

Somatização, projecção e transfert

— o Rorschach em clínica cirúrgica da mão

MARIE PEZE (*)

INTRODUÇÃO

A palavra psicossomático implica uma tal multiplicidade de sentidos, sobre uma tão grande variedade de fenómenos referentes ao corpo, que se tornou um conceito «pronto a servir», uma ilusória síntese de encontro entre o psíquico e o orgânico.

Quando se procura compreender, no quadro de uma investigação clínica e no seio de uma equipa hospitalar, as somatizações que invadem um órgão dito «significativo», os vocábulos acotovelam-se e sobrepõem-se, perpetuando a dicotomia de partida.

São numerosos os cirurgiões que, quando confrontados com a emergência do absurdo na patologia de que se ocupam e no tratamento que lhe aplicam, se interrogam. Em cirurgia especializada, a da mão, no nosso caso, as mil voltas que o órgão parece inventar para permanecer doente são conhecidas: mão hística crispada, contracção intrínseca dos dedos, eliminação funcional dum dedo superficialmente lesado, parestesias aberrantes cobrindo territórios nervosos inexistentes, etc....

A anatomia que está em causa é a do Imaginário e o cirurgião não sente que o

seu saber seja posto em causa. Pelo contrário, é este saber que traça o limite entre o real e o imaginário.

É mais difícil a abordagem do paciente com a doença de Dupuytren⁽¹⁾ que evolui com demasiada rapidez do que aquela que é provocada por um traumatismo menor, se vai parofundando durante 12 a 18 meses num edema doloroso e refractário da mão, e em que as tentativas de enxerto estão votadas ao insucesso, que infecta sistematicamente... somatizações bem reais, bem conhecidas, mas repetitivas, como se, contra o projecto de vida do cirurgião, que erguesse o projecto de morte do organismo do paciente.

O Psicólogo, solicitado a colaborar com a sua competência, a falar do psiquismo e da sua repercussão no somático, aplicando as grelhas dos ensinamentos que recebeu, procura a anatomia do imaginário, anatomia do desejo que se sobrepõe ao real: fantasmas, símbolos, conversões, zonas erógenas, culpabilidade... O corpo hístico fala uma linguagem simbólica. Em parte ou na totalidade, ele pode incarnar um fantasma inconsciente. Se há quem se refira às

(*) Psicóloga e psicanalista. Professora na Universidade de Paris VII.

(1) Lesão polimorfa das estruturas anatómicas fibrosas da mão, com espessamento e retracção da palma e dos dedos.

mãos culpabilizadas dos desenhos das crianças, também se poderá, efectivamente, sobrepôr, no adulto, uma significação simbólica às somatizações que se manifestam: a retracção dos dedos na doença de Dupuytren poderia assim simbolizar, no corpo, a inibição dos desejos interditos; a algo-distrofia, com o seu gigantesco edema refractário, poderia tornar-se um equivalente fálico em perpétua erecção. E todos estes sofrimentos que afligem os nossos pacientes serão outras tantas autopunições...

A concepção homogénea dos problemas psicossomáticos seria, assim, preservada, no todo ou em parte, podendo integrar-se na histeria de conversão. Nesta anatomia essencialmente derivada da visão, a histeria recortaria os órgãos de acordo com o seu valor afectivo, a função adquirida no plano real, sendo reinvestida por uma função imaginária.

Contudo, muitas contestações nos levam a pôr em causa esta análise homogénea dos problemas psicossomáticos.

Em primeiro lugar, as somatizações sobre as quais nos interrogamos, dependem totalmente das leis anatómicas e fisiológicas.

Enfim, o paciente faz, sobre o seu corpo, um discurso aparentemente vazio de imaginário. Descreve-o como descreveria um objecto metálico. Os contornos são definidos, a forma precisada, a composição conhecida. Do passado e do presente nada emerge que não seja derivado das normas sociais: estado civil, número de filhos, enumeração das empresas em que o paciente trabalhou. O conjunto numa linguagem em que a palavra é tomada à letra, no seu sentido literal, sem humor, sem preconceito.

A ansiedade referente às consequências do acidente ou da doença é legítima e realista. O importante reside na reclassificação profissional, sem baixa de salário. Sem angústia aparente relativamente à mutilação do órgão que falta, remetendo para a inevitável castração. O esquema psicanalítico

(mais que o psicológico) tenta, em vão, readaptar. A vida familiar nem sempre está isenta de complicações. Mas se todos os conflitos em conflito somatizassem... O apetite é bom, o sono é, «felizmente», sem sonhos, porque isso de sonhos impede de dormir e, além disso, é «bizarro».

Corre tudo bem, incluindo a entrevista, que se desenrola sem inibição, sem distância, sem recuo face a esse estranho que é o psicólogo, duplamente estranho, pela sua novidade e pela sua expectativa diferente.

A aparente ausência de sintomas psicológicos conduz-nos à presença persistente dos problemas orgânicos.

Confrontado com estas somatizações inflacionistas, o cirurgião fala em «terreno» propício. A seu pedido vai, assim, tornar necessária a revisão das aprendizagens do psicólogo. Os testes projectivos utilizados em último recurso para investigar o que não aparece no discurso, vão reflectir, em eco, o mesmo vazio aparente, a mesma surpreendente adesão ao real.

Os protocolos de Rorschach, sistematicamente recolhidos, demarcam-se, com efeito, pelas características repetitivas:

- fraco número de respostas
- elevada percentagem de banalidades
- quase total ausência de representação humana (OH), de projecção de movimento (OK) ou de afecto (OC, Odb)

O instrumento metodológico escolhido, à partida, para avaliar a presença de conteúdos projectivos, torna-se na medida da sua ausência ou da sua intensa inibição.

Por outro lado, a decifração dos parâmetros de Rorschach, muitas vezes puramente reduzida à psicometria e à estatística, sem ter em conta o sistema inconsciente, perde o seu sentido quando os protocolos são, como aqui, inferiores a 10 respostas. A classificação dos pacientes decalcada da nosografia psiquiátrica coloca-nos perante uma

evidência: estes pacientes são todos débeis, todos profundamente inibidos, psicóticos... ou, então, todos inclassificáveis...

Além das somatizações repetitivas, além da banalidade dos Rorschachs, diversos fenómenos aparecem de modo regular e em diversos grupos, e que constituem também um problema próprio destes pacientes: o desaparecimento aparente e seguramente problemático da vida onírica e imaginária, como o testemunha o discurso neutro («eu não sonho»); as dificuldades de referência no tempo e no espaço, como o testemunham os truques mnemotécnicos com que os pacientes se rodeiam; a rigidificação do comportamento; enfim, problemas delicados e complexos sobre os quais o médico não põe muitas interrogações porque, para ele, a somatização depende unicamente do corpo real; porque, para o psicanalista, a somatização depende do desejo e do sentido.

Que vêm fazer aqui as questões que, apesar de tudo, temos a colocar? A dificuldade de percepção da terceira dimensão nas pranchas de Rorschach? O aplanamento da visão das manchas? A ausência de referência a um imaginário pessoal? A alternância entre uma resposta banal e a resposta corporal? A existência de uma hiperactividade motora na vida real, enquanto que o movimento nunca é projectado na prancha? A ausência de resposta humana enquanto que o corpo do paciente está tão presente na doença?

Em resumo, que lugar podem ocupar as evidentes dificuldades projectivas dos nossos pacientes num sistema teórico que coloca a somatização quer no corpo real, quer no corpo imaginário?

Eis-nos decididamente remetidos para a passagem de um para o outro.

* * *

Pelo seu aspecto não figurativo, o Rorschach é um suporte ideal da passagem subtil da percepção à projecção. A riqueza habitual das respostas prova-o.

Mas, perante a platitudo projectiva destes protocolos, não é tanto sobre o *conteúdo* das pranchas que nos parece necessário interrogarmo-nos, mas sobre a própria *função* da *projecção*. Com o teste de Rorschach, não é só o conteúdo simbólico que se aborda, mas, por vezes com clareza, a dificuldade de abordar o nível simbólico. Na decifração, dá-se habitualmente pouca atenção ao processo projectivo, de tal modo se está convencido que ele funciona.

O teste de Rorschach aplicado em clínica psicossomática permite pôr em evidência as modalidades do processo projectivo em relação com a organização do espaço.

Com efeito, o Rorschach propõe um espaço a organizar. Como se efectua a transformação da prancha num espaço tendo um alto e um baixo, uma direita e uma esquerda, um centro e uma periferia, e permitindo assegurar à imagem um quadro de referência estável e homogêneo?

Estes dados não o são precisamente à primeira vista. Esta geometria euclidiana, estas referências perceptivas não se apoiarão à partida na projecção latente das dimensões do próprio corpo? É devido ao facto de referenciarmos, no nosso próprio corpo, a nossa direita e a nossa esquerda, que podemos projectar estas coordenadas na prancha do Rorschach.

Este processo de projecção geométrica implica uma correspondência termo a termo entre o corpo e o plano da projecção que é a prancha. O conteúdo mas também a forma derivam, assim, do vivido corporal. A projecção implica totalmente as coordenadas do próprio corpo. O próprio corpo é o absoluto da relatividade espacial⁽²⁾.

Trata-se, assim, de reconsiderar a prancha do Rorschach como o lugar privilegiado da projecção do corpo do paciente.

O corpo presente nestes protocolos não é o dos movimentos simbólicos, a percepção

(2) Sami-Ali, *Corps réel, corps imaginaire*, Dunod, Paris, 1977, p. 97.

não se encontra ao serviço do Imaginário. Longe de deixarem «falar» o seu corpo, estes pacientes «vivem» movimentos agidos e não fantasiados, numa percepção que reproduz fielmente a topologia geral, a anatomia imaginária dá lugar a uma difícil construção corporal.

Esta linha de reflexões, procurando compreender melhor a projecção no seu conteúdo, na sua génese e nua relação com a somatização, manifesta-se com particular acuidade no Rorschach.

Na sua maneira de estruturar a prancha, o paciente reflecte a sua própria organização espacial. As falhas na estruturação do espaço remetem para o corpo como quadro de referência, permitindo (ou não) captar os objectos na sua realidade.

Nestes pacientes, a organização do espaço tem pouco a ver com as três dimensões euclidianas, confirmando assim que, no nosso quadro espaço-temporal, se põe o problema da sua constituição.

Um filho de agricultores deixou a casa familiar gerida, como é hábito, pelo irmão mais velho, e obteve o diploma de marceneiro. Gosta da madeira: «É sã, é natural, a resina cheira bem» — diz-nos ele. Eis a sensualidade da experiência táctil em que as mãos desempenham um evidente papel criador de formas espaciais, mas em que elas são, ao mesmo tempo, o lugar corporal onde se manifesta a tensão e o repouso. Fazer um móvel é dar corpo ao Imaginário.

O paciente não ganha, contudo, o suficiente para se casar e, por isso, decide-se, contrariado, a «entrar para a fábrica» onde trabalham o sogro, o cunhado e a sua própria mulher.

A princípio simples cortador de formas, passa os dias a meter chapas metálicas na máquina, sempre cortadas de forma idêntica. «Trabalhar com as minhas mãos desta maneira nunca me agradou. Claro, é importante observar o corte da chapa para que ela saia perfeita, mas tudo isto não passa de ferragem.»

O seu diploma permite-lhe alcançar rapidamente um lugar de responsabilidade, e torna-se chefe de equipa. Com 26 anos, é uma tarefa árdua face a operários muito mais velhos. Neste período, aliás, sente-se pouco à vontade. Segundo ele, são as necessidades que o fazem voltar ao antigo posto de cortador de formas. Uma semana depois dá-se o acidente.

Duas linhas de reflexão percorrem esta anamnese:

— Excluído da direcção da quinta pelo irmão mais velho, obrigado a renunciar ao trabalho de marceneiro que não lhe permitia prover financeiramente ao lar, o paciente encontra-se permanentemente num território, numa identidade viril difícil de manter. Rivalidade sem esperança com o irmão mais velho, insucesso na rivalidade com o sogro e com o cunhado perante os quais não consegue manter a sua opção profissional e a sua função de sustento material do casal.

Só com a nomeação para um posto de responsabilidade ele vai finalmente realizar o seu desejo de ser o primeiro, de ser o melhor. O rápido retorno ao trabalho de cortador, que não consegue justificar, remete-o para o mesmo contexto de insucesso, de castração. Desejando o primeiro lugar, é-lhe tão difícil manter-se nele como dele ser excluído.

— A passagem de um trabalho artesanal real, em que cérebro e mão trabalham juntos em ordem a uma produção valorizante, para um posto de trabalho em cadeia, repetitivo, implicando a utilização de automatismos num divórcio total entre a mão e o Imaginário, levanta, neste caso, uma questão. Um funcionamento corporal que não implica nenhum laço com o Imaginário esvazia-se rapidamente. A tensão interior resultante do considerável dispêndio energético necessário à manutenção do funcionamento poderá estar na origem de descargas motoras não controladas, como a do acidente.

PROTOCOLO

-
- I \wedge «Uma borboleta que se decompõe.»
II $\vee \wedge$ «Formas esquisitas. Não vejo. Vê-se vermelho, negro.»
III \wedge «Dois homens, ou, melhor, duas pessoas, porque para ver homens!»
IV \wedge «Isso tem sempre a forma da borboleta. Isso ou fragmentos de outra coisa.»
V \wedge «A forma de uma borboleta. Não tem o feitio duma borboleta. Parece-se com um borrão de tinta que escorreu.»
VI \wedge «Sempre o feitio de borboleta, com a simetria.»
VII \wedge «Duas formas iguais de cada lado. Fizeram um borrão dobrado e desdobrado.»
VIII \wedge «As cores! Sempre a mesma simetria. Dir-se-ia a forma de um bicho.»
IX \wedge «Sempre a mesma simetria, as mesmas cores de cada lado. Uma 'coisa' de medicina com a coluna vertebral, os pulmões.»
X \wedge «Tem as mesmas cores. Insectos de todos os géneros.»
-

Paradoxalmente, a nossa primeira linha de reflexão, a da problemática edípiana do paciente, muito explícita na anamnese, revela-se inconsistente no protocolo do Rorschach.

Exceptuando o cartão III, em que o paciente se interessa explicitamente pelo sexo das silhuetas percebidas («dois homens, ou, melhor, duas pessoas, porque para ver homens!»), os conteúdos informam muito pouco sobre a sua dinâmica inconsciente. A degradação dos processos intelectuais faz-se sentir em movimentos cada vez mais acentuados neste protocolo. O aparecimento do vermelho, do branco, enfim, da cor, torna impossível qualquer síntese do estímulo. A relação transferencial exacerba uma reptição intensa, a degradação progressiva das defesas perceptível na anamnese.

As respostas dadas pelo paciente, e que constituem, no fundo, a forma verbalizada traduzem sobretudo os mecanismos postos

do impacte das pranchas no inconsciente, em acção para assegurar à percepção uma estrutura sólida. As respostas simétricas, repetitivas, focalizam a percepção em torno de um eixo central, aparência de uma coluna vertebral, dum espaço sem alto nem baixo, sem contornos limitados...

- I) uma borboleta que se decompõe
II) formas bizarras
IV) fragmentos
V) um borrão de tinta que escorreu...
que vêm mobilizar fragmentos de corpo, mas dum corpo médico, sem desejos.
IX) uma «coisa» de medicina com a coluna vertebral, os pulmões

Através da rigidez de estereótipo que se repete (4 respostas de borboletas, 3 respostas de borrões), transparece um espaço móvel onde cada um dos afectos mobilizados não chega a verbalizar-se, onde tudo se torna explosão de cores, borrões escorridos, estruturas em decomposição (I), fragmentos (IV) em degradação (V).

A contestação das referências perceptivas e a pobreza das respostas deslocam infalivelmente o problema de fundo para a forma, do conteúdo simbólico para a dificuldade de abordar o conteúdo simbólico, e conduz-nos à problemática da projecção, que estrutura o espaço em profundidade ou que seja o vector do Imaginário. A insuficiência da elaboração projectiva é, sem dúvida, perceptível na pobreza dos conteúdos e dos afectos representados, mas, sobretudo, na difícil génese do espaço real.

Renunciando à via da expressão manual e criadora (como marceneiro), o paciente privou-se da possibilidade de resolver a tensão interior e a agressividade num espaço corporal. A agressividade exprimir-se-á fortemente na descarga corporal, na relevosidade, na tensão motora e neste acidente que acontece tão próximo do seu regresso ao corte das pranchas.

A excitação não é transformada em apresentação mas vivida no corpo. O movimento real é inversamente proporcional ao

movimento fantasmático (Rorschach sem K).

A proximidade do corpo como ritmo, lugar de carga e de descarga das possibilidades de interiorização. O movimento agido e já não fantasmado aparece em ligação estreita com a ausência de auto-representação.

* * *

No limite entre o espaço realista da percepção e o espaço subjectivo da representação, qual o destino do corpo?

Este frezador-vendedor, de 53 anos, apenas se salienta por um discurso particularmente pobre. Nada transparece do vivido deste paciente que sofre duma doença de Dupuytren e que foi operado no serviço. Nem prazer nem desprazer. «Uma pleuresia em 1943». A sua doença de Dupuytren apa-

PROTOCOLO

-
- | | | |
|------|-----|--|
| I | ∧ | «Um morcego ou uma borboleta decalcada a tinta.» |
| II | ∧ | «Não vejo. Uma «coisa de medicina, de anatomia.» |
| | ∨ | «Patas ao contrário.» |
| III | ∧ | «Duas mulheres que têm qualquer coisa na mão.» |
| IV | ∧ | «Uma pele de animal, esfolada.» |
| V | ∧ ∨ | «Uma andorinha, um pássaro.» |
| | ∧ | «Espécie de braços com dedos na ponta.» |
| VI | ∧ | «É uma adivinha, isso?» |
| | +++ | «Um animal visto por cima e estendido.» |
| VII | ∧ | «Isto é para reconstruir? Um brinquedo de miúdo, um urso, um elefante que foi deformado ao desdobrar.» |
| VIII | ∧ | «Dois animais dos lados.» |
| IX | ∧ | «Um elefante.» |
| | | «Uma guitarra ou um violino ao meio.» |
| X | ∧ | «Caranguejos.» |
| | | «Animaizinhos.» |
| | | «Um cavalo-marinho.» |
| | | «Coelhos...» |
-

receu do lado direito há 3 anos, após uma intervenção a uma hérnia, pouco depois do casamento do seu único filho.

A abordagem intelectual globalizante nunca é combinada, e associada em F +. A Ban confirma a automatização do funcionamento intelectual e a adaptação à realidade.

As respostas banais (I, IV, V, VIII, X) são sobrepostas à prancha, em vez e no lugar duma projecção pessoal impossível.

Alguns detalhes são percebidos fora do seu contexto e da sua lógica espacial (II «patas ao contrário», V «espécie de braços com dedos na ponta»). Os comentários são numerosos e traduzem as dificuldades do paciente em reconstruir o caos da prancha, em dotar o espaço de coordenadas estáveis e fixas (VI, VII).

Se organizamos o espaço a partir do nosso corpo, este, através das respostas, parece muito curiosamente reproduzir o próprio espaço de aplicação do teste, fazendo uma referência constante ao corpo do paciente sem que este apareça alguma vez representado.

V «Espécie de braços com dedos na ponta»

O paciente exprime claramente aquilo que vê da sua posição no espaço real, os seus próprios braços com os seus dedos na ponta. Aquilo que não foi projectado na prancha é directamente vivido como existindo. Aquilo que é projectado está mais próximo da realidade corporal.

Esta espantosa continuidade entre o corpo real e o corpo representado, esta oscilação entre percepção e projecção corporal, testemunha a difícil transformação do espaço corporal em espaço de representação.

Ao mesmo tempo instaura-se a necessidade de conformação com as normas parentais e sociais. Quando o espaço real tridimensional perde a possibilidade de profundidade, são postas no seu lugar referências que estabilizam a percepção (respostas simé-

tricas). Referências técnicas, tiradas do real, que favorecem o conformismo e a imitação. A projecção é reduzida a uma percepção conforme às normas num quadro espaço-temporal exterior ao sujeito. E quando há projecção, ela é como com este nosso paciente, totalmente impregnada da experiência do corpo.

«Aderente ao próprio corpo que não pode afirmar-se face ao outro, a projecção dá origem a um mundo sumário, inacabado, onde o espaço e os objectos são desprovidos de constância e a representação se desdobra numa inquietante proximidade. O banal é uma tentativa de tomar, em relação a si, a maior distância possível, efectuando-se esta distância em detrimento da projecção, não através da projecção.»⁽³⁾

Este modo de pensamento muitas vezes automatizado, estereotipado, mantém os pacientes no interior de um quadro sem flexibilidade.

A abordagem do estímulo é sempre idêntica no plano perceptivo. O paciente, na sua resposta, integra a totalidade das pranchas (G), só se preocupa com a forma (F), na qual regularmente vê um animal (A), banal no plano estatístico (Ban).

As cores, a riqueza das *nuanças* do cinzento e do branco não intervêm na construção das respostas. Quanto aos movimentos eventuais, estes não existem realmente na prancha, não são, pois, projectados. Trata-se de ir ao mais rápido, ao mais superficial, ao mais banal, no que é percebido.

É uma sobreposição que não admite nenhum compromisso com o afecto e a representação. Sem projecção de movimentos (OK), sem projecção duma silhueta humana (OH), sem visão da cor (OC).

A restrição ao animal, ao vegetal, ao inerte, exclui a representação humana.

⁽³⁾ Sami-Ali, *Le banal*, Gallimard, Paris, 1980, p. 110.

O corpo destes pacientes, tão presente nas suas somatizações, está espantosamente ausente.

«O vazio simbólico, a aparente pobreza imaginária subentendem esta patologia do Banal, que se singulariza menos pelo insucesso do recalçamento que pelo seu êxito, menos pelo retorno do recalçado que pela sua permanência.»⁽⁴⁾

Restituir a realidade permite evitar toda a subjectividade,, daí as inumeráveis respostas: «É uma mancha de tinta».

* * *

O êxito do recalçamento do imaginário, a sua aparente supressão, fazem tomar à letra o real, real este reproduzido com um cuidado de objectividade quase mecânica. Há patologia na medida em que a percepção toma o lugar da projecção e o interesse pelo real a necessidade de se projectar. O real tende cada vez mais a ocupar o lugar do imaginário.

A oscilação entre um funcionamento global, banal, adaptado, e uma dificuldade de elaboração das pranchas menos estruturadas, mostra a fragilidade de adaptação fora dos domínios conhecidos e das soluções aprendidas.

Este paciente, militar de carreira durante 23 anos, volta-se tarde para a pedagogia, após uma decepção grave. Com efeito, não obtém uma promoção longamente esperada e deixa, então, o Exército.

As suas perturbações começaram há cerca de 4 anos. Ficou, então, deprimido. Depressão que ele liga a uma saturação total da sua profissão. As turmas são difíceis. Ele é professor de técnica e «herdou» a «ralé»... Desde 1968, «os alunos crêem que têm todos os direitos e nenhum dever. É impossível

⁽⁴⁾ *Idem*, p. 80.

pô-los em bicha para entrarem nas aulas. eles põem uma pessoa em causa por tudo e por nada, dizem que o curso não presta, como se se devesse pedir a opinião a uma criança».

Surgem as perturbações somáticas: ardores no estômago, depois dores cardíacas, acompanhadas, em seguida, de síncope durante as férias no Lot et Garonne.

Ao cuidado de um médico local, as suas perturbações são tratadas como tendo origem «nervosa», com neurolépticos.

«O meu médico disse-me que estava a fazer uma depressão nervosa e, três dias depois de começar o tratamento, já me sentia melhor. Vejo este médico com regula-

ridade porque estou a construir uma casa no Lot et Garonne e conto instalar-me lá.»

É neste preciso momento, com o desaparecimento dos sintomas depressivos, que a doença de Dupuytren se manifesta do lado esquerdo.

Há mais ou menos um ano, o lado direito é também atingido. O paciente decidiu, por outro lado, reformar-se antecipadamente aos 60 anos, pois as condições actuais para o exercício da sua profissão já não lhe eram suportáveis.

Como ele sublinha, «gostaria de um trabalho de responsabilidade com adultos, onde a sua autoridade não fosse posta em causa». Não encara a reforma com entusiasmo. «É

TESTE DE RORSCHACH

I	Λ	— um género de borboleta um pouco exótica. Como em África	G	F+	A	Ban
II	Λ ∨ Λ	— um animal indefinível, com antenas, asas, uma cauda vermelha. Uma borboleta, outra vez	G	F+	A	Ban
III	Λ	— a África. Duas pretas a pisarem milho	G	K	H	
IV	Λ ∨	— uma borboleta da noite, espessa, com asas aveludadas... uma impressão de espessura	G	FE	A	
V	Λ ∨ Λ	— uma borboleta simétrica, com as asas desdobradas, como que coladas num cartão	G	F+	A	Ban
VI	Λ	— uma pele de animal, um animal esquartejado, a secar	G	F+	A	
		— uma lontra	F	F+	A	
VII	Λ ∨	— uma mancha simétrica				Choque
VIII	Λ ∨	— uma flor de cardo ou de alcachofra, a base azulada	D	FC	Bot.	
		— uma flor tropical, estilo ibiscus, por causa do cor-de-rosa	D	FC	Bot.	
IX	Λ ∨	— um motivo floral, o cor-de-rosa faz-me pensar nisso, o verde poderiam ser folhas. O laranja pétalas mais secas	G	FC	Bot.	
X	Λ ∨	— a pintura abstracta... manchas de cor... não gosto da pintura moderna	G	FC	Obj.	

um enterro de primeira classe... já não serei útil à sociedade... é uma velhice prematura...» E insiste novamente nos seus 59 anos e meio.

A associação dos G F + A Ban, muito frequente neste protocolo, testemunha um pensamento estereotipado, normalizado, adaptado na aparência, mas sem capacidade

de análise (Cf. II, em que a decomposição em detalhes só consegue levar a mais uma banalidade).

A adesão à realidade é grande e passa quase sempre pelos conteúdos de animais, bestiário africano neste caso, porque este paciente fez a sua carreira militar em África. Referência ao quotidiano de uma época mais feliz porque, aí, estava enquadrado.

O pensamento é duma precisão máxima ($F + \% = 100\%$), isto é, duma extrema rigidez. Em nenhum momento a afectividade lhe «perturba» o rigor do juízo.

A projecção vai do mais corporal (a impressão táctil: IV — «uma borboleta da noite, espessa, com asas aveludadas... uma impressão de espessura...»), ao mais placado (bidimensional: V — «uma borboleta simétrica, com as asas desdobradas, como que coladas num cartão»).

A projecção só é possível num espaço estruturado e realista. Daí o choque e a ausência de resposta na prancha (VII — «uma mancha simétrica»).

No banal, exprime-se a conformidade da percepção às normas sociais; o aspecto rígido destes pacientes, o seu conformismo de pensamento e de sensibilidade, a automatização da sua motricidade são outras tantas constantes. As modificações caracteriais ao serviço da eficácia implicam que o indivíduo se desinteresse de toda a actividade fantasmática.

O curto-circuito do corpo induz a utilização de «truques», de regras de funcionamento que correspondem a outras tantas técnicas espaço-temporais que permitem ao sujeito funcionar.

Este funcionamento, caracterizado pela adesão à técnica e a imutáveis referências espaço-temporais, impede qualquer adaptabilidade. Compreende-se, assim, que «já não poder meter os alunos em fila para entrarem nas aulas» provoca a desordem. Não só a desordem psicológica («põem uma pessoa em causa por tudo e por nada», dizendo

que «o curso não lhes agrada, como se se devesse pedir a opinião a uma criança»), mas também a desordem espacial (prancha X — «não gosto da pintura moderna»).

O aparecimento da depressão marca, assim, o insucesso do quadro construído e prova a sua fragilidade defensiva. Um traumatismo (a definir individualmente), pode favorecer o retorno de um recalçado cuja acção inconsciente não pode já ser controlada, pondo em causa as defesas características anteriormente construídas.

O trabalho de contra-investimento, que é tentado, engendra um abaixamento geral do tónus, um estado depressivo muitas vezes baptizado de «fadiga». A dificuldade de investir resulta do dispêndio de energia realizado na luta para manter o recalçado fora do consciente.

Com o difícil trabalho de elaboração da situação traumatizante, é o aparecimento das somatizações no nosso paciente (gastrites, dores cardíacas, síncope).

Estas permitem, contudo, a elaboração duma relação transferencial muito positiva com o médico local, de quem se louvará os neurolépticos miraculosos que, em três dias, farão desaparecer a «depressão» e de quem se apreciará a «presença» enérgica. Por os efeitos dum disfuncionamento projectivo na conta de uma doença «nervosa» permite ao paciente confirmar o recalçamento de toda a sua subjectividade.

A depressão desaparece, instala-se a doença de Dupuytren, somatização impessoal menos notada que as dores cardíacas ou gástricas, pela sua localização limitada, pelos seus sintomas menos dolorosos, aos quais não se associa nenhuma fantasia popular angustiante.

O problema de fundo não é regulado, uma vez que as condições de trabalho continuam a ser as mesmas, e o paciente decide pedir a reforma antecipada. «É um enterro de primeira classe... é uma velhice prematura» — sublinha ele, ao mesmo tempo que lhe aparece uma Dupuytren do lado direito.

«Estou a construir uma casa no Lot, onde trabalha o médico que me tem acompanhado!... Estou a pensar em instalar-me lá depois de reformado».

A somatização aparece, assim claramente em ligação com uma dinâmica pulsional

contra a qual embate o trabalho do imaginário, instaurando um inevitável balanceamento corpo real/corpo imaginário. Aqui ela é suportável. Novos arranjos se efectuam, em relação evidente com a ligação terapêutica.

TESTE DE RORSCHACH

I	^	— uma borboleta	G	F +	A	Ban
		— uma mancha de tinta entornada				
II	^	— (n')				
	v	— uma borboleta	G	F +	A	Ban
III	^v	— pinças de animal	G	F —	Ad	
		— um escaravelho	D	F —	A	
IV		— nada... (n')				Choque
V	^	— uma borboleta	G	F +	A	Ban
VI	^v	— um animalzinho que sai da sua concha	G	F —	A	Kan
VII	^	— um contorno de coral	G	FE	Ges.	
VIII	^	— (comentário sobre a cor)				
	v	— uma flor com folhas em baixo	G	FC	Bot.	
IX	^	— uma goela de lobo	G	FC	Bot.	
X	^	— um desenho chinês	G	FC	Obg.	

* * *

Onde se constatava um vazio, pode surgir um pleno. Testemunha disso é a emergência do Imaginário na relação transferencial e no protocolo.

Este paciente de 48 anos encontra-se hospitalizado no serviço por uma algo-distrofia⁽⁶⁾ maior, na sequência de uma ferida sem gravidade na mão direita.

Depois de obter um certificado de estudos, o senhor CH. trabalhou como fotógrafo com um tio. A guerra da Indochina vem interromper a sua actividade profissional. «Eu, que era um hiper-nervoso, sentia-me muito melhor na Indochina. A população,

lá, era acolhedora. Tenho necessidade de me sentir bem recebido para ficar à vontade. Sinto-me melhor. Se sinto reticências, fico logo nervoso.»

Este o primeiro paradoxo deste homem que assegura sentir-se mais à vontade num país estrangeiro cuja língua, civilização e mentalidade desconhece. Assim, ele exprime a necessidade de uma relação fusional «sem reticências».

Tendo regressado da Indochina, torna-se motorista na companhia do gás francesa e sente dificuldade em suportar os trajectos longos. Faz uma depressão nervosa, da qual declara estar actualmente perfeitamente curado.

Recentemente feriu-se na mão ao passá-la através do vidro da janela que fica junto da sua cama, durante um pesadelo. A simples ferida transformou-se rapidamente numa algo-distrofia. A mão edematosa, dolorosa, imóvel.

(6) Algo-distrofia: infiltração edematosa da pele, dos tecidos subcutâneos, das bainhas tendinosas, das articulações, implicando uma rigidez, uma descalcificação óssea — sem relação proporcional com o traumatismo.

Um mês mais tarde teve lugar uma segunda entrevista. O paciente sente-se muito melhor. Já consegue a flexão completa dos dedos. O inchaço diminuiu nitidamente. A algo-distrofia encontra-se em regressão.

A preocupação actual do paciente é a sua inactividade, encontrando-se incapaz de procurar uma ocupação do seu quadro profissional.

Se a análise clássica do protocolo confirma as reduzidas capacidades de análise e de combinação do paciente (90% G), e funcionamento mental estereotipado (F + A Ban) desordenado pelos choques emocionais (pranchas III, IV, VI: comentário, recusa, F—), ela não dá conta do desaparecimento da inibição do paciente na relação transferencial.

A anamnese representa as grandes linhas do funcionamento do paciente:

— uma tendência para a descarga corporal agressiva, do «nervoso», a qual se estabiliza miraculosamente à sua chegada à Indochina). Ou seja, é no máximo de distância a um Outro, Estranho, que se pode estabelecer a impressão de estar em fusão perfeita.

— o regresso a um familiar estranho e aos ritmos «desenfreados» do Ocidente, introduz uma ruptura chamada «depressão»; à qual se segue um período de pesadelos. O trabalho do luto coincide aqui com o regresso da actividade onírica na sua forma menos elaborada: o pesadelo. É no decurso de um destes pesadelos que a descarga motora conduz ao acidente.

Enquanto que, habitualmente, com a fase do sono paradoxal, o tónus fica profundamente inibido, aqui, o movimento acompanha o sono, dobra a representação.

Qual será a possibilidade, neste paciente, duma «transformação da excitação em representação organizadora da descarga libidinal noutra voluntária, e que é específica do trabalho do aparelho psíquico?»⁽⁶⁾

⁽⁶⁾ Gagey, J., *Colloque sur le «Rêve»*, Paris, 1981.

A partir da ferida simples, desenvolve-se o O. A. D. Bastam duas entrevistas para que a sintomatologia orgânica regresse e para que se inicie, de maneira tangível ao nível do Rorschach, uma abordagem tridimensional das pranchas e um esboço de representação corporal (VI — «um animalzinho que sai da sua concha»).

Também não é indiferente que esta tentativa de projecção se faça na prancha sexual. O que aparece na escuta do paciente não estava, no fundo, recalcado nem escondido pelo sintoma orgânico. O sintoma e a depressão são dois elementos ligados. Numa impossível elaboração da ausência, a relação torna-se constante, a insuficiência projectiva dum lado, e a adaptação e a somatização do outro.

O protocolo, realizado durante o segundo encontro, reproduz a dinâmica transferencial das duas entrevistas. Se se pode encontrar aí a clivagem entre o funcionamento estereotipado e o mundo perturbado e sem elaboração da afectividade, podem descobrir-se, na segunda parte do protocolo, respostas globais mais elaboradas, nas quais a cor se integra de modo harmonioso. A visão é tridimensional, a afectividade participa nos processos mentais.

I «uma mancha de tinta entornada»

A partir deste espaço bidimensional, esboça-se um contra-movimento, deixando emergir uma possibilidade de expressão dos conteúdos profundos.

VI «um animalzinho que sai da sua concha»

VII «um contorno de coral»

A possibilidade de quinesesia, mesmo animal, é seguida de três respostas que confirmam a visão de planos sobrepostos.

VIII «uma flor com as folhas em baixo»

CONCLUSÃO

Na histeria, o sintoma somático, realização disfarçada dum desejo recalcado, torna-se uma formação substitutiva simbólica num corpo imaginário.

Toda a evolução infantil está condicionada por esta passagem do corpo real ao corpo imaginário.

Sobrepor, à ausência real do seio, o jogo da sua ausência e da sua presença, «jogá-lo» no e a partir do seu corpo chupando o polegar, é, por um mecanismo projectivo, tentar elaborar o traumatismo.

A constituição do processo projectivo a partir do próprio corpo subentende todas as possibilidades futuras de representação e de simbolização. Qualquer entrave à constituição da passagem entre o corpo real e o corpo imaginário é um obstáculo à constituição da permanência do objecto.

A oscilação existente ao longo de todos estes protocolos entre percepção e projecção corporal testemunha uma difícil transformação do espaço corporal em espaço de representação. Evidentemente que este espaço é regido pela situação de aplicação do teste. Nela estão presentes o corpo do sujeito e o corpo do testador. Esta presença em filigrana do «*transfert*» impõe a face plana e fusional das primeiras relações mãe-lactente. É a possibilidade (ou não) de introduzir uma profundidade que fará (ou não) estoirar este espaço.

O fenómeno da somatização entra, então, em correlação inevitável com o funcionamento do processo projectivo.

Esta correlação negativa entre projecção e somatização mostra que, fora do quadro da conversão, a somatização remete para a sua oscilação entre o corpo real e o corpo imaginário.

A dificuldade de projecção de um corpo imaginário sobre a prancha do Rorschach, a grande presença física dos pacientes sobre o modo de descarga motora, a banalização

da sua imaginação, constituem os índices de um funcionamento projectivo.

Se a patologia freudiana é a do insucesso do recalçamento, com o seu cortejo de sintomas, Sami-Ali faz a conexão da clínica psicossomática com o seu sucesso. O recalçamento traz consigo o conteúdo e a função.

Recalcar qualquer projecção implica uma transformação caracterial eficaz, de que o corpo imaginário na sua subjectividade e o corpo real nos seus órgãos pagam os custos.

* * *

Mesmo que estejam pouco habituados a prestar atenção aos fenómenos psíquicos, os cirurgiões «sentem» nos seus pacientes este «terreno propício» às complicações de ordem somática.

Que importa que haja vocabulários diferentes para uma mesma sensibilidade, desde que esta privilegie uma audição global do paciente e das suas necessidades?

As investigações clínicas podem conduzir, em equipas pluridisciplinares, a uma prática real:

- da consideração da anamnese do paciente, em toda a decisão terapêutica, pondo a claro os antecedentes somáticos, a sua frequência, a sua gravidade, a sua ligação eventual com acontecimentos traumáticos, e, assim, a sua incidência sobre a intervenção cirúrgica prevista.
- duma atenção particular aos fenómenos das insónias, dos pesadelos, dos sinais depressivos, testemunhos de um transbordamento projectivo e de uma situação de impasse que pode conduzir a uma nova somatização.
- no limite das necessidade cirúrgicas, uma escuta atenta dos desejos do paciente e das suas possibilidades de defesa, de reacção e de colaboração com as intervenções previstas. Entre

outros, no caso de amputações secundárias, em que deve ser empreendido um indispensável trabalho de luto *antes* da intervenção cirúrgica.

O quadro do funcionamento hospitalar, a formação e as motivações dos cirurgiões facilitam a exclusão do imaginário. Pôr em causa a técnica, os gestos profissionais e o papel social, implica, da sua parte, a intuição duma ausência, dum vazio na relação

com o paciente. Com efeito, é pedido ao psicólogo que dê uma presença física, palpável e tranquilizante, a este espaço psicossomático no qual se elaboram as duas vertentes do corpo, a real e a imaginária.

Todos os registos da relação com o paciente se encontrarão, assim, preservados: o registo orgânico que o cirurgião domina, o registo imaginário que confere autenticidade ao psicólogo... mesmo que ele não intervenha...



Assinaturas:

Normal:
1 600\$00

Instituições:
2 500\$00

**RECEBA A REVISTA
EM SUA CASA ANTES
DA DISTRIBUIÇÃO
NAS LIVRARIAS**

**GARANTE O ACESSO
A UM EXEMPLAR**

**A NOSSA CONTINUIDADE
E A MELHORIA DE QUALIDADE
TAMBÉM DEPENDE DE SI**

**COMPLETE A SUA COLEÇÃO
DE**

Volume I:	Volume II:	Série I:	Série II:	Série III:
N.º 1: (Esgotado)	N.º 1: (Esgotado)	N.º 1: 400\$00	N.º 1: 400\$00	N.º 1/2: 650\$00
N.º 2: (Esgotado)	N.º 2: (Esgotado)	N.º 2: 400\$00	N.º 2/3: 550\$00	N.º 3: 450\$00
N.º 3: (Esgotado)	N.º 3: 400\$00	N.º 3: 400\$00	N.º 4: 400\$00	N.º 4: 750\$00
N.º 4: 400\$00	N.º 4: 400\$00	N.º 4: 400\$00		

Os números esgotados podem ser fotocopiados ao preço de 500\$00

Faça o seu pedido, enviando cheque ou vale de correio em nome do:

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Rua Jardim do Tabaco, 44 — 1100 LISBOA