <p><i>Com. Sim.</i></p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA VI</p> <p>33''</p> <p>8. Não me está a sugerir assim nada de especial. Poderiam eventualmente ser duas máscaras, uma virada contra a outra. Este eixo de simetria que continua tem sido em todos. Poderá significar um horizonte, uma barreira que nos separa de algo. Noutros estavam frente a frente. Neste caso está contra, contra a tal abstracção que temos que ter, o virar das costas para poder pensar. Penso que seja só.</p> <p style="text-align: right;">3'16''</p>	<p>("Porquê contra?") A pessoa tem de ficar sozinha. Sempre que pensamos em algo e estamos junto com outros, acabamos por ser influenciados. Não quer dizer que tenhamos que falar mas a própria presença da pessoa cria essa influência.</p>	<p>D₁ F- (Hd)</p> <p><i>Com. Sim.</i></p> <p><i>Crit. Subj.</i></p>

<p>PRANCHA VII</p> <p>12''</p> <p>9. Uma união. Algo que, por um lado permite a entrada de alguma coisa, tem uma abertura, mas, por outro lado não permite a entrada de algo, está fechado, está ligado, tal como se fosse, por exemplo, o funcionamento de uma mente, permite a entrada, a absorção de conhecimentos que não danificam ou alteram a base do que já está presente...permite a entrada mas não danifica...está fechado, está selado...aqui esquece-me a simetria, mas permanece cá. Uma coisa que ainda não tinha pensado é a alteração de cor: começa mais escura e acaba mais clara, isso pode ser, não uma alteração mas uma diluição da cor original. É só.</p> <p>4'40''</p>	<p>("Onde é que vê a união?") Em baixo, pelo eixo de simetria. ("E a entrada?") (Aponta para o centro em cima.) ("Selado?") (Aponta para o detalhe inferior central.) Coisas que já estão muito bem na vida não se alteram.</p>	<p>G F+ Abs.</p> <p><i>Crit. Subj.</i></p> <p><i>Com. Sim.</i></p> <p><i>Com. Cor</i></p>
<p>PRANCHA VIII</p> <p>8''</p> <p>10. Uma alteração do estado de espírito. Mudança para cores mais vivas. (...) (...) Possivelmente um organismo qualquer do corpo humano... Sugere vida... Cores vivas é boa disposição... Energia; não deixa de ser engraçado que apesar de ser a figura com mais cores, vêem-me menos coisas à mente que as outras... Parece que não me obriga tanto a raciocinar... Uma figura ligeiramente mais composta, mas no fundo torna-se mais básica a nível do raciocínio; e permanece a simetria. Só.</p> <p>3'30''</p>	<p>O preto desaparece. Órgão do corpo humano e não organismo. Sugere vida nas cores. Desânimo nestes últimos dias, como a ouvir música... Tem de ser gradualmente a tentar inverter o estado de espírito.</p>	<p><i>Crit. Subj.</i></p> <p>G C Anat./Abs.</p> <p><i>Com. Cor</i> <i>Crit. Subj.</i></p> <p><i>Com. Sim.</i></p>

<p style="text-align: center;">PRANCHA IX</p> <p>7''</p> <p>11. Mais cor, cores mais vivas...ideia de vida.</p> <p>12. O verde faz-me lembrar espaços verdes...natureza... A alteração de cores faz-me pensar na alteração de estados de espírito, cores escuras: desânimo e as claras: alegria. Penso que as figuras estão a vir de uma forma sequencial correcta... Quando a pessoa, por exemplo, está alegre e quer parar um bocado para pensar, deve pensar em coisas que a alegam e depois passar para coisas mais sérias, que a façam pensar sobre isso. Neste caso concordo com a sequência de figuras, como agora o desânimo tem sido mais predominante, ter-se começado com cores escuras e passar agora para cores mais vivas...simboliza a mudança de estado de espírito; mais uma vez a simetria, cá está. Só.</p> <p style="text-align: right;">4'47''</p>		<p><i>Com. Cor</i> G C Abs.</p> <p>D₁ C Nat.</p> <p><i>Com. Cor</i> <i>Crit. Subj.</i></p> <p><i>Com. Cor.</i> <i>Crit. Subj.</i></p> <p><i>Com. Sim.</i></p>
<p style="text-align: center;">PRANCHA X</p> <p>19''</p> <p>13. Novamente as cores vivas. Penso que agora com a pequena diferença delas estarem mais espalhadas, não tão concentradas como as outras figuras. Estou a pensar, por exemplo, que o tal eixo de simetria existente em todas as figuras poderá simbolizar uma base ou um início que a partir do qual começa qualquer coisa. Pegando nessa base, podemos diversificar qualquer coisa que estamos a fazer...poderá ser o pensamento. Uma coisa engraçada que agora estou a notar...são figuras abstractas que estou a ver neste sentido, mas poderia ver noutro sentido, poderia vê-las ao contrário. Como é a figura que tem mais cores faz-me pensar em abundância. Penso que seja só.</p> <p style="text-align: right;">4'12''</p>	<p>Como se fosse uma dobragem, foi a partir do eixo que se iniciou. Devemos pensar sempre por onde havemos de começar.</p>	<p><i>Com. Cor</i></p> <p><i>Com. Sim.</i> <i>Crit. Subj.</i></p> <p>G C Abs.</p> <p><i>Com. Cor</i> <i>Crit. Subj.</i></p>

PROVA COMPLEMENTAR DE ESCOLHAS

PRANCHAS QUE MAIS GOSTOU	
Prancha VII	Prancha V
<p><i>“Porque tocou-me no ponto do pensamento e do raciocínio. Apesar de às vezes não o querer fazer, gosto de pensar.”</i></p>	<p><i>“Não consigo explicar muito bem, gosto da figura porque cativa, é uma abstracção mais concreta que as outras.”</i></p>

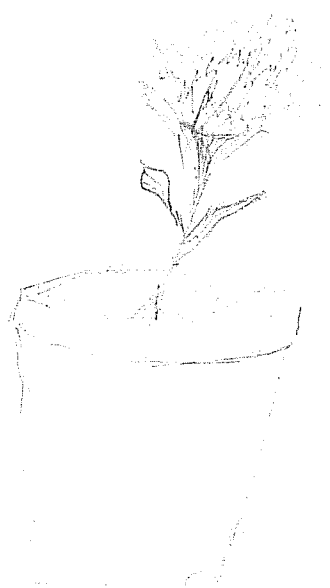
PRANCHAS QUE MENOS GOSTOU	
Prancha VIII	Prancha IV
<p><i>“Não me fez pensar, não me ocorreu nada.”</i></p>	<p><i>“Porque também não me suscitou nada. Foram essas duas que me fizeram pensar menos porque gosto de desafios e não suscitaram nada.”</i></p>

PSICOGRAMA

Respostas	13 ↓	Fa%	69,23%	Hd	-
Recusas	1	F+%a	77,7% ↓	(H)	-
Tempo Total	31'58" ↑	K	2	(Hd)	1
Tempo/Resposta	2'42" ↑↑	kp	-	H%	15,38%
Tempo Latência Médio	11" ↑	Kan	-	Anat.	1
Elementos Qualitativos		kob	-	Arq.	-
Choques	-	FC	2	Abs.	5
Eq. Choque	-	CF	-	Art.	-
Perserv.	-	C	5	Bot.	-
Com. Cor	11	FE	-	Elem.	-
Com. Sim.	10	EF	-	Emb.	-
Crit. Obj.	-	E	-	Fgt.	-
Crit. Subj.	10	F Clob	-	Geo.	-
Modos de apreensão		Clob F	-	Geol.	-
G	11 (84,6%) ↑↑↑	Clob	1	Nat.	3
D	2 (15,4%) ↓↓↓			Obj.	-
Dd	-	TRI	2K : 7ΣC	Pais.	-
Dbl	-	F Comp	0Σk : 0ΣE	Sg.	-
Do	-	RC%	30,76%	Sx.	-
Determinantes		IA	7,69%	Ban.	2 ↓↓
F+	3	Conteúdos		Orig.	-
F-	2	A	3	Prova Escolhas	
F±	-	Ad	-	+	-
ΣF	5	(A)	-	VII	VIII
F%	38,5% ↓↓	A%	23% ↓↓	V	IV
F+%	60% ↓↓	H	2	-	-

ANEXO 11

Caso Francisco: Desenho Livre



ANEXO 12

Caso Francisco: Desenho Figura Humana

