

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

DM
VALE.1

ADOECER BIOLÓGICO: EM QUE SENTIDO?

ADOECER HUMANO!

UNIDADE SOMÁTICA-PSÍQUICA

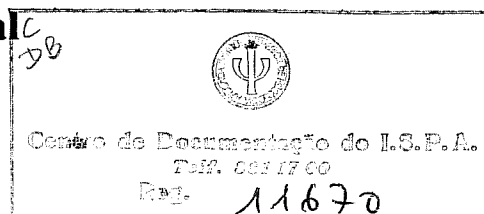
E/OU

PSÍQUICA-SOMÁTICA

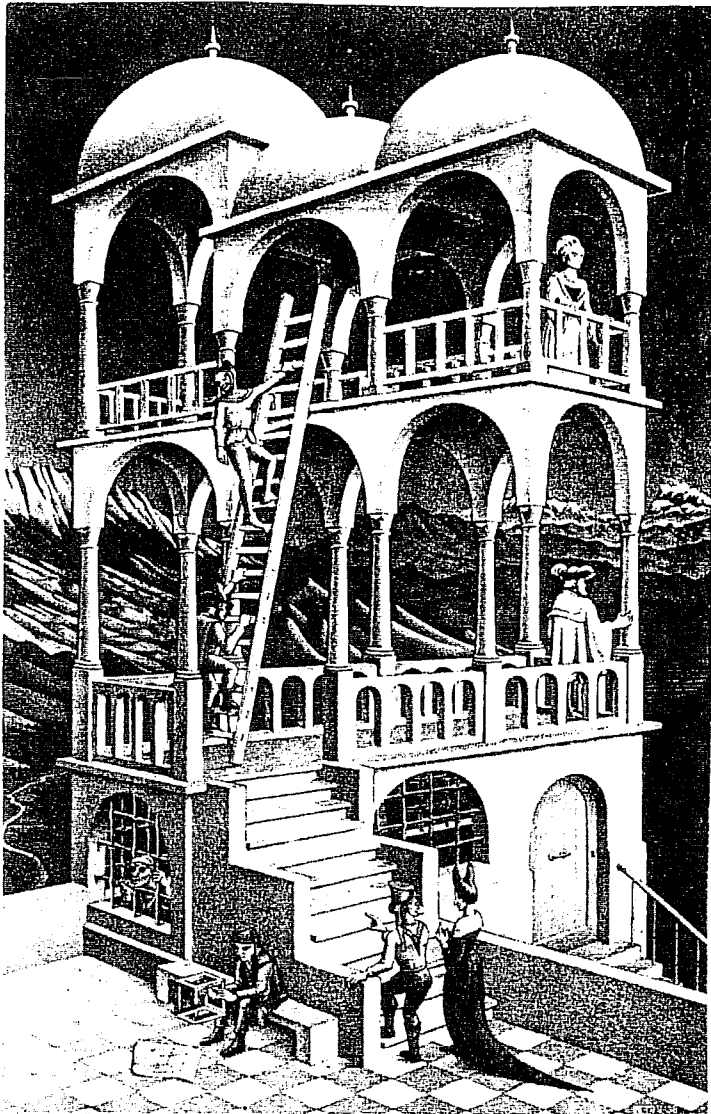
**O corpo em questão; que é perdido de vista
versus
o corpo interpretado; emergência da revelação do indivíduo**

**Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica
de
Anabela Marques Lourenço de Almeida Vale
1997**

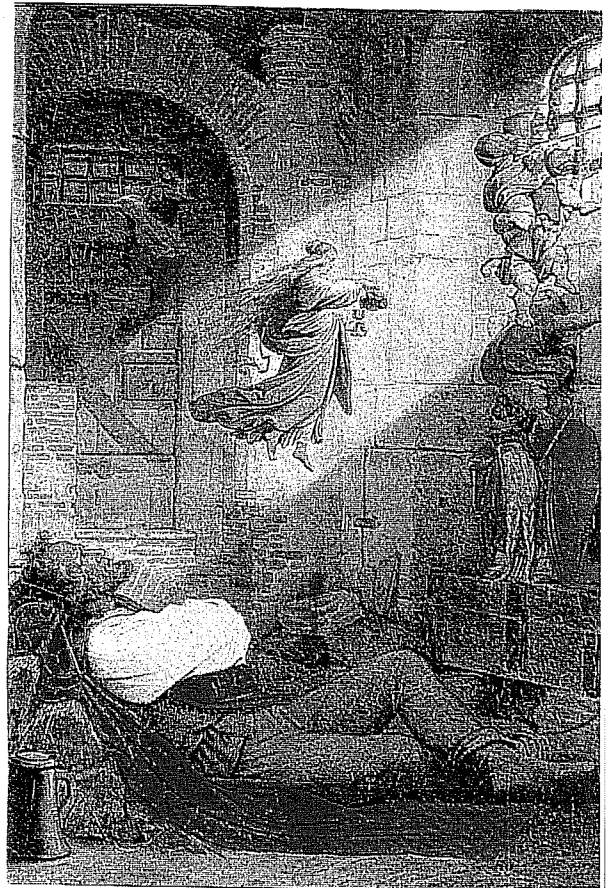
Orientadora: Prof^a Doutora Isabel Leal



“O sábio que atingiu o conhecimento pleno (...) sabe que
o determinismo das paixões é tão necessário como o
mecanismo físico-matemático do universo natural”



ÉTICA
Bento de Espinosa



“A melhor defesa para o organismo
é o funcionamento mental”

Pierre Marty

Eu ontem morri...
Morri para os sonhos,
para a ilusão de uma vida
que contemplasse a dignidade na doença e na dor...
Morri para embandeirar a
luta por uma sociedade onde os
doentes não fossem simplesmente
atirados junto aos restos de detritos sociais...
Morri para o entorpecimento
do álcool para alívio da minha angústia...
E nasci para a descrença num novo mundo.

Eu ontem morri
nas veredas da paixão
acreditando que a vida concebesse
momentos de prazer sem cobrar determinantes de sofrimento...
Morri ao nascer para a vida sentindo
o desprazer da solidão...
Morri quando fui arrancado de minha inocência.

(...)

(...)

Morri para a mesmice da vida
E nasci um novo homem que
tem a petulância de ainda ter fé
em transformações sociais... na dignidade,
na doença e na dor

Valdemar Augusto Angerami-Camon

ÍNDICE

ÍNDICE	4
AGRADECIMENTOS	8
INTRODUÇÃO	10

PARTE I **INVESTIGAÇÃO TEÓRICA**

1 - IMBRICAÇÃO PSICOSSOMÁTICA E SOMATOPSÍQUICA	18
1.1 - Ruptura epistemológica desde o fim do século XIX, no modelo da Saúde	18
1.2 - Exemplos	20
1.2.1 - O corpo, a pele, a comunicação não-verbal e verbal	20
1.2.1.1 - Relação entre doenças da pele e uma dada organização psíquica	22
1.2.2 - Diabetes e o papel das emoções	27
1.2.3 - Relação entre as emoções e o cancro (Psiconeuroimunologia)	29
2 - O QUE É A ALOPECIA?	33
2.1 - Etimologia. Alopecia areata	33

2.2 - Variantes clínicas da alopecia areata	34
2.3 - Evolução	34
2.4 - Etiologia	34
2.5 - Diagnóstico diferencial	35
2.6 - Tratamento médico e psicológico	38

3 - HISTÓRIA DOS MODELOS TEÓRICOS EM PSICOSSOMÁTICA

3.1 - Origens da Psicossomática	42
3.2 - Escola de Chicago e Escola Psicossomática de Paris	43
3.3 - Postulado da somatização para a Escola Psicossomática de Paris	47
3.4 - Sami-Ali, o recalçamento do imaginário e suas implicações	48
3.5 - O conceito de “alexitimia”	52

4 - FUNCIONAMENTO PSICOSSOMÁTICO - CONCEPÇÕES GERAIS

4.1 - Avaliação dinâmica versus nosográfica	55
4.2 - Processos mentais que favorecem a sintomatologia psicossomática	56
4.3 - A dinâmica intra e inter-subjectiva nas Técnicas Projectivas	57

5 - FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REALIDADE INTERNA OU DA VIDA MENTAL (ANTROPOGÊNESE)

5.1 - Importância das “imagos” e funções parentais no desenvolvimento mental e na imagem do corpo como um fenómeno social.	60
5.2 - Paradigma <i>kleiniano</i> e pós- <i>kleiniano</i> na formação do mundo interno ...	66

5.3 - Narcisismo e relações de objecto no modelo <i>kleiniano</i>	73
5.4 - Conceitos chave da relação entre o corpo e o mundo em alguns autores	77
5.5 - Os limites do Eu, a capacidade de simbolização e a noção de traumatismo	80
5.6 - A actividade onírica comprometida nos pacientes psicossomáticos	83
5.7 - Que sintomas? Como e porquê determinados sintomas	85
5.8 - O valor do sintoma e sua expressão narcísica	87

6 - REFLEXÕES ACERCA DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA, NOS CASOS PSICOSSOMÁTICOS

6.1 - Importância da intervenção psicoterapêutica	90
6.2 - Identificação projectiva, contra-identificação projectiva, identificação complementar e identificação concordante	91
6.3 - A ilusão da neutralidade, a importância da relação terapêutica intersubjectiva e da transferência positiva	96
6.4 - Outro tipo de intervenções	100
6.5 - Que <i>setting</i> usar? Vantagens e desvantagens	102
6.6 - Objectivo psicoterapêutico	103

PARTE II **INVESTIGAÇÃO PRÁTICA COM ILUSTRAÇÃO** **DE UM CASO CLÍNICO**

1 - CASO CLÍNICO E SUA ANÁLISE	109
1.1 - Dados clínicos	109

1.2 - Análise dos dados clínicos	123
2 - A TÉCNICA RORSCHACH COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DIAGNÓSTICA DA CLIENTE	128
3 - CRITÉRIOS OU GRELHA PARA APRECIÇÃO DO PROTOCOLO DO RORSCHACH. PROCEDIMENTOS DA METODOLOGIA DE ANÁLISE	140
4 - ANÁLISE DO RORSCHACH	141
4.1 - Análise do Rorschach, resposta a resposta	141
4.2 - Conclusões sobre o funcionamento mental da cliente	151
4.3 - Relação entre a análise dos dados clínicos e os do Rorschach	153
5 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	157
5.1 - Integração teórica	157
5.2 - Discussão dos resultados e conclusões	163
BIBLIOGRAFIA	168

AGRADECIMENTOS

É com gratidão e humildade que agradecemos a todos que contribuíram para a elaboração desta tese. Sem a sua ajuda, provavelmente não se teria realizado.

Um agradecimento especial para a orientadora da tese, Prof^a Doutora Isabel Leal que, desde logo, conseguiu ir ao encontro dos nossos interesses, ajudando-nos na definição do tema, bem como pelas suas sugestões, dadas a nível de directrizes do trabalho.

Também um agradecimento especial à Dr^a Emília Marques que, com a sua habilidade, saber e disponibilidade foi esclarecendo, clarificando e orientando o nosso pensamento, ao longo do percurso do trabalho.

Queremos agradecer-lhes pela sua crítica revista e pela organização do trabalho, inclusivé ao nível da ilustração.

Com o Hieronymus Bosch, pintor, espécie de surrealista do século XV (1450-1516) pensamos criar um clima neste trabalho, exemplar no contexto da psicossomática. É um pintor que persiste ao longo dos séculos e é tão actual, com a sua genialidade traduzida nos seus quadros de forma excelente ou brilhante, onde florescem todos os aspectos emocionais, que são a maior riqueza do homem mas também, podem ser, o seu maior drama.

Ele mostra-nos, através das suas pinturas, o mundo interno humano povoado de sonhos, pesadelos, quimeras e monstros, que causam quer uma impressão de horror, quer uma impressão agradável.

Queremos agradecer também a todos que estimamos, respeitamos e amamos, a disponibilidade dada a nível de bibliografia adequada à investigação, a ajuda dada na passagem do texto a computador e da sua formatação, bem como a sua compreensão, tolerância e respeito por este trabalho e pelo tempo

que não lhes foi dedicado em prol desta investigação.

Agradecemos ainda aos pacientes e, em particular, à paciente estudada, pela colaboração prestada na técnica de Rorschach e ao permitirem que através da prática clínica continuemos a reflectir, pensar e desenvolver.

A todos eles devemos esta possibilidade e, deste modo, podemos também continuar a ajudar quem necessita, no processo evolutivo-maturativo que é um processo para uma vida inteira.

INTRODUÇÃO

Bion (1991) refere: “o anseio por amor, compreensão e desenvolvimento mental não satisfeitos, deflecte-se agora em ânsia por comodidades materiais. Intensificados os desejos pelas comodidades materiais, o anelo por amor continua insatisfeito, transformando-se em voracidade arrogante e desregrada”.

Começamos a introdução com esta citação de Bion que fala no anseio do amor não satisfeito e acabamos o último capítulo da investigação teórica com algumas ideias, acerca do entendimento que temos do amor. Esta temática não dá só conta de todas problemáticas, mas faz sentido nos casos psicossomáticos, não pelo facto de enveredarem por comodidades materiais em si e arrogância, com defesas megalómanas, mas ligando as questões materiais a “coisas”, ao concreto e ao banal. Por insatisfação do amor, perde-se a noção do belo, do sentido estético, da expressão e capacidade de apreciação dos valores humanos exteriores e interiores como a própria serenidade e a faculdade de pensar e de criar que se torna algo de extraordinário, vislumbrando novas luzes, que iluminam a própria vida e lhes dão sentido.

Freud (1930), no seu livro “O mal-estar na civilização”, considerava as dificuldades que contrariam a aspiração humana à felicidade - por ele definidas como a satisfação dos instintos e o evitamento do conflito. Depois de ter citado os diferentes sedativos utilizados: a distração no trabalho, as satisfações substitutivas da arte e das ilusões religiosas e amorosas e, enfim, as drogas, mencionava como último recurso a fuga na doença nervosa, neurose ou psicose. Talvez tenha deixado em aberto por falta de tempo, os estudos sobre a psicossomática.

Sendo o Homem, por excelência, um ser psicossomático, será melhor, como

refere Marty em 1993, falar em “doentes ou pacientes psicossomáticos”, a fim de não se cair em ambiguidades, redundâncias ou generalizações, já que todos nós podemos, por vezes, ter fenómenos e/ou sintomas somáticos e não se tratar de uma organização psicossomática.

Então o que é e/ou como se caracteriza o funcionamento mental psicossomático? Esse é o objecto e o objectivo da nossa investigação. O problema é sabermos como se organiza o funcionamento mental dos pacientes psicossomáticos, quais os processos mentais utilizados, qual a sua realidade interior, saber como vêm e lidam com a realidade exterior, como resolver ou obviar essa problemática e como intervir? A hipótese por nós colocada é que se trata de sujeitos com uma realidade psíquica fragilizada (ou irreabilidade psíquica?), com limites rígidos e/ou frágeis do Eu, imaturos e em tensão praticamente constante, que oscilam entre uma realidade, ora idealizada ora ameaçadora, com uma hipersensibilidade e indiferenciação na relação Eu/Mundo, muito ligados aos factos e “subjectivação” da realidade interior e exterior, o que conduzirá a desvios ou distorções da percepção, com indicadores de somatização perante situações de conflito. Há um evitamento a todo o custo das situações conflituais, por uma dificuldade de pensar, denegando e negando desse modo, a depressão arcaica e mascarada neles existente. Apresentam elevados níveis de ansiedade que dificulta e até compromete o processo mental de significação, que só encontra saída no organismo e uma realidade banalizada em que predomina a factualidade, o conformismo e o hiperrealismo ou hiperadaptação. O evitamento do conflito acaba por ser o evitamento da própria vida, impregnada de ambivalências, *nuances* e subtilidades. Poderá falar-se em “morte”, desertismo ou ausência psíquica, sobretudo ao nível do imaginário? Pensamos que não, apesar de funcionarem como se não fossem possuidores do imaginário. Talvez porque, para eles, o conflito assume-se como uma crise ou catástrofe, com angústia de morte, que ameaça a integridade do sujeito, camuflando-se no literal, mas que não dura sempre. E depois? Na verdade, o conflito é inevitável, porque

integrante da própria vida e mesmo indispensável ao progresso do indivíduo (ontogenia) e da espécie (filogenia). O conflito só se pode pensar em termos de um sujeito em interação com outros sujeitos e é essa dependência dos outros que permite aceder ao estatuto de sujeito e de desenvolvimento. Os psicossomáticos evitando o conflito encontram-se numa situação de impasse, evitando as trocas interpessoais, possibilitadas e explicadas pela “identificação projectiva” dada a dificuldade que estes pacientes têm nas passagens e transformações do processo da comunicação, que em vez de beneficiarem com as experiências, com a elaboração das mesmas, se retraem perante as situações.

Dada a abrangência da psicossomática circunscrevemos o nosso campo de investigação especificamente, sobre um caso de alopecia areata, com a variante clínica: alopecia universal, sobretudo ao nível da investigação prática, tentando perceber como a pessoa funciona em termos mentais e a relação com a sua alopecia.

Esperamos que se trate de uma odisséia interessante, mas não alucinante nem lancinante, dada a consciência dos riscos de tão complexo estudo e, dada a nossa visão do Homem numa perspectiva globalista - Existencial, Dinâmica e Cognitiva - nas suas diferentes condicionantes biológicas, psicológicas e sociológicas. Centralizar uma problemática só ao nível físico, psíquico e social é esquartejar o Homem e dificultar respostas de intervenção, muitas vezes emergentes, que têm um valor prático imprescindível e solucionável, como forma preventivo-terapêutica.

Grande parte dos problemas poderiam passar pelos Cuidados Primários de Saúde que supõem um acompanhamento das pessoas, equipas multifacetadas e programas de prevenção e educação para a Saúde, participação comunitária, sistema este de filtragem para os cuidados mais especializados do sistema de Saúde, mas que também integra a Promoção e Manutenção da Saúde, a

Prevenção Primária (da doença), Prevenção Secundária (conter os problemas que já existem e conter queixas) e a Reabilitação (recuperar funções perdidas). Tal postura em diferentes vectores, também deverá existir nos sistemas mais especializados de Saúde, que se inscreve no quadro da psicologia da Saúde, iniciada na década de 70. A intervenção psicológica na Saúde e na doença não é compatível com radicalismos nem ortodoxias. No entanto, e lamentavelmente, na prática tal não se verifica. A esses serviços recorrem vários clientes que necessitavam de um acompanhamento psicoterapêutico mas tal não lhes é indicado, sendo também para eles desconhecido.

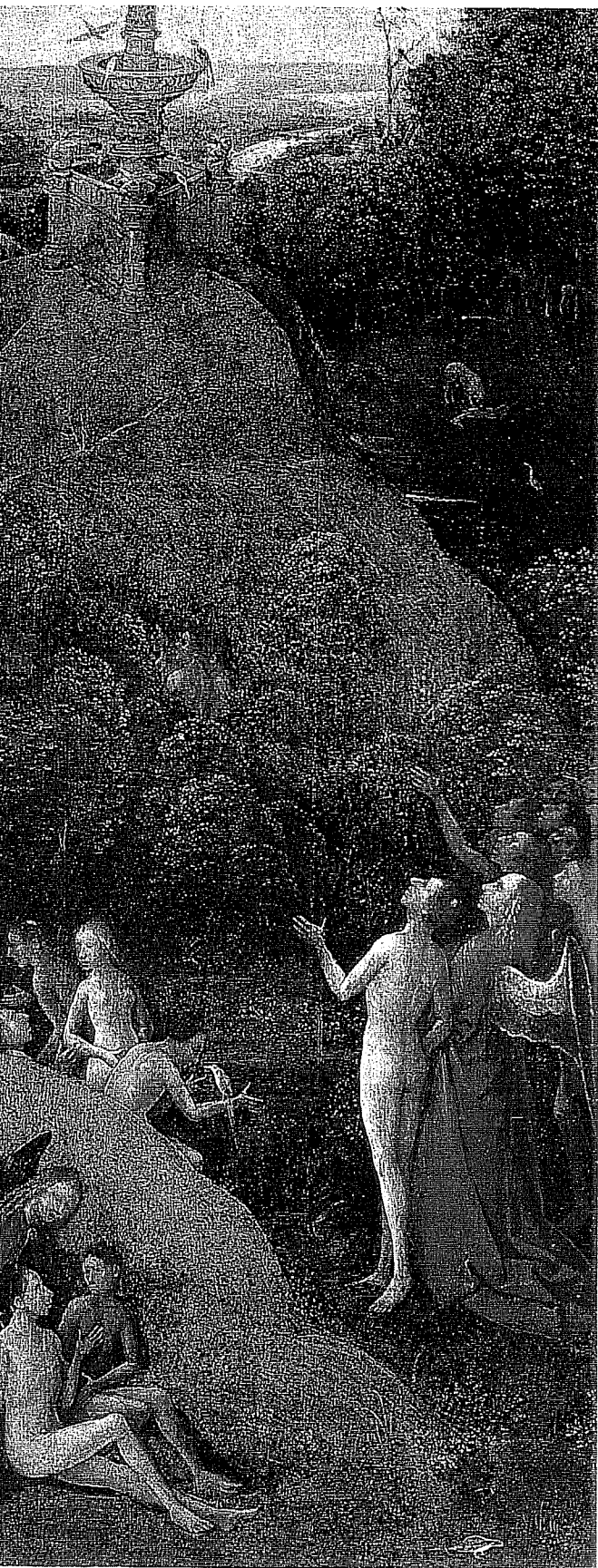
Apesar dos modelos teóricos retratados neste trabalho, irem a um nível profundo através da psicanálise, fundamental para a compreensão dos sujeitos, importa nunca perder de vista o lado da intervenção focal e breve, em muitos casos necessária, como travão de uma situação de emergência ou descompensação aguda. Na focagem devem sobressair mais os recursos dos indivíduos, os seus lados construtivos ou potencialidades maturativas, sempre inseridos e nunca desligados de um dado ambiente, procurando uma interacção com os recursos desse mesmo meio. Na abordagem cognitiva (*appraisal*) ou reestruturação cognitiva deve-se dar ênfase aos padrões de *coping*, indo ou não às referências psicanalíticas. Monat e Lazarus (1985), definem *coping* como “esforços para lidar com situações de ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina, nem uma resposta automática”, ou seja, é um sistema de adaptação a que o sujeito lança mão a determinados recursos para enfrentar a situação, representando a forma como cada pessoa avalia e lida com as agressões. Hamburg e Adams (1967) referem os objectivos específicos que as estratégias de *coping* têm: manter o *stress* sob limites, manter a percepção de eficácia pessoal, restabelecer relações significativas, manter a auto-estima e ter a esperança na reabilitação e perspectiva de futuro (in A. V. Serra e col., 1991).

A hipótese sustentada neste trabalho é provisória e refutável, sendo estas

características uma das garantias da cientificidade. A ciência é uma procura. Com efeito, Popper (1959) afirmou que a “refutabilidade é uma das características essenciais do facto científico”. Esta hipótese e interesse pela psicossomática, deve-se não só ao já acima referido, já que o estudo e compreensão do Homem só faz sentido numa perspectiva holística, mas surgiu concretamente, a partir de um caso clínico, em seguimento psicoterapêutico de alopecia areata universal, diagnosticada dermatologicamente. Um caso que se assumiu, como um desafio, desde logo alicerçado numa aliança terapêutica estabelecida. O peso somático camuflado com uma cabeleira, era uma perfeita camuflagem, não fosse a paciente explicar a sua realidade, que a fazia sofrer muito. É nossa experiência que os pacientes com marcantes falhas narcísicas, mesmo que disfarçadas, são fáceis de aceitar a terapia, comprovando-o também este caso, em que a imagem corporal está abalada.

A elaboração desta tese, apareceu como uma possibilidade de alargar, reflectir e aprofundar, os conhecimentos e intervenções nesta área de estudo. Esta melhoria de conhecimentos em extensão e profundidade não só beneficiam os terapeutas, como os pacientes. Da parte teórica do trabalho, os primeiros quatro capítulos, constarão de perspectivas mais abrangentes da psicossomática, mesmo ao nível da medicina psicossomática e de modelos teóricos protagonizados por alguns autores que se destacaram, de algum modo, no campo da psicossomática. Os dois últimos capítulos constam mais de uma reflexão profunda ligada ao problema por nós, inicialmente colocado: como se organiza o funcionamento mental destes pacientes? Talvez aí consigamos algumas respostas que irão depois, ser ou não fundamentadas na parte prática. Apesar dos últimos capítulos nos interessarem, mais como objectivo do trabalho, não deixamos de partir de uma visão mais lata, horizontal ou transversal do problema, partindo depois para uma perspectiva mais vertical, sagital ou longitudinal, porque só olhando para o mundo interno dos sujeitos e perceber a sua formação em termos intersubjectivos, percebemos a formação da sua identidade e a construção do seu narcisismo. A nível prático, tenta-se

estudar um caso clínico, com patologia psicossomática, nomeadamente a já referida alopecia areata universal, em seguimento psicoterapêutico. Para a investigação ou estudo deste caso clínico, utiliza-se a técnica projectiva de Rorschach que permite fundamentar e objectivar os dados biográficos e reflexões tiradas das sessões terapêuticas. As técnicas de investigação remetem para um duplo aspecto metodológico: teórico e prático. Esquecermo-nos de um ou de outro seria candidatarmo-nos ao erro.



PARTE I

**INVESTIGAÇÃO
TEÓRICA**

1 - IMBRICAÇÃO PSICOSSOMÁTICA E SOMATOPSÍQUICA

1.1 - Ruptura epistemológica desde o fim do século XIX, no modelo da Saúde.

Não há dúvida de que, no século XX se incluem factores psíquicos no determinismo das afecções orgânicas, que se trata de uma brecha epistemológica em relação ao positivismo redutor que caracterizava a medicina clássica, desde o fim do século XIX. Isto, pelo menos a nível teórico. A nível prático, tal não se efectuou como seria desejado e desejável porque os costumes, hábitos, atitudes, na sua dimensão mais cognitiva (crenças) e na sua dimensão mais afectiva (valores), bem como os sistemas internos específicos (real interno) e os sistemas externos (real externo), resultam de um processo de mudança moroso o que prova a complexidade dos fenómenos e as suas vicissitudes.

A psicologia clínica promove-se pela educação, capacitando as pessoas para aumentarem o controlo da sua saúde e para a melhorar: “qualidade de vida”, conceito mais sociológico e “bem-estar”, conceito mais psicológico, conceitos estes que se entroncam, dado que o “bem-estar” é um conceito global, subjectivo, físico, psíquico e social. Há um alargamento do poder e dos conhecimentos para as pessoas e para a comunidade. O acesso contínuo e completo à formação e à informação, esta última feita de forma cuidadosa e/ou sensata dado os problemas éticos que pode levantar (a ética deverá ser inevitavelmente situacional mas não se deverá esgotar no “caso”, correndo o risco de excessivo relativismo *versus* generalizações excessivas), com vista à educação para a saúde que conduz ou conduzirá para uma mudança da cultura da sociedade. Esta mudança de estratégia encerra um conflito potencial, para os profissionais de Saúde, habituados a centralizar neles toda a informação e acção. Contudo, esta postura não se compadece hoje em dia com o tipo de

problemas que aparecem no século XX, que são doenças mais comportamentais e situacionais, como por exemplo, ao nível do aparelho circulatório, respiratório, digestivo, diabetes, cancro, acidentes motorizados, mal-estar difuso, ou de um desejo de uma análise pessoal com vista a exercitar e a desenvolver o seu aparelho de pensar. Até fins do século XIX, no geral, os problemas eram outros ligados mais a doenças infecciosas. Sendo assim, actualmente e cada vez mais, a humildade nos técnicos de Saúde *versus* a postura “nós é que sabemos melhor” é reveladora de competência e consciência profissional, da situação no seu todo, única ou a maneira mais eficaz de controlar, compreender e predizer que são os requisitos do pensamento científico. As mudanças requerem tempo e persistência e cabe muito aos psicólogos a responsabilidade desse papel, tomando iniciativas no desenvolvimento e implementação de programas relacionados com a Saúde, dado que muitas das queixas são devidas a comportamentos individuais, ou dos outros, por hábitos alimentares inadequados e outros factores de risco. Tal trabalho deveria ser feito numa equipa multidisciplinar, unida e coesa e ligada às várias especialidades, conjugando esforços num projecto comum para melhor compreender e ajudar a pessoa confrontada com o seu sofrimento.

Perante a doença, sobretudo crónica o paciente passa inevitavelmente a ser condicionado pela doença e pelas exigências do tratamento, as quais vão interferir nas diversas áreas da sua vida - psíquica, familiar, social, profissional - na forma como se vê a si próprio e na forma como é visto pelos outros. É então necessário que o paciente proceda a todo um trabalho de “reorganização interior (representações, pulsões, relações de objecto)” de que fala Caldas de Almeida (1986) e de adopção de novos comportamentos adequados ao enquadramento familiar, profissional, social e terapêutico em que vai passar a decorrer a sua vida. É necessário com o doente encontrar novas soluções para esta situação de perturbação e instabilidade. A psicologia da saúde ou, a expressão mais adequada, Psicologia Clínica da Saúde (J. L. P. Ribeiro, 1994) visa o apoio psicológico, para uma “adaptação” à doença orgânica no caso de

ela já se ter instalado, mas a problemática mental também é visada pela psicologia clínica da saúde como no caso da esquizofrenia em que se deve ajudar a lidar e “adaptar” à sua doença, recorrendo e descobrindo recursos familiares comunitários.

1.2 - Exemplos.

1.2.1 - O corpo, a pele, a comunicação não-verbal e verbal.

É um truísmo dizer que toda a afecção física se pode repercutir sobre o psíquico e que todo o estado psicopatológico pode ter repercussões somáticas. Esta relação entre psíquico e soma é susceptível de se manifestar ao nível de todos os aparelhos, mas ela exprime-se com uma particular evidência e frequência ao nível da pele. De facto, o revestimento cutâneo tem, desde sempre, tido um lugar primordial na vida afectiva, consciente e inconsciente das pessoas e das suas relações sociais. Ela representa a fronteira que delimita o indivíduo entre o seu meio interno e externo e é a sua primeira linha de defesa em face de um meio mais ou menos hostil e agressivo. Ela é também o lugar, ou o suporte, de particularidades morfológicas e de reconhecimento, de atracção ou de repulsão, não somente para o outro, mas para si mesmo. A pele é o espelho das emoções que se manifestam pela palidez, vermelhidão, sudação e o sinal de investimentos libidinais massivos da criança e da sua mãe. O corpo é então o suporte das emoções, sobretudo, nas zonas mais descobertas como o rosto (R. Aron-Brunetière, 1983). A pele reflecte quer a componente subjectiva (cognições e sensações) das emoções, quer a componente fisiológica, ao nível do S.N.C e do S.N.A. ou neurovegetativo, como o coração que bate mais forte, o pulso mais rápido, os músculos mais tensos, tremores e sinais semelhantes, quer a componente comportamental, como a postura, os gestos, as acções, as verbalizações e as expressões faciais.

Não há dúvida de que há uma imbricação de fenómenos bem estudado, nos

anos setenta, a partir da Segunda Revolução da Saúde em que a Psicologia da Saúde, é definida por Matarazzo, em 1980, como sendo a área de intervenção e de investigação que diz respeito ao papel da Psicologia na área da Saúde e da doença, na promoção e manutenção ou protecção da Saúde, na prevenção e tratamento da doença e na identificação etiológica da Saúde e da doença. Ou seja, a partir dos anos setenta, já não importava apenas, a prevenção secundária - modelo médico, biológico e tradicional; ou a forma como o sujeito lida com a doença ou o *stress* - modelo comportamental, mas também a prevenção da Saúde e da doença e disfunções psíquicas em sujeitos normalmente saudáveis, que integra a prevenção primária, secundária e terciária. A partir da Segunda Revolução da Saúde busca-se a saúde e não a patologia. Há uma preocupação com a qualidade de vida dos sujeitos numa perspectiva “salutogénia”. Paralelamente, nesta década, nos meios médicos, havia uma tentativa de aproximação desta perspectiva globalista do Homem, com o modelo biopsicossocial, *versus* modelo médico clássico, centrando-se mais no Homem do que na doença como, por exemplo, a Medicina Psicossomática (T. J. Carvalho e I. P. Leal, 1994); (J. L. P. Ribeiro, 1994).

A importância da comunicação verbal e não-verbal e a sua convergência ou concordância é fundamental. Watzlawick e col. (1993) dizem que se não houver concordância entre o código verbal e não-verbal, tal é importante do ponto de vista terapêutico. Dizem isto num dos cinco axiomas da comunicação. Por exemplo, se na relação com o filho uma mãe se mostrar positiva quando sua atitude não-verbal (quase sempre inconsciente sendo, por isso, o corpo mais difícil de censurar do que a palavra) é hostil, a criança acha-se envolvida numa situação contraditória: acreditar na sua mãe ou acreditar nos seus próprios sentidos. “Se se fiar no testemunho dos seus próprios sentidos, poderá manter um sólido apoio na realidade; se acreditar em sua mãe, preservará a relação de que necessita, mas sua percepção sofrerá uma distorção perigosa (...). As primeiras comunicações entre mãe e filho são não-verbais. Os primeiros comportamentos supõem a utilização de códigos diferentes do

código simbólico; a aprendizagem desses códigos baseia-se num mimetismo imediato entre a criança e o seu meio humano. Depois, pela importância atribuída à língua falada e escrita, o ensino vai ignorar esses meios de comunicação (...). Todavia a linguagem terá sempre a marca dessas outras formas de expressão, pois existe uma profunda interacção entre o corpo e a linguagem. Assim, é do corpo que ela tira metáforas e toda uma simbologia contida em expressões como: “perder a cabeça”, “pôr os pés no chão”, “ter a língua comprida”, “à flor da pele”, etc.” (Gilles Amado e André Guittet, 1978).

1.2.1.1 - Relação entre doenças da pele e uma dada organização psíquica.

Sabe-se que nas dermatoses como a psoríase, as alergias cutâneas, quer se trate de urticária ou eczema de contacto se encontrou uma situação conflitual no(s) dia(s) anteriores e seguintes ao seu desenvolvimento, mas não existe dado nenhum objectivo para sustentar essa opinião. Poligny e Graciansky (1970) referem que o “começo da rinite alérgica pode ser aumentada ou diminuída por uma tensão emocional”, ou segundo Vidart e Alby (1971): “um fenómeno emocional pode determinar uma reacção somática próxima de um conflito antigene, anticorpo”. Também Fava e col. (1980) comparam através de uma escala de auto-avaliação de personalidade, sujeitos sofrendo de psoríase, de urticária e de micose e encontram escores idênticos nos três grupos pela pobreza de imaginação e dificuldade de exteriorizar as emoções. Os que têm urticária têm uma tendência mais pronunciada à hiperactividade física que os outros doentes. O eczema constitucional que provoca um prurido muitas vezes intenso, constitui uma agressão invalidante por sua cronicidade, tal como a seborreia e o acne, que entram neste tipo de problemas e não há dúvida de que, a componente psíquica se não é a causa destas perturbações é uma componente simultânea e secundária, não negligenciável e até muito importante. As personalidades *stressantes* com vivências de tensões ansiosas, como exames,

concursos, decepções sentimentais e frustrações profissionais, vivenciam toda uma situação emocional que podem ter efeitos agravantes e, por vezes, espetaculares (R. Aron-Brunetière, 1983). Segundo este autor as doenças da pele são uma etiqueta de uma organização patológica e para ele há outras dermatoses com uma componente psíquica importante, tais como:

1 - Escoriações neuróticas por ansiedade que pode manifestar-se pela tricotilomania ou onicofagia. Há manipulações cutâneas maquinais, tiques de raspagem. Estas agressões repetidas acabam por determinar reacções inflamatórias que são, por sua vez, pretexto de novas agressões que desencadeiam inelutavelmente escoriações. Em período de descanso, a doença pode mais ou menos controlar-se mas, nos estados de tensão, as manipulações retomam irresistivelmente.

- Escoriações por fobias que têm preocupações estéticas. A dismorfofobia, fonte de aparência física, é particularmente frequente nas neuroses fóbicas ou personalidades timoratas, temerosas, tímidas, hipersensíveis, facilmente culpabilizadas e pouco expansivas. As fobias cutâneas observam-se na complexa estrutura histerofóbicas. A dismorfofobia é um vocábulo controverso. Não se trata de uma fobia no seu uso consagrado. Tem sido proposto o termo dismorfia, que toca a morfologia e que se confunde com o aspecto orgânico. O termo de dismorfestesia é proposto por R. Frances (1968), que parece mais pertinente para designar os problemas de aparência ligados à distorção do sentimento inestético da imagem de si. "A dismorfofobia é uma preocupação mórbida mais do que a crença de ser feio, disforme, desagradável à vista, é mais uma ideia perturbante de uma comunicação de desgraça corporal, dor, angústia, firmemente inabalável, arrastando uma apreciação falsa e pejorativa da estética, do conjunto ou de parte do corpo que modifica as relações do sujeito com ele mesmo e os outros." (M. Ferreri; M. Godefroy; V. Mirabel; J. M. Alby, 1990). São

focalizadas no rosto, nariz, queixo, barba, orelhas, mas também nos seios na mulher e no tamanho e sexo no homem. Expressam-se com ansiedade, sentimento depressivo, auto-depreciação, baixa auto-estima, menosprezo de si, confusão, embaraço, acanhamento, sentimento de vergonha e tendência a evitar os contactos sociais e a isolar-se. Na dismorfofobia a luta contra a insegurança psíquica, faz-se por uma tentativa de consonância entre a linguagem verbal escrita e a não verbal. No início da evolução, a dismorfofobia delirante centra-se no rosto. O sujeito olha-se intermitentemente com angústia nos espelhos, “sinal de espelho”. A cirurgia estética várias vezes solicitada deve ser sempre diferida e sua indicação deve ser confirmada com a opinião de um especialista do foro psicológico, uma vez que é no geral, inoperante para controlar a angústia dolorosa do indivíduo, não se reconhecendo na sua própria imagem. Dentro dos delírios dismorfofóbicos, os melancólicos delirantes hipocondríacos, centram-se em transformações orgânicas internas, por exemplo, podem alegar uma queda de cabelo. Um mínimo de lesão orgânica pode ser vivida com um pessimismo delirante, tal como nos paranóicos. Os esquizofrénicos com a síndrome de despersonalização, reflectem a ausência de limites do Eu, das psicoses dissociativas.

- As fobias cutâneo-mucosas: ao lado das fobias gerais de lesões, existem fobias temáticas variadas, tais como, obsessão mórbida de desperdício do cabelo, de diminuição do volume e densidade do cabelo, quando objectivamente não tem nada.
- As obsessões: “Pode observar-se nas Personalidades psicasténicas ou então nas neuroses obsessivas estruturadas. São mais frequentes nos homens (...) manipulam a pele da sua cara e criam lesões de irritação e escoriações e não podem escapar a este ritual quotidiano ...” (R. Aron-Brunetière, 1983).

- Histeria: As lesões orgânicas podem ter o valor de sintoma e aplacar a angústia sentida. Estão na margem da patomímia (síndrome de Dieulafoy); "simulação" de uma doença ou distúrbios, quer deliberado, quer inconsciente. Na ausência de uma análise psicológica, os cuidados ou diligências dermatológicas são inevitavelmente condenadas ao fracasso. As pantomímias são lesões cutâneas provocadas pelos doentes para fins utilitários. Elas tomam os aspectos mais variados: escoriações, irritações, infecções, queimaduras, perfurações, cortes/golpes ou incisões feitas com instrumento cortante. Algumas revelam uma extensão ou amplitude de verdadeiras mutilações. As mais severas observam-se em tempo de guerra, em meio militar, com vista à obtenção da reforma ou, no meio carcerar para fazer modificar as condições de detenção. As lesões realizadas com uma sutil astúcia, de natureza artificial, são negadas com veemência. A cronicidade ou recidiva são a regra. Certas tricolomanias com criação de uma alopecia circunscrita podem representar pantomímias. As pantomímias recobrem uma complexidade psicodinâmica, desde os traços histéricos, propensões psicopáticas, uma frieza afectiva próxima do racionalismo esquizofrénico e, mesmo, certos aspectos paranóides do idealismo apaixonado. Nas formas mais neuróticas podem representar uma conduta de evitamento em relação ao meio familiar, de fuga das obrigações sócio-profissionais, agressividade, vingança, ou ao contrário, de solicitude afectiva. Contudo, a proporção de meios utilizados em relação a benefícios esperados, dão por vezes, uma dimensão masoquista nestes comportamentos. (R. Aron-Brunetière, 1983).

2 - Venerofobia: A venerofobia é, em regra, masculina. Cada ligação sexual é ocasião de um pânico e da procura rápida e/ou urgente de um tratamento específico. O valor psicodinâmico desta sintomatologia, várias vezes isolado, ordena-se esquematicamente em dois eixos:

- A culpabilidade sexual, verdadeira ansiedade deslocada;
- O evitamento da sexualidade, vivida como um risco de contágio.

3 - Parasitofobia: “A acarofobia é uma das suas formas mais frequentes. Ela é, por vezes, fundada sobre sensações fugazes de prurido e a atenção ansiosa do paciente vai aumentar a intensidade. A negatividade do resultado das consultas médicas, longe de reassegurar, conduzem várias vezes a terríveis auto-medicamentos (...) criando assim, um verdadeiro círculo vicioso que pode ser impossível tratar sem recorrer à hospitalização” (R. Aron-Brunetière, 1983). Estas diversas fobias constituem sintomas que podem situar-se para além do registo neurótico. Podem observar-se nos delírios tóxicos, cocaínicos, em particular, onde existem sensações que sugerem a presença de parasitas sobre a pele, delírios melancólicos como por exemplo, temas de auto-depreciação, de culpabilidade e de punição. A síndrome d’Ekbom descrita por Ekbom em 1938, “apresenta certas analogias com as hipocondrias delirantes de tipo paranóide. Consiste na convicção delirante da presença de parasitas sobre a pele (...), a doença toca sobretudo as mulheres numa certa idade (...), este comportamento é responsável por irritações, escoriações ...” (R. Aron-Brunetière, 1983).

4 - As auto-mutilações não neuróticas: Podem-se observar nos perversos, psicóticos e nos oligofrénicos. As auto-mutilações perversas reenviam a uma estrutura masoquista, auto-agressiva, por vezes, encorajada por um parceiro sádico. Podem ser queimaduras de cigarros, cortes, flagelações que podem preludiar o acto sexual ou substituí-lo. Os doentes são particularmente reticentes em reconhecer a origem e a explicar os objectivos implícitos. As auto-mutilações que se observam no curso das psicoses, particularmente nos esquizofrénicos são impressionantes pela sua importância como, por exemplo, a emasculação, que se inscrevem nos temas delirantes místicos, de punição ou de redenção/salvação. Nas oligofrenias marcadas e em certas psicoses infantis precoces tratam-se de mutilações estereotipadas, com

uma dimensão auto-fágica.

1.2.2 - Diabetes e o papel das emoções.

Desde o século XVII apareceu a hipótese de uma ligação entre traumatismo psicológico e o papel das emoções no aparecimento da diabetes, (T. Willis, 1684). Em oposição, Pike (1921) refere que a doença diabética pode desencadear problemas essencialmente de natureza depressiva. Os trabalhos recentes têm confirmado a existência de uma relação entre depressão e hiperglicémia nos diabéticos (J. Crammer e C. Gillies, 1981; Z.Kronfol, J. Greden e B. Carroll, 1981). Numerosos autores têm tentado ver o perfil específico da personalidade nos diabéticos. Para Dunbar (1943) e Dunbar, Wolfe e Rioch (1986), caracteriza-se por traços de dependência infantil, tendências hipocondríacas, irritabilidade e imaturidade afectiva, com passividade e indecisão. Mais recentemente, Tattersall, Dunn e Turtle (1981) mostram que estas tendências se apresentam em todas as doenças crónicas, ou seja, trata-se de uma organização psicológica reaccional ao desenvolvimento da diabetes insulino dependente (D.I.D.) (Rodin, 1983).

A reacção ao *stress* joga um papel importante no sistema simpático ou ergotrópico, com libertação da adrenalina, pela parte central (substância medular) das supra-renais. O efeito hiperglicémico que daqui resulta tem sido conhecido desde Claude Bernard (1858) que com outros autores, construiu uma psicologia, baseada na biologia e na física e que deu origem aos conceitos de homeostasia. Ao nível pancreático, há uma diminuição da secreção hormonal da insulina, entre outros aspectos (J. Mirouze, I. Augustin Pascalis e J. Touchon, 1988). O sistema simpático pode ser activado fortemente em escassos segundos perante estímulos exteriores ou interiores ao indivíduo. A interpretação catastrófica dos sintomas origina uma hiperestimulação psicofisiológica, entrando-se assim num círculo vicioso em que o paciente fica

cada vez mais obnubilado e siderado, criando-se condições de descompensação psicofísica. Tal situação pode ocorrer mais em indivíduos com ansiedade - traço, mas também pode surgir, apesar de ser menos provável e de assumir menos a forma de um cataclismo, em indivíduos com ansiedade - estado, ou seja, tratando-se de uma ansiedade pontual, decorrente e justificada de situações (*life events*) como, por exemplo, a doença de um filho ou a morte de um ente querido. Há interessantes experimentos realizados por G. Croiset e al. (1987) através dos quais os autores demonstram as complexas relações entre *stress* e as respostas imunológicas, por exemplo, nos ratos. Na realidade, se o *stress*, para o indivíduo, é superável, pode haver um aumento da resposta imunológica. No caso contrário, a resposta imunológica sofre uma clara diminuição e há enfraquecimento das defesas. Os problemas psiquiátricos ligados aos diabéticos não insulino-dependentes (D.N.I.D.) levantam menos problemas práticos (M. Harter, A. Couadau, 1977). "Não se deve negligenciar a influência do *stress* sobre o sistema imunitário, mesmo se os dados psiconeuro-imunológicos são ainda pouco precisos na D. I. D." (B. A. Schindler, 1985). "A revelação de uma D. I. D. constitui sempre um choque traumático" (J. P. Assal, R. Gfeller, M. Kreinhofer, 1981). Trata-se de uma verdadeira ruptura existencial que provoca entre outros sintomas, feridas narcísicas comuns a todas as doenças crônicas. Os outros sintomas podem ser: "denegação da realidade: defesa arcaica contra uma grande angústia desorganizadora ou catastrófica que se traduz na prática por uma recusa do diagnóstico e do tratamento" (J. P. Assal, R. Gfeller, M. Kreinhofer, 1981); fase de revolta e atitude agressiva em relação às directrizes terapêuticas e projecção no exterior, em alguém da responsabilidade da sua doença, podendo, em simultâneo, desencadear passividade, depressão, dependência da família e dos médicos, ansiedade, atitudes regressivas e mesmo ideias de suicídio. Mauro Diniz Moreira e Júlio de Mello Filho (1984) relacionam o *stress* com o sistema imunológico. Assim, *stress* (físico, psíquico e social) é um termo que compreende um conjunto de reacções e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo, frequentemente com efeitos nocivos. O conceito de

stress foi apresentado por Selye (1936). Este autor descreveu o que chamou de síndrome geral de adaptação, com três fases sucessivas: alarme, resistência e esgotamento. Após a fase de esgotamento, em que a reacção de adaptação ao *stress* não é adequada o suficiente, surgem as doenças (as chamadas doenças de adaptação como a úlcera péptica, hipertensão arterial, artrites e lesões miocárdicas). É das interações estabelecidas entre os sistemas (nervos, endócrino e imunológicos) - tripé homeostático (J. Mello Filho, 1984), que surgem as respostas aos agentes do *stress*, que provavelmente acontecem a partir do sistema límbico, que faz interagir as percepções córticocerebrais com o hipotálamo, por contiguidade com a hipófise.

1.2.3 - Relação entre as emoções e o cancro (Psiconeuroimunologia).

As relações entre as emoções e o cancro (doenças neoplásicas) é o termo da psicoimunologia clínica que mais se desenvolveu nos últimos anos, provavelmente em razão da própria importância da doença, do sofrimento dela decorrente e das tentativas de, através da exploração do psiquismo se descobrir uma via régia para o entendimento desta enfermidade. A influência do psíquico sobre o somático é tal que a hipótese psicossomática em cancerologia, entre outras patologias, já não surpreende. Determinados acontecimentos vitais são objecto de interesse da psiconeuroimunologia e de uma nova leitura de perfil psicológico, favorecendo certas doenças psicossomáticas. Podem-se citar a este propósito, trabalhos recentes em patologia cardiovascular sobre as estratégias de *coping* e o padrão A (Dantchev, 1989). Os sujeitos deste padrão caracterizam-se por um sentido agudo da competição. Hiperactivos, hiperinvestidos no seu trabalho, impacientes, apressados, têm um sentimento constante de urgência do tempo e são incapazes de repouso, facilmente levados a doenças coronárias. O padrão C predisposto às afecções cancerosas e às doenças auto-imunes. Estes sujeitos são indivíduos que reflectem mas, sobretudo submetem-se, conciliando-se,

evitando activamente conflitos e reprimem toda a manifestação agressiva (Consoli, 1990). São importantes aqui as estratégias de *coping* que se definem actualmente como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais destinados a dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo, sobretudo em casos agudos de *stress*. A ideia é promover respostas positivas de *coping* e desencorajar respostas negativas ao *stress*. Depois de Alexander, as teorias sobre o *stress* e suas consequências fornecem o substrato científico desta via psicossomática contemporânea. Esta teorização é encontrada e reforçada nos trabalhos recentes dos imunologistas e tem nascido um novo sistema de referência, a psiconeuroimunologia com Consoli (1988), tal como Gachelin (1986) que abordam essa mesma relação. Consoli nota que quando a natureza do *stress* sobe as particularidades do funcionamento mental de cada indivíduo podem talvez inflectir o desequilíbrio imunitário mais num sentido ou noutro e isto ter repercussões numa doença infecciosa, alérgica ou auto-imune.

Consoli conclui, ainda, que a psicoimunologia é uma disciplina nova e em expansão, mas que o seu futuro depende largamente de uma confrontação construtiva entre os métodos de aproximação e os modelos epistemológicos das neurociências, da psicologia clínica e experimental, da epidemiologia, mas também da psicologia comparada, da etiologia e da psicanálise - concorrência multidisciplinar. Ainda no segundo século depois de Cristo, Galeno, um dos pais da medicina, observou que mulheres “melancólicas”, pareciam mais susceptíveis a desenvolver um cancro do que aquelas que ele chama de “sanguíneas”. Depois de Galeno, talvez tenha sido Amussart (1854) o primeiro a falar destas relações quando escreveu que “a influência do luto parece ser a causa mais comum do cancro” (Júlio de Mello Fº e col., 1984). Shavelzon (1965), grande estudioso desde há muitos anos das relações psicológicas - neoplasia, cita três importantes precursores neste campo. Evans (1926), aluno de Jung estudou cem pacientes, encontrando o facto comum de que “perderam uma parte das suas relações antes da neoplasia”. Foque (1931) considerava

que determinados estados psicológicos tornariam as células receptíveis a transformações malignas no momento da eclosão da doença. Peller (1940) foi um dos primeiros a chamar a atenção para as situações de perda e luto ao demonstrar uma maior predisposição de viúvos ao cancro. Le Shan (1966) fez talvez o trabalho mais completo até aos dias actuais sobre o tema, inclusivé, porque se baseou em quase quinhentos casos entrevistados e/ou acompanhados psicoterapeuticamente. Ele encontrou nos pacientes: perda de uma relação significativa antes do início de doença; incapacidade de expressar sentimentos hostis, importante tensão em relação a uma figura parental, sentimentos de desamparo e desespero. Sugeriu que os pacientes com cancro têm uma vida particular de abandono, solidão, culpa e autocondenação. Postulou que estes pacientes apresentam uma típica tendência a suprimir seus problemas emocionais e conflitos, passando a ter uma “saída diminuída para a descarga emocional”. A função biológica do sistema imunológico é a protecção conferida a um organismo contra elementos patogénicos ou tóxicos. Mas pode acontecer que, nestas enfermidades de auto-agressão, os indivíduos não se reconheçam como uma identidade (um Eu) consistente e consolidada, pelo contrário, consideram-se um não-Eu e criam anti-corpos contra seu próprio fígado, pâncreas, tiróide, pele, articulações ou outros, nomeadamente em situações stressantes em que há perda do domínio de si. Os estudos de Claus Bahne Bahnson (1978) referem também o efeito directo das emoções e do stress sobre o sistema imunológico.

“Por tudo o que foi dito, pode-se dizer que cada vez um maior número de clínicos e cirurgiões pesquisadores reconhece o papel dos fenómenos psicossociológicos no cancro. Apesar disto um número grande de médicos presta pouca ou quase nenhuma assistência psicológica aos seus pacientes e não os encaminha a um profissional de psicologia médica. Todas as etapas do diagnóstico e do tratamento do cancro são difíceis e exigem tacto e conhecimento na abordagem dos problemas psicossociológicos e familiares. Na questão do diagnóstico evoluiu-se de uma posição de nada dizer ao

paciente para uma outra de informar o diagnóstico ao paciente (a atitude de informar *toutcourt* o diagnóstico é geralmente um plágio da medicina americana, de uma forma de pensar e proteger o médico e não o paciente, esquecendo-se muitas vezes do cuidado de prepará-lo e esperar pelo momento (*timing*) em que esteja pronto para lidar com um problema tão difícil” (J. Mello Filho, 1984). José Schavelzon em “Sobre psicossomática e cancro” refere: “usando uma figura literária extremada e exagerada, posso dizer que a tecnologia médico-cirúrgica actual e grande parte daquilo que chamamos de progressos no tratamento do cancro, quando não complementados por uma assistência emocional e psicológica adequada, com frequência permitem apenas que o paciente possa sobreviver por mais tempo (...) no inferno!”. Uma certa qualidade de mentalização constitui um elemento de prognóstico favorável em certas afecções somáticas graves. É assim que, Jasmim (1991), a partir de estudos epidemiológicos sugere a intervenção de factores psíquicos na génese de doenças graves como o cancro e a possibilidade de melhorar a sobrevivência e prolongamento da vida com a psicoterapia nestes pacientes.

Depois deste panorama mais ou menos geral, nas suas imbricações físicas e psíquicas, em alguns campos, conhecimentos ou pensamentos fundamentais, para quaisquer especialista que lidam e cuidam deste tipo de problemas, a fim de uma sensibilização ou porta aberta para reflexões, passemos a estudar e a circunscrever mais pormenorizadamente a alopecia, problema que se liga à nossa hipótese de trabalho, como resultante, julgamos nós, de uma imbricação complexa de factores psicossomáticos e falhanço parcial ou total do sistema defensivo ou imunológico do sujeito.

2 - O QUE É A ALOPECIA?

2.1 -Etimologia. Alopecia areata.

Do grego *alōpekía*, mesmo sentido, pelo latim *alōpēcĭa* e, depois pelo fr. *alopécie*. século XVII “Das manchas, e mélas, que se fazem na cabeça e barba quando caia o cabelo a que chamão alopecia”, Francisco Mourato Roma (J. P. Machado, 1995). A alopecia, medicamente é uma doença do pêlo e do couro cabeludo. O pêlo é uma estrutura córnea cilíndrica, derivada de um anexo peculiar da epiderme, o folículo piloso que possui três camadas: cutícula, medula, cortex. Um folículo é uma estrutura complexa que tem um segmento superior permanente e um inferior transitório. Sua base possui uma pequena projecção dérmica chamada papila. A glândula sebácea, que produz uma secreção lipídica denominada sebo, deságua dentro do folículo piloso e lubrifica o pêlo. A papila e o folículo possuem uma rede de fibras nervosas e vasos sanguíneos. Os melanócitos no bulbo piloso (logo acima da papila) causam a pigmentação das fibras pilosas (Atlas das doenças do pêlo e do couro cabeludo, 1977). “As alopecias são então deficiências do cabelo. A falta do cabelo ou perda de cabelo pode ser congénita ou uma desordem adquirida, parcial ou completa, localizada ou generalizada, temporária ou permanente” (Sutton and Waisman, 1975).

Na alopecia areata aparecem pequenas peladas normalmente, circunscritas, bem definidas, redondas ou ovaladas, em áreas redondas que se podem cobrir. Mas, algumas vezes na primeira intimação de um problema, caem subitamente grandes quantidades de cabelo. O alargamento dessas áreas peladas continuam assim em várias semanas e a doença é progressiva. A pele não apresenta anormalidades, excepto a ausência do cabelo. As peladas também podem ser nas sobrancelhas, pestanas, bem como, outras regiões podem ser afectadas.

2.2 - Variantes clínicas da alopecia areata.

A alopecia areata tem variantes clínicas como a alopecia total: o cabelo falta todo na cabeça; alopecia universal: o cabelo falha em todo o corpo e a ofíase: comum em crianças, afectando a região occipital e faces laterais do couro cabeludo, apresentando configuração em faixa (Sutton and Waisman, 1975; Atlas das doenças do pêlo e do couro cabeludo, 1977). Usualmente aparece num adulto, num jovem ou numa pessoa de meia idade. Ocasionalmente, o paciente pode ser uma criança e, por vezes, uma pessoa de idade avançada. Ambos os sexos são igualmente atingidos.

2.3 - Evolução.

Podia-se pensar que o cabelo cresce em algumas semanas ou meses, mas às vezes, o crescimento é parcial, transitório e errante ou variado. Há tendência à completa reconstituição do pêlo que pode variar de três meses a mais ou menos dois anos após o primeiro surto. Os novos pêlos são esbranquiçados e finos mas podem-se tornar escuros e grossos. As recidivas são comuns. Quando a perda é mais extensa, cresce mais devagar. Alguns pacientes ficam carecas por longo tempo e a alopecia é permanente, com evolução crónica, em vários casos e, muitas vezes em crianças.

2.4 - Etiologia.

A alopecia areata pode ocorrer muitas vezes durante a vida mas, em muitos casos, a queda súbita é devida a fadiga prolongada, a tristeza, angústia, amargura ou frustração e encontra-se várias vezes uma história de choque ou de tensão emocional. Na alopecia areata, as unhas, algumas vezes, apresentam sulcos. A etiologia é desconhecida mas, para além dos fenómenos psicológicos

já referidos, há uma significativa associação com vitiligo (doença caracterizada pela despigmentação da pele e pêlos correspondentes, o que provoca o aparecimento de manchas claras) e disfunções da tiróide. Contudo esta alopecia é a mais controversa em relação à etiologia, exceptuando possivelmente, as alopecias de causa seborreica. Parece haver unanimidade em dois factores principais que desencadeiam este quadro. 1) Espasmos vasomotores devido a grande ansiedade, que determina deficiente irrigação do folículo piloso e 2) o facto dos organismos criarem anti-corpos específicos anti-pêlo, como refere o dermatovenereologista, Navas da Fonseca em “Algumas considerações acerca da alopecia areata e da alopecia universal”, estando nós, neste aspecto, em acordo pelo que explicitamos ao longo deste trabalho. Nas perturbações do ciclo pilar, a alopecia ou peladas foram durante muito tempos tidas, como tendo origem psicológica: “a pelada nervosa”. Actualmente, sua génese, é considerada ao nível dos mecanismos reguladores da imunidade. O *stress* psíquico é susceptível de ser directamente responsável por perturbações do ciclo pilar. O prazo entre a causa provocada e o efeito é de oito a dez semanas (R. Aron-Brunetière, 1983).

2.5 - Diagnóstico diferencial.

Neste tipo de alopecia deve fazer-se o diagnóstico diferencial com a tricotilomania (ou alopecia traumática) e outras alopecias traumáticas como a *tinea capitis*, a pseudo pelada ou alopecia cicatricial, o lupus eritematoso discóide, a sífilis secundária, a alopecia congénita e a alopecia neoplásica (secundária ao cancro ou secundária à medicação: quimioterapia) (Atlas das doenças do pêlo e do couro cabeludo, 1977).

A tricotilomania é o hábito nervoso de quebrar, puxar ou arrancar o cabelo que pode resultar em alopecia. É um exemplo de alopecia por pressão ou tracção, não cicatricial em que o cabelo cai quando friccionado; por exemplo no caso

dos bebés de berço na parte occipital, quando as calças provocam fricção nas pernas, no cabeleireiro com os rolos, a esticar o cabelo ou resultante de estilos de penteado. Neste caso, normalmente, não se destróiem os folículos, apenas os pêlos ficam fracturados e o crescimento faz-se em poucos meses se a causa for eliminada. Esta alopecia atinge muitas vezes a frente e laterais do couro cabeludo. A sua etiologia é então devida a uma compulsão neurótica ou a factores mecânicos.

A *tinea capitis* ou tinha do couro cabeludo é uma infecção micótica do couro cabeludo, geralmente em crianças e contraída por contacto com outras pessoas, objectos ou animais contaminados. Apresenta como sinais, placas acinzentadas com escamas e pêlos fracturados. Placas extensas ou pequenas, avermelhadas e inflamadas e localiza-se no couro cabeludo. A evolução pode ser crónica ou não, conforme o tipo de infecção.

O lupus eritematoso discóide, a psoríase e a dermatite seborreica, fazem parte do grupo das dermatoses eritemo-escamosas do couro cabeludo. No lupus eritematoso discóide aparecem placas avermelhadas, únicas ou múltiplas, pequenas e de tamanho irregular. Os óstios (poros ou orifícios) foliculares dilatados e atróficos podem conter tampões córneos. A perda dos pêlos processa-se lentamente e a vermelhidão é substituída por área delgada e brancacenta. O lupus eritematoso discóide pode ocasionar extensas áreas de alopecia atrófica definitiva. A sua localização pode ocorrer no couro cabeludo, bochechas (em que pode preceder ou suceder uma lesão facial), dorso do nariz (“área da asa-da-borboleta”) e orelhas. A evolução tende a ser crónica e 5% dos casos pode evoluir para lupus eritematoso sistémico ou disseminado, com repercussões orgânicas muito mais abrangentes. O lupus eritematoso é uma doença do “tipo inflamatório” que afecta diversas zonas do corpo (vasos sanguíneos, pele, articulações, rins, sistema nervoso. Não se conhece com exactidão o mecanismo causal, mas sabe-se que está relacionado com uma anomalia nas defesas imunitárias do organismo. É predominantemente uma

doença das mulheres (9 mulheres por cada homem) entre os 25 e 50 anos embora também possa afectar crianças ou adultos de mais idade. A doença é crónica, as lesões do lupus eritematoso apresentam-se apenas na pele: manchas avermelhadas, arredondadas, que aparecem sobretudo na cara e no tronco e que evoluem até uma atrofia cutânea. Como estas lesões são semelhantes às que provoca o lupus sistémico, é preciso realizar uma série de exames com o fim de afastar a hipótese de se ter generalizado a doença; o tratamento depende da ministração de anti-inflamatórios que diminuam a reacção imunitária (Guia Médico, volume 8, Salvat Ed., Brasil).

Na pseudo-pelada ou alopecia cicatricial podem também aparecer a dermatite esfoliativa, lupus eritematoso, dermatomiosite e linfoma. É uma doença rara, frequente no sexo masculino, encontrada usualmente entre os trinta e os cinquenta e cinco anos. Apresenta como sinais: placas bem definidas totalmente calvas, com superfície em “casca de cebola”. Localiza-se no couro cabeludo e a evolução é crónica. Os óstios foliculares estão ausentes na alopecia cicatricial, o que indicia um prognóstico reservado. O mesmo não acontece na alopecia areata, em que os óstios foliculares estão presentes, sendo um índice de bom prognóstico.

A dermatite esfoliativa, lupus eritematoso e linfoma podem produzir como sintoma a alopecia difusa que é a alopecia padrão masculina, muito comum, crónica e progressiva. É reversível, nas variantes, devido a infecções, endocrinopatias carenciais ou drogas. Também na anemia e deficiências nutricionais, a alopecia difusa desenvolve-se sem peladas ou inflamação. O cabelo é delgado e cai excessivamente quando penteado ou lavado. Localiza-se no couro cabeludo e é usualmente assintomática. A sua etiologia é genética, eflúvio telógeno, infecciosa, endócrina (por exemplo, hipo e hipertireoidismo e anovulatórios), carencial (desnutrição, especialmente por carência proteica, medicamentosa (drogas como anticoagulantes, vitamina A em doses excessivas, anfetaminas, agentes antineoplásicos, clofibrate - para baixar a

gordura, também pode haver queda do cabelo por intoxicação com ácido bórico - calmante da pele), ou desconhecida. A alopecia difusa tem início entre os vinte cinco e os trinta e cinco anos, mas pode surgir mais cedo (alopecia prematura). Também pode haver, ocasionalmente, alopecia difusa feminina em que o cabelo se torna fino e sem brilho. Inicia-se após os quarenta anos. Tem uma evolução crónica e progressiva com período de ocasional restauração parcial. Nunca há calvície total. A perda de cabelo pode ser devida ao uso de contraceptivos orais com alto nível de androgénio-progesterona que contém. Tal justifica cuidados médicos de avaliação. Uma das etiologias da alopecia difusa é a infecciosa ou a alopecia sifilítica que possui uma aparência típica de "roído por traça", sendo mais pronunciada nas regiões temporais. Em todas as formas, o couro cabeludo está geralmente normal, mas, pode haver descamação ("caspa"). A nível de tratamento a alopecia sifilítica responde a terapêutica com penicilina e a alopecia endócrina requer terapêutica específica (Atlas das doenças do pêlo e do couro cabeludo, 1977). A etiologia genética respeita à alopecia padrão masculina do estímulo androgénico (hormona masculina) do folículo piloso predisposto por factores hereditários.

O telógeno (fase de repouso do pêlo; couro cabeludo: noventa dias) é a terceira fase do ciclo de crescimento do pêlo. A primeira é anágena (fase de crescimento activo; couro cabeludo: novecentos dias). Quando um período de crescimento termina, o segmento inferior transitório do folículo degenera e passa para a segunda etapa: catágeno (fase atrófica transicional; couro cabeludo: catorze dias). A raiz do pêlo repousa tornando-se claviforme. O pêlo morre mas permanece no folículo. Na terceira fase telógena o ciclo é recuperado, em termos homeostáticos, pela formação de um pêlo recente: em torno da papila original forma-se um bulbo e um novo pêlo cresce ao lado do antigo que eventualmente cai, e o ciclo começa novamente. No eflúvio telógeno, uma rápida estimulação transforma a fase anágena em catágena e telógena causando uma excessiva perda de cabelos normais, claviformes após dois a quatro meses. Este mecanismo explica a alopecia pós-parto, psicogénica e pós-febril.

2.6 - Tratamento médico e psicológico.

Ligar linearmente problemas dermatológicos e processos psicopatológicos, é proceder a um simplismo bastante falacioso. Para não se incorrer em tais erros, é fundamental o diagnóstico diferencial, que requer exame metódico. O diagnóstico é muito importante, porque dizer só que é “nervoso” é muitas vezes, uma necessidade de justificar, explicar, racionalizar e de demissão. O dermatologista fará o seu diagnóstico através de um exame físico completo, recorrendo frequentemente a testes laboratoriais, sendo essenciais, com uma boa história clínica, que requer uma escuta atenta, incompatível com uma consulta rápida ou: história da doença - exame clínico - diagnóstico, prescrição medicamentosa, de modo a discernir as interacções psicossomáticas existentes e as relações entre o paciente e o meio familiar e profissional. O dermatologista para além de fazer o seu diagnóstico e tratamento deverá indicar, por vezes, um tratamento psiquiátrico, por exemplo, antidepressivo, neuroléptico, e/ou uma assistência psicoterapêutica. “Ter boa saúde é poder adoecer e poder melhorar” (G. Canguilhem, 1943). Nos casos em que ficam doentes e não se “levantam” sósinhos, é aqui que se inscreve a acção psicoterapêutica, que visa sustentar a luta contra os movimentos de desorganização, inerentes à pulsão de morte, agarrar as potencialidades dinâmicas do sujeito, de buscar os traços de uma actividade fantasmática ou fantasiada desinvestida, de procurar os arranjos defensivos que podem suportar o afrontamento conflitual. Para um melhor diagnóstico, pode fazer-se uma investigação projectiva (Rorschach e T.A.T.) e pela psicoterapia reanima-se a circulação intra-psíquica das representações e dos afectos, agarram-se as quantidades e qualidades psíquicas negligenciáveis que podem ter efeitos decisivos numa orientação psicoterapêutica.

A maioria dos pacientes psicossomáticos requerem tanto tratamentos médicos, como psicológicos. Contudo, há que ter em atenção que, os antidepressivos, muitas vezes receitados, podem aniquilar as expressões depressivas dos

sujeitos, ficando isolados afectivamente, com dificuldades de conservar uma vida relacional, sobretudo a necessária à psicoterapia, podendo conduzir a uma sabotagem da mesma. A psicoterapia é, várias vezes, útil e necessária com vista à resolução da depressão. Caso contrário, persistirá e, mais tarde ou mais cedo, deixará sequelas com diferentes graus de gravidade, sendo as recidivas mais constantes. A *talking cure* permite pôr em palavras o que se sente e pensa, o que muitas vezes não foi feito pela própria pessoa e/ou pelos outros, que não tiveram a sensibilidade ou competência de permitir essa possibilidade que é, em si, profiláctico/preventivo, sob pena de se instalar, agravar e manter uma desordem psicossomática.

Os tratamentos da alopecia areata incluem medidas médicas com intenção de irritar e estimular o couro cabeludo, assim como o eritema produzindo doses de radiações ultra-violetas na parte pelada ou aplicações (pincelagens) de fenol liquefeito, que podem dar resultado. Os corticóides em caso extensivos são comuns, com bons resultados e úteis pela acção anti-inflamatória, através de aplicações tópicas, preferencialmente sob oclusão (touca plástica) ou dado localmente com injeções intralesionais de corticóides em suspensão, ou por via sistémica (boca, intramuscular ou intravenosa), que pode ser uma vez por mês ou de dois em dois meses. O tratamento é prolongado e não curativo. O “consentimento informado” entre médico e paciente, por escrito, é necessário, dadas as muitas vantagens dos corticóides, mas também as suas desvantagens. Mais descanso e menos fricção será recomendada a fim de reduzir a tensão e a fadiga crónica. A cafeína não é indicada (Sutton and Waisman, 1975).

Os pacientes com afecções somáticas, raramente vão consultar um técnico do foro psicológico por sua própria iniciativa. Via de regra procuram-no por indicação do médico ou, mais tarde, por si, ou por alguém que lhes sugere ou, por acaso, como no caso da paciente em seguimento psicoterapêutico, que procurou a psicóloga para os filhos, acordando-se depois, que seria ela a paciente. Lamentavelmente, a psicoterapia é ainda desconhecida de muitas

pessoas, sobretudo dos pacientes, e os médicos restringem-se aos tratamentos biológicos, não indicando um tratamento psicológico por desconhecimento (?), negligência ou resistências. Nestes casos, o tratamento deveria ser integrado para ser mais eficaz, evitando as recidivas e enriquecendo ou apetrechando, em simultâneo, os sujeitos de defesas mais adequadas do estar e lidar com as situações, nomeadamente, as conflituais. Com o avanço dos conhecimentos na área das Ciências da Saúde, particularmente neste último século, tornou-se um imperativo a equipa interdisciplinar, com as diversas especialidades profissionais, tentando cada vez mais dar uma assistência integral ao enfermo, na compreensão da etiologia e no aperfeiçoamento das técnicas e dos processos de tratamento, para possibilitar a sua recuperação e ter em conta a sua qualidade de vida. Nesta nova abordagem, vêem-se pessoas e não doenças. A interdisciplinaridade parece tão óbvia, mas na prática ainda há um longo processo de amadurecimento dos profissionais, para que esta obviedade possa efectivamente ser uma realidade. Ainda se identificam melindres, dificuldades de interacção, disputas de poder (objectivas ou subliminares), falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre a ajuda que as demais especialidades possam dar à equipa, uma formação que gera sentimentos onnipotentes, com defesas rígidas, de controlo e bastante defensivos, não se implicando, nem estabelecendo uma verdadeira relação interpessoal. Provavelmente, há dificuldades de comunicação com o próprio e essas dificuldades intrapessoais vão-se reflectir na dinâmica interpessoal. “Esses entraves que dizem respeito à Equipa-Equipa acabam por influenciar as relações Equipa-Paciente e Equipa-Família” (H. P. Ribeiro, 1993).

3 - HISTÓRIA DOS MODELOS TEÓRICOS EM PSICOSSOMÁTICA

3.1 - Origens da Psicossomática.

O substantivo “psicossomático” é recente (1946). O termo psicossomático nunca foi utilizado por Freud, mas encontram-se na sua obra um certo número de elementos que apontam para uma reflexão psicossomática. É a noção de neurose actual ou neurose de angústia que apresenta problemas funcionais com manifestações somáticas de angústia não representadas. Assim sendo, “no final do século XIX, um neurologista vienense, Freud, a partir dos trabalhos sobre as paralisias, a afasia e a histeria, descobre a realidade dinâmica do inconsciente e cria a psicanálise (1896). A revolução psicanalítica vai permitir o estabelecimento dos princípios psicodinâmicos e genéticos que governam e organizam a unidade psicossomática de um indivíduo (...). Damos à mais antiga de suas regiões o nome de “Id”, cujo conteúdo compreende tudo aquilo que o ser humano tráz ao nascer, (...) principalmente as pulsões decorrentes da organização somática (...). Ainda que Freud não se tenha interessado de modo particular pela psicossomática, parece ter sido seu instigador” (P. Marty, 1993). Freud punha a questão da escolha de órgão, “neurose de órgão”, muito em voga nessa época e do valor simbólico do sintoma. A escolha do órgão tem sido largamente posta em questão, a favor de factores genéticos e da doença auto-imune que fazem a “escolha” das doenças e, ligada a estes factores podem estar factores psíquicos.

A psicossomática pode resumir-se numa época que se pode dizer romântica, com Groddeck. É o mesmo ponto de vista sustentado por Fritz Zorn em “Mars” (1979) e por G. Besançon (1983). Zorn está em vias de morrer de um linfoma maligno e sofre desde há longos anos de uma depressão neurótica grave que ele liga ao seu meio familiar, um universo estreito e conformista, no qual ele viveu constrangido. Ele assimila os dois factos patológicos que se

situa numa continuidade directa, um e o outro, e o cancro sendo o fim, a consequência lógica da depressão. Zorn, já doente, faz uma psicoterapia com sucesso, por exemplo no domínio do Super-Ego e retoma a sua actividade de escritor. “Pelo acto de escrever, Zorn dá sentido àquilo que o não tem (...). Doravante tudo tem significado, tudo se torna o lugar em que o literal se transforma em figurado. É o caso da assimilação do cancro às “lágrimas para dentro”. De um ponto de vista estritamente médico, diz Zorn, este diagnóstico com ressonância poética, não é obviamente exacto; mas aplicado ao conjunto da pessoa ele diz a verdade” (Sami-Ali, 1987). A corrente de pensamento de Groddeck tem uma grande influência. Groddeck, discípulo entusiasta de Freud, transporta no registo de doença somática os dados da psicanálise. A teoria de Groddeck repõe o conceito do Ça, que Freud também fala em 1923. O Ça de Groddeck é uma espécie de fonte e fundamento da vida humana, um contínuo psíquico e somático que define toda a descrição ou limitação. Ferenczi pode ser, igualmente, considerado como um dos precursores do pensamento psicossomático. Fez a análise de uma criança portadora de colite ulcerosa (J. Cain, 1971, 1990).

Subscrevendo a fórmula do biólogo Henri Atlan (1979), para ele os organismos vivos, e pois os indivíduos humanos, são “sistemas complexos auto-organizadores abertos sobre o meio”.

3.2 - Escola de Chicago e Escola Psicossomática de Paris.

“As concepções freudianas da neurose serão retomadas pelos psicanalistas americanos que formaram, em 1930, a Escola de Chicago onde foram feitas as primeiras pesquisas sistemáticas nesse domínio (...). Um lugar de destaque cabe a Franz Alexander que foi seu teórico e animou, durante mais de trinta anos, pesquisadores e terapeutas. Para Alexander as manifestações mais primitivas do psiquismo estão inseridas na fisiologia das funções viscerais

correspondentes às necessidades vitais” (P. Marty, 1993). A perspectiva americana faz do sintoma psicossomático uma transferência suplementar da conversão histérica. O verdadeiro interesse da psicanálise pela psicossomática remonta então à Escola de Chicago com os seus líderes: F. Alexander e F. Dunbar. Alexander que punha o assento nas neuroses viscerais, retomando e criticando Dunbar por definir perfis/traços de personalidade ou personalidades pré-mórbidas, vai falar em “constelações psicodinâmicas”, características de certas afecções somáticas. Introduz a noção de psicogénese, aonde a doença se torna o produto de certas reacções emocionais que criam a angústia e a agressividade, que mantêm uma tensão crónica e tornam-se patogénicas por excesso de excitações viscerais criando um “círculo vicioso”. Suscitou numerosas pesquisas nos meios médicos e psicanalíticos, mas a teoria de Alexander, construída sobre o modelo psicofisiológico, permanecendo dualista (fenómenos psicológicos e fenómenos fisiológicos) não conseguiu dar uma explicação para os “elos orgânicos” que fazem do Homem um ser psicossomático. O grande mérito da teoria de Alexander não foi tanto da sua inteligibilidade mas da sua fecundidade para a pesquisa (P. Marty, 1993). “Estes elementos indicam um lugar central de F. Alexander na história da psicossomática” (N. Dantchev, 1989). Logo em 1939, foi publicado nos E.U.A. a revista *Psychosomatic Medicine* e, em 1960, a *Revue de Médecine Psychosomatique*.

A partir 1947, psicanalistas parisienses publicaram artigos dando mostra do seu interesse pela “coisa” psicossomática. As teorias da Escola Psicossomática de Paris, presentes desde 1963 (Marty, De M’Uzan e David) formam um corpo teórico coerente. Esta escola responde de maneira original às questões mais cruciais da psicossomática na medida onde sofrem uma articulação com a aquisição da psicanálise das neuroses. As teorias desta corrente de pensamento dão lugar, sem equívoco às doenças ditas psicossomáticas ou somáticas no campo epistemológico da psicanálise (Debray, 1983, 1984). O mérito dos especialistas em psicossomática franceses foi prosseguir suas pesquisas fora dos caminhos usuais, na hipótese de uma construção incompleta ou de um

funcionamento atípico do aparelho psíquico dos pacientes somáticos. Foi assim que surgiram os novos conceitos nosográficos de “Pensamento operatório” (1962), de “Depressão essencial” (1966), de “Desorganização progressiva” (1967). “A depressão essencial é uma depressão sem objecto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática. Um tal quadro para nós, deve ser evidentemente relacionado à precaridade do trabalho mental (...), o instinto de morte é o senhor da depressão essencial” (P. Marty, 1976, 1993). A desorganização progressiva caracteriza-se pela ausência de um patamar regressivo mental de qualidade, geralmente utilizado pela neurose e as manifestações somáticas são representadas por derrocada, aluimento, desabamento, desmoronamento da regulação homeostática. Há um estado de impotência e de desespero, num clima de ansiedade maciça ou de angústias difusas como refere Marty (1988). Os movimentos progredientes acompanham-se inevitavelmente de movimentos regredientes em relação com o meio. A esta relação de idas e voltas chamou Marty pontos de fixação-regressão ao nível mental e somático. O vigor e solidez destes pontos constituem uma marca individual singular e de grande interesse pois podem favorecer ulteriormente os patamares de reorganização, parando um eventual movimento de desorganização, perante uma situação que foi vivida pelo sujeito como um traumatismo. “O Super-Ego em particular perde sua função habitual e encontra-se substituído por um Ego ideal que precipita o paciente no círculo vicioso das feridas desorganizantes” (P. Marty, 1993). A partir de observações revelando situações que não se encaixam nem no quadro das conversões históricas, nem no das neuroses actuais, psicanalistas de Paris, acompanhados por L. Kreisler, formaram um grupo de reflexão, de pesquisa e ensino e, sob o impulso de P. Marty, criaram então a Escola de Psicossomática de Paris. Nela a psicossomática adquiriu autonomia e acedeu ao estatuto de disciplina científica associando rigor analítico e preocupação de síntese.

Na continuidade de Alexander e Dunbar que têm como ponto de referência

permanente o corpo teórico freudiano, Marty vai aí, de certo modo, entrar em ruptura. Para o Instituto de Psicossomática de Paris, a Psicossomática e a Psicanálise encontram-se estreitamente ligadas mas não se confundem. A relação com a mãe vai desenvolver a integração e a hierarquização progressiva das grandes funções somáticas e da função mental que é a última, segundo o modelo clássico freudiano que P. Marty (1993) evoca. A psicanálise é o ponto de partida da psicossomática e representa sempre sua referência essencial. Entretanto, a psicossomática não se reduz à psicanálise. Na prática difere dela globalmente: pelos pacientes somáticos, em que há um empobrecimento da sexualidade, em relação aos pacientes neuróticos que têm uma sexualidade inibida ou distorcida; quanto aos objectivos, permitindo aos pacientes restabelecer os mecanismos de defesa e a organização, mesmo neurótica, da sua sexualidade; quanto às técnicas que emprega, eventualmente, partilhando responsabilidades com outros terapeutas, ritmo frequentemente mais lento das sessões, duração dos tratamentos adaptada à conjugação da doença somática, posição face-a-face dominante e relação prevalecente sobre a transferência (P. Marty, 1993). Não se podem dar explicações simples a fenómenos polimorfos e complexos. A expressão psicossomática do bebé afecta duas grandes funções: O sono e a alimentação, que pode provocar problemas digestivos e respiratórios. O ponto de vista psicossomático revela-se como uma corrente distinta do ponto de vista psicanalítico clássico, inaugurada pelos trabalhos de Fain (1971), L. Kreisler, M. Soulé e M. Fain (1974) e P. Marty (1976, 1980), que abordam a díade mãe-bébé e a tríade pai-mãe-bébé. Para além das particularidades pessoais do bebé, que os autores anglo-saxónicos chamaram de temperamento (S. Lebovici, R. Diatkine e M. Soulé, 1985), também para P. Marty podemos distinguir no bebé o mosaico primeiro, o ritmo, a reactividade e o estilo de descargas. É necessário um trabalho de reajustamento recíproco entre a mãe e o bebé que, por vezes, se revela difícil, porque as particularidades pessoais do bebé aparecem muito diferentes das da mãe ou do que ela é capaz de suportar num dado momento. O papel do pai pode mostrar-se então decisivo, no caso de ele ser capaz de conter as angústias maternas

brutalmente reactivas pelas características pessoais do bebé. Neste aspecto, a economia psicossomática dos pais é muito importante para conter a do filho. Caso contrário, certos bebés podem responder ao sistema deficiente de para-excitação da mãe, por uma queda acentuada do tónus muscular arrastando um comportamento atónico e letárgico inquietante. A estreita dependência que une na origem o estado do bebé às variações emocionais de sua mãe, reflecte as primeiras interiorizações dos estados afectivos - processo de psiquisação. Daí, haver interesse no tratamento psicanalítico conjunto da tríade pai-mãe-filho. A mãe tem um papel importante na organização das excitações do bebé, de modo a reduzir pouco-a-pouco os inevitáveis momentos em que ele se encontra submergido (C. Déjours, P. Marty, R. Boloniecka e Herzberg, 1980).

3.3 - Postulado da somatização para a Escola Psicossomática de Paris.

O postulado fundamental repõe sobre a ideia que o processo de somatização aparece logo que o sujeito não é capaz de tratar mentalmente das contradições que se passam com ele. Os conflitos não encontram solução mental, nem são representados mentalmente e as defesas falham como o recalcamiento, projecção e deslocamento. Esta carência da mentalização constitui um dos suportes da vida operatória, que é uma das bases da teoria de Marty (1991, 1963, 1980) e seus colaboradores como Debray (1984). Segundo estes autores, por exemplo, na anorexia mental, existe uma riqueza fantasmática, mas com pouca ou nenhuma expressão em virtude do seu arcaísmo e da sua violência, os conteúdos do pensamento são centrados sobre o imediato e o concreto. Mais recentemente, Marty (1985) propõe substituir o termo de estado ou pensamento operatório, por vida operatória, que se pode observar em muitos pacientes somáticos. Trata-se de uma maneira dos doentes contarem a sua história e a sua doença. Mesmo a nível dos sintomas, os doentes têm dificuldade em relatá-los. A expressão dos afectos é pobre e nula, tal como a expressão da via fantasmática (fantasias, sonhos) - inexistência do imaginário.

Esta carência de mentalização pode ser avaliada mais objectivamente através das técnicas projectivas. Os autores da Escola de Paris põem esta via operatória em relação com um mau funcionamento da primeira tópica, mais particularmente, o funcionamento do pré-consciente. Este é encarregado ou sobrecarregado de assegurar a ligação inconsciente-consciente. Marty (1991), atribui ao pré-consciente três dimensões: espessamento, determinado pela quantidades de camadas sucessivas adquiridas durante o desenvolvimento; a fluidez da circulação interna entre as diferentes camadas de representação; a disponibilidade espontânea no tempo da circulação em causa. Marty refere que logo que uma ou mais dimensões falham a mentalização é má. Pode falar-se nestes últimos casos de neuroses de comportamento.

3.4 - Sami-Ali, o recalçamento do imaginário e suas implicações.

É um pouco superficial que se separem teorias do passado e teorias contemporâneas em psicossomática, porque na realidade não há corte, mas continuidade, apesar de Sami-Ali ser considerado como pertencente às teorias contemporâneas. Aparecem elementos novos, um vocabulário novo mas, a nível histórico, o sintoma psicossomático advém, na continuidade da conversão histerica. O sintoma somático traduz, segundo a formulação de Brisset (1990) um grau suplementar de recalçamento dos conflitos, por continuidade ao termo de neurose, uma somatose, uma conversão pré-genital. Esta noção de conversão pré-genital implica que a problemática não é edipiana como na histeria típica, mas mais arcaica, oral ou anal. Fénichel evocou esta teorização a propósito de doenças asmáticas e enxaquecas. Sami-Ali (1993), psicanalista, Professor na Universidade de Paris VII onde dirige a Unidade de Investigação e Psicossomática e também Director do Centro Internacional de Psicossomática, apresenta-se em ruptura com a tradição psicossomática. A atitude científica é por essência o centro do pensar psicanalítico: da contestação, da polémica. Talvez por isso, Sami-Ali se encontra fora desse

contexto, porque fala na sacralização ou dogmatismo do pensamento central à teoria psicossomática. Sami-Ali (1987) não concebe a Psicossomática como um capítulo da Psicopatologia, ou da Psicanálise, mas um modelo teórico com uma abertura maior ao real e com um poder interpretativo/compreensivo mais amplo. Considera o modelo *freudiano* contraditório (por exemplo, no que respeita à concepção das neuroses actuais: “dela não saiu nada de coerente, confessa Freud”), mas que tem o mérito de conservar a complexidade das coisas. Para Sami-Ali (1987) a patologia somática não se sobrepõe à psicopatologia *freudiana*, não só porque ela se alia à doença orgânica, afastando-se tanto da neurose como da psicose, mas “também porque no plano do funcionamento psíquico ela evidencia menos o insucesso do recalçamento com retorno do recalçado, através de sintomas neuróticos ou psicóticos, do que o sucesso do recalçamento que se mantém duravelmente”. Sami-Ali fala, então, no recalçamento do imaginário e não, na sua inexistência. Há uma ausência de projecção ou projecção do interdito de projectar não por “carência”- “Fenomenologia do Banal”.

Os pacientes psicossomáticos encontram-se na sombra ou na escuridão, sem luz, nas trevas, perdidos na dimensão da noite, na qual não encontram limites, onde tudo pode acontecer, sem se aperceberem, nem controlarem, porque os sentidos estão atemorizados no obscuro, deixando o corpo a nu, despido, sem subjectividade, sem actividade imaginária e simbólica, sentindo-se desvalorizados, estranhos e ínfimos, sem contornos perante uma dimensão infinita e, por isso assustadora. Um real corpo e não realidade do corpo, pois não há transformação, investimento, conhecimento, cuidado do corpo. Há, simplesmente, um corpo banal, igual aos outros - “hiperadaptação banalizadora” - (Sami-Ali, 1993), em que tudo está esbatido, do mesmo tom, escuro, sem cor, sem ânimo, sem amor, sem emoção, no cenário bidimensional, incapazes de sentir uma atmosfera inebriante, repousante, relaxante, merecedora da vida. Sem emoção profunda, sem prazer na palavra nem na mente. Existe uma depressão à priori, um corpo orgânico mas

descurado em que só vegetam e, facilmente o corpo adoece. Nos pacientes psicossomáticos parece não haver possibilidade de uma vida plácida, tranquila, serena, sossegada, pacífica, revelando-se incapazes de se distender ou repousar e desenvolverem-se na infinitude do universo, integrando-se nele sem se assustar. Há apenas tensão. Não vêem, não ouvem, há uma surdez à emoção. As relações são estabelecidas mais no sentido da identificação narcísica, sem mediação, do que da interacção ou das relações de objecto.

O ser está reduzido ao dever ser ou nada ser. O discurso é banal, da ordem do literal, do senso comum, tautológico, sem fricção, imutável, em que é impensável o contraditório (a = não-a). Há dificuldade em introduzir o negativo constitutivo do pensamento. Há só o positivo, o Ideal, a Norma. Por isso, Sami-Ali (1987) fala na teoria do impasse, em que tudo o que seja contrário aos seus princípios é para eles impensável pensar, ficando sem saída, que é uma situação máxima de risco que predispõe à somatização. “Todo o pensamento supõe a alternativa, ou melhor, a disjunção: a ou não-a. É no possível da negação e da disjunção que sobre ela se ergue, que se constrói o Ser Subjectivo (...), situação de impasse cuja estrutura lógica é a de uma contradição que fecha todas as saídas e torna, ao mesmo tempo, não elaborável um conflito próximo do impensável psicótico”. Tal como a Escola Francesa, também Sami-Ali fala na reduplicação do real ou lógica da identidade nestes pacientes, versus identidade ou subjectividade, apesar dos primeiros falarem, como já se referiu, na inexistência do imaginário e no pensamento operatório com precaridade onírica, singularmente entrecortado pela ebulição psicótica dos raros sonhos recordados e transmitidos e Sami-Ali falar no recalamento do imaginário e não na precaridade onírica. Não é porque há “ausências” ou por “um a menos” mas exactamente pelo inverso, por um a mais, porque nesse pensar se exerce um excesso. Sami-Ali (1987) fala de um modelo teórico geral da somatização multidimensional. Esse modelo é constituído por categorias propostas para pensar o somático, como por exemplo, o impasse ultrapassado na psicose (pelo delírio), o impasse inultrapassável na somatização (separar-se

do primeiro objecto narcísico é a morte; dele não se separar é a não-vida, impossibilitados de elaborar o luto dessa primeira separação). Fala ainda numa correlação positiva entre projecção e somatização, dando lugar, na conversão histérica, a uma psicopatologia por excesso de imaginário, e numa correlação negativa, entre projecção e somatização, (explicando deste modo, a raridade, senão mesmo a ausência, de doenças orgânicas nas psicoses), levando à patologia somática não conversiva, por defeito do imaginário. O imaginário que constitui o sonho e os equivalentes do sonho, isto é, alucinação, fantasia, jogo, reparação, crença e afecto. Na conversão histérica arranja-se sempre uma alternativa ou saída, mesmo que seja desagradável. Nos psicossomáticos, o desinvestimento do imaginário acompanha um sobreinvestimento do real. Dado o sucesso do recalçamento que funciona sem falha e de forma permanente, origina uma formação caracterial que, por sua vez, determina o recalçamento. Mas segundo Sami-Ali, não há qualquer simulação nesta organização mental. Trata-se de exigências familiares de tal modo interiorizadas que vão ocupar o lugar da subjectividade do sujeito que se retrai e suprime, desde logo, a diferença. O sujeito adere e conforma-se a estas exigências, ficando agrilhado ao drama do narcisismo, mas que é o drama da “boa fé”. “Se, apesar de tudo, há uma máscara (...) a máscara seguramente que devorou todo o rosto (...). Zorn não tem rosto, ele tem o rosto do outro que, é a mãe, de forma que a sua problemática se situa antes da crise de despersonalização assinalando, por volta do oitavo mês, o acesso da criança à identidade pessoal (...). É a adesão completa às normas de comportamento que, aplicadas primeiro pelos pais, criam na criança a ilusão de um mundo harmonioso onde os problemas não se põem, não se podem pôr (...), é então uma forma de se fazer aceitar pela figura materna omnipresente à qual se reduzem os outros (...). O exterior é pois o Super-Ego corporal que se destina a negar os sonhos e a si próprio, como se não tivesse interioridade e devesse ser transparente (...). Não se trata de um sentimento de culpabilidade mas de um medo de ser apanhado em falta” (Sami-Ali, 1987). Para Sami-Ali a projecção coincide com o processo de “cura”, com a possibilidade de transformar o

corpo real no corpo imaginário. “Dizia para mim mesmo, conta Zorn, que claro que estava deprimido, mas para além disso ia bem. Dizia-me que claro que estava só, mas em compensação era inteligente; que, claro, era infeliz, mas em contrapartida tinha uma quantidade de relações ou mesmo de amigos; que claro estava frustrado, mas em compensação era doutor, o que não é para toda a gente; em resumo, estava desesperado mas não tinha o direito de o estar aos meus próprios olhos” (Sami-Ali, 1987).

A exigência que os psicossomáticos fazem a si próprios, implica um trabalho constante, com desgaste psico-físico porque , faça-se o que fizer, têm a impressão de que são mal vistos e sentem sempre a obrigação de agradar aos outros. Evitam a todo o custo o conflito que é, afinal, evitar a relação. Vive-se, então num vazio exterior e interior, numa depressão caracterial em que tudo é tabu, mesmo a palavra corpo. Trata-se de uma depressão paradoxal, que se ignora enquanto depressão, permanecendo em formações reactivas em que o contraste é total e leva a uma escalada da vida cada vez mais petrificada e esquartejada ou fendida, a nível do Eu clivado. A clareza advinda de um processo psicoterapêutico acaba com as falsas perspectivas, possibilita o aceder a uma identidade e à criação de um rosto, de sentido e de um projecto de vida, à elaboração da depressão e do Super-Ego.

3.5 - O conceito de “alexitimia”.

Pode-se aproximar à reacção da vida operatória o conceito de “alexitimia” (N. Bazin, P. Mathis, A. Féline, 1991; G. Benedetti, 1982; J. L. Pedinielli, 1985). No entanto, pensamos que a alexitimia foi insuficientemente trabalhada pela Escola Psicossomática de Paris. Este conceito foi introduzido no vocabulário psicológico em 1970-73 por J. C. Nemiah e P. E. Sifneos, dois autores americanos, baseando-se na descrição do pensamento operatório, referindo-se a sujeitos inaptos a descodificar e a exprimir as emoções. Eles levantam a

hipótese de um substrato neurofisiológico desse fenómeno. Os autores mesmo utilizando entrevistas conduzidas de modo a estimular a livre associação e a expressão de fantasmas, verificaram as dificuldades nos pacientes em exprimir os seus sentimentos, bem como uma ausência ou diminuição dos fantasmas. “Nemiah e Sifneos propuseram duas explicações para explicar a génese das doenças psicossomáticas: a alexitimia seria consequência de um défice biológico correspondente a uma insuficiência emocional ou a expressão de uma denegação neurótica. Nemiah (1975) pensa que a doença psicossomática poderá ter a sua origem num mau funcionamento das conexões neuronais entre o sistema límbico onde o vivido somático é organizado e o neocórtex onde ele é conscientemente representado” (G. Besançon, 1992). Pedinielli (1985) fala na impossibilidade de verbalizar, na capacidade limitada de sonhar, nas relações interpessoais estereotipadas, no recurso a agir para evitar o conflito ou o resolver e no pensamento com conteúdo pragmático. A alexitimia aparece assim como a negação da neurose e é o elemento patognomónico dos problemas psicossomáticos. A alexitimia descreve o modo de funcionamento emocional, com uma surdez às suas próprias emoções, enquanto o pensamento operativo nos indica a relação com a realidade, ou seja, um isolamento em relação às emoções dos outros. Os sintomas psicossomáticos são diferentes das relações psicossomáticas. Os pacientes psicossomáticos estabelecem relações interpessoais que têm um estilo peculiar de ser e de estar, desconhecedores da sua dimensão emocional. J. Mc Dougall (1978), autor francês, atribui a alexitimia a perturbações da relação mãe-filho e supõe uma patologia pré-neurótica muito precoce na qual os mecanismos de defesa, de clivagem e de identificação projectiva dominam. Isto corresponde, para o mesmo autor, a perturbações da fase de desenvolvimento simbiótico com consequência de que as representações de si e do objecto não são completamente diferenciadas e que os símbolos não são empregues senão de uma forma concreta. Do ponto de vista de Mc Dougall, a alexitimia é uma doença singularmente forte contra a dor psíquica e as ansiedades psicóticas associadas aos objectos internos arcaicos.

Na Escola Francesa com Fain, de M'Uzan, Marty apresentam sobre a psicossomática uma visão mais dinâmica, para além de terem sido eles os pioneiros nas observações destas patologias de uma forma mais sistemática. Amaral Dias (1992, 1993) chama-lhe somatopsicose que será um autista ao contrário. Ou seja, o psicossomático inanima-se, bloqueia perante o real e o psicótico inanima o real, delirando e criando uma neorealidade. O delírio não os enlouquece. O que os enlouquece é o confronto com a realidade e o próprio delírio protege-os das somatizações. O autor fala na relação inversa entre a psicose e a doença somática, entre o delírio e a perturbação do corpo real. G. J. Taylor (1990) mostra que a alexitimia não tem absolutamente este carácter específico, mas que se apresenta em outros pacientes com perturbações alimentares, desordens afectivas maiores ou depressões mascaradas. A alexitimia também tem sido descrita como um fenómeno secundário da diálise e em pacientes que têm feito um transplante de órgão.

Parece-nos interessante esta observação mais abrangente e ubíqua da alexitimia, mas parece não haver dúvidas que é uma forte característica dos pacientes psicossomáticos, quer de uma forma intensa, quer de uma forma constante.

4 - FUNCIONAMENTO PSICOSSOMÁTICO - CONCEPÇÕES GERAIS

4.1 - Avaliação dinâmica *versus* nosográfica.

Trabalhos recentes apontam muito para uma resposta puramente fisiológica ao *stress* e para o declínio do sistema imunitário. É assim que Dantzer (1990), a partir dos trabalhos sobre animais, recusa praticamente toda a participação da personalidade ou da sua história pessoal na eclosão ou evolução de uma afecção somática. Esta é uma posição quase antitética da Escola Psicossomática de Paris. Semelhante a esta posição Z. J. Lipowski (1977), faz uma revolução da medicina psicossomática nos anos setenta, dizendo que é uma disciplina científica ligada ao estudo das relações entre os factores biológicos e sociais determinantes da saúde e da doença que é o ponto de partida de postulados e indicam um convite à aproximação holística da prática da medicina. Este autor não integra a dimensão psicanalítica, nem faz nenhuma referência à Escola Francesa de Psicossomática. Fala no *stress* psicossocial, nas respostas específicas psicofisiológicas e na sensibilidade individual da doença. Trata-se de uma perspectiva da medicina com uma abordagem bio-psico-social que, já mais próxima de uma dimensão humana e global do Homem, não deixando ainda, de o escamotear, deixando de lado as relações complexas e dinâmicas que fazem parte integrante do ser humano. A confrontação pluridisciplinar de Consoli (1988), parece mais rigorosa sobretudo em clínica psicossomática do que os que utilizam escalas de avaliação ou instrumentos psicométricos fiáveis. Quanto mais testes se utilizam, menos se percebe o sujeito e menor a capacidade de intervenção, que por vezes é urgente, mas que implica sempre prudência e empatia. A clivagem comportamentalista, psicanalítica, psicofarmacológica não faz sentido. A todo o preço, para mudar uma afecção orgânica é necessária uma intervenção globalista de diferentes especialidades. A medicina científica moderna, nas

suas diferentes vertentes, não articuladas ou integradas, não beneficiam em si das suas potencialidades, bem como, os próprios pacientes, ficam frustrados num outro tipo de abordagem ou de resposta a que aspiravam.

A psicossomática necessita periodicamente de uma releitura epistemológica rigorosa. Deve ser explicada, tal como todos os problemas humanos, a forma pelos conteúdos e não o contrário. Isto é, não tratar depressões ou neuroses, mas tratar, por exemplo, a Maria e o Manuel que até têm o mesmo tipo de depressão, mas que são indivíduos diferentes e devem ser encarados e tratados como tal. Cada caso é um caso e os indivíduos devem ser encarados com a singularidade própria e específica de cada um. Se há algo em comum há, de certeza, particularidades diferentes que devem ser integradas e atendidas numa intervenção humanizada. Neste sentido, o diagnóstico é dinâmico, que se inscreve numa lógica de diferenciação ou singularização e não um diagnóstico nosográfico ou de comparação. Trata-se de um problema epistemológico que conduz necessariamente a atitudes e intervenções diferentes por parte dos clínicos, importante para reflectir a nível teórico e, a nível da prática clínica, ou seja, como refere E. Marques (1994), “A comparação com um grupo de referência só poderá ser considerada se esse grupo de referência for encarado não numa lógica de adjectivação, de categorização, mas sim numa lógica de interacção sempre mutável. Devem ser tidas em conta sobretudo as dimensões inscritas numa lógica dinâmica de funcionamento mental”.

4.2 - Processos mentais que favorecem a sintomatologia psicossomática.

Personalidade psicossomática caracteriza-se por um funcionamento psicológico com uma carência do pensamento imaginativo ou fantasmático, dificuldade de exprimir as emoções, um rigor moral exagerado ou um Super-Ego que arrasta consigo o recalcamento dos conflitos, uma tendência a compensar a pobreza da “mentalização” pela acção. Pensamento operativo

tendendo a uma *práxis*, como uma verdadeira repressão do imaginário. A pré-existência de uma personalidade ansiosa, emotiva, rígida são traços psicopatológicos que favorecem a sintomatologia somática. Segundo Ihanus (1984), os doentes somáticos mostram um super-investimento dos limites nos seus aspectos e conformistas, associados a condutas de controlo sobre a realidade (interna e externa). A rigidez opera normalmente, mas logo que estes limites não consistentes tombam, surgem as respostas anatómicas. Nos doentes somáticos graves a rigidez estéril é entendida como forma de mascarar a depressão e a inibir a expressão. D. Wildlöcher e J. F. Allilaire (1979) notam que a clínica psicossomática se aplica ao conjunto de problemas funcionais e físicos que releva de uma origem psíquica. Falam numa “ligação psicossomática” entre os sintomas e a vida psíquica do doente. Outras características que se podem observar nos pacientes psicossomáticos, são: preocupações corporais, maior ou menor desinvestimento da actividade fantasmática, ao que se junta a hipersensibilidade e a dependência extrema ao meio. Estas configurações psicológicas torna-os susceptíveis de serem considerados como “predispostos” a descompensações somáticas, sobretudo nas “crises da vida”, invocadas por Debray. Há uma relação estreita entre acontecimentos de vida (*life events*) e a patologia psicossomática.

4.3 - A dinâmica intra e inter-subjectiva nas Técnicas Projectivas.

No Rorschach observa-se o duplo funcionamento que caracteriza as neuroses de carácter, nomeadamente, de um lado: manifestações adaptativas do Eu (realidade parcialmente investida), de outra parte, irrupções primárias, pois a tradução corporal directa é primordial, funcionando em termos de formação de compromisso. O Rorschach constituído por material não figurativo põe à prova as barreiras entre o dentro e o fora. Esta característica foi explorada desde 1958, por Fisher e Cleveland, com o índice “Barreira/Penetração” que é regularmente aplicada em psicossomática, para testar a solidez dos limites, ou

muitos estanques ou excessivamente permeáveis. O Rorschach provoca uma imagem a partir do ver, apela à emoção, sonho e induz a projecção de imagens corporais. Assim, a clínica psicossomática mostra bem a ausência da significação simbólica das respostas corporais ou anatómicas, descobrindo as falhas profundas das capacidades de imaginação e simbolização, contrariamente ao que se observa na histeria. A construção das pranchas do Rorschach, simétricas, suscitam representações do corpo e os afectos que podem estar associados, permitem explorar a realidade da representação de si, em particular sua firmeza, solidez, integridade, segurança ou fragilidade narcísica.

No T.A.T. (*Thematic Apperception Test*), vê-se bem os três pontos de vista freudianos, da primeira elaboração do psiquismo humano: o tópico mostra geralmente uma insuficiência do pré-consciente, através de uma pobreza de imagens (espaço interno desabitado, sem imagens) que testemunha a extrema precaridade do processo figurativo. Do ponto de vista dinâmico descobre-se uma ausência de mobilidade, muito característica, com a prevalência das descrições factuais que enfermam o sujeito num quotidiano sem surpresa, esclerosante, pela aridez, secura e esterilidade fantasmática que se impõe. O ponto de vista económico denuncia o gel pulsional com a necessidade de condensar ou conter as moções agressivas e libidinais tendendo, a combater a excitação e a angústia. Dado o funcionamento dos pacientes psicossomáticos, com défice da circulação das representações e afectos, a confrontação e a elaboração com os conflitos apresentados no T.A.T. é impedida - este é o maior entrave que aparece no T.A.T. Os trabalhos de Shentoub e Debray têm posto como referência essencial no T.A.T. o modelo estrutural edipiano, que se inscreve na dramatização de um conflito intrapsíquico e que se pode actualizar numa narração viva e dinâmica, do duplo reconhecimento da diferença dos sexos e das gerações.

O Rorschach e o T.A.T. são as provas projectivas mais usadas dada a sua

validade e fidelidade. Nos E.U.A. usa-se mais o Rorschach no estudo dos pacientes psicossomáticos. Os franceses servem-se, alternadamente ou conjuntamente, dos dois testes. As provas projectivas podem testar a importância da ligação à realidade externa e as potenciais capacidades fantasmáticas susceptíveis de serem mobilizadas com vista a um projecto terapêutico, segundo Schafer (1954). “A utilização das técnicas projectivas como suporte no encontro entre o sujeito e o clínico constitui uma etapa não negligenciável, por vezes favorável à expressão de um mundo interno que não se pode mostrar livremente (...), é solicitado um trabalho psíquico que consiste em operar um compromisso entre os constrangimentos da realidade externa (adaptar-se perceptivamente) e as pressões do mundo interno (expressar representações e afectos). Situação conflitual por excelência, pois sabemos que os desequilíbrios graves da “economia psicossomática” não favorece a resolução desequilibrada do pensamento e a elaboração psíquica” (Chabert, 1988). Os pacientes que têm uma organização mais tipicamente neurótica ou mesmo *bordeline*, têm protocolos mais ricos de sentido. São os que encontram estratégias de evitamento do conflito, que é uma forma de compromisso neurótico, que permite um deslocamento parcial, com recurso a defesas históricas que preservam o funcionamento mental e parecem constituir uma protecção relativamente eficaz contra uma “descompensação” orgânica mais grave. Isto confirma a hipótese dos autores que há uma relação entre a fragilidade psíquica e a desorganização somática mais profunda (Marty e De M’Uzan, 1963; Marty, De M’Uzan e David, 1963).

5 - FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REALIDADE INTERNA OU DA VIDA MENTAL (ANTROPOGÉNESE)

5.1 - Importância das “imagos” e funções parentais no desenvolvimento mental e na imagem do corpo como um fenómeno social.

Nós concebemos que as dificuldades de comunicação estejam em estreita ligação com a tendência depressiva ligada à insuficiência de regulação de estima de si que a mãe não pôde, no seu tempo fornecer, podendo arrastar uma falha na elaboração narcísica, no amor de si e da sua imagem. A projecção e a introjecção devem ser vistas não simplesmente sobre uma perspectiva de desenvolvimento mas como mecanismos de defesa. “A persistência de mecanismos introjectivos e projectivos (...) entende-se pelo menos até à resolução da situação edipiana do Super-Ego e do Ideal do Ego (...). A complexa interacção da introjecção e da projecção na estruturação dos mundos interior e exterior é modificada, pelos efeitos estruturadores dos processos identificatórios e o resultante de um *self* estável (...). A percepção do mundo torna-se menos dependente das pulsões, menos organizada em termos de necessidades defensivas” (Sandler, 1989). Ou seja, começa a haver uma definição dos limites do *self* entre o que está dentro (*within*) e o que está fora (*without*). Embora a identificação projectiva provavelmente, nunca seja inteiramente abandonada, ela não mais envolve a completa clivagem, a expulsão e a recusa em reconhecer partes do *self* como próprias, mas será menos absoluta, mais temporária e mais capaz de ser trazida de volta para a personalidade do indivíduo - basilar da empatia. Meltzer (1989) fala no aprender com a experiência, com uma configuração em espiral, como uma pré-elaboração. A história prototípica do desenvolvimento comporta dois períodos que foram induzidos na obra de M. Klein e dez anos mais tarde com Wilfred Bion. “Durante os últimos meses de vida intra-uterina, os fetos começam a ter uma vida psíquica efectiva mas limitada, em termos de atenção, interesse e de

posta em curso de processos simbólicos destinados à actividade de pensar (através da voz da mãe, sua relação imaginária às emoções estimuladas por seus impactos que implicam uma atenção crescente em relação ao seu próprio corpo e às suas capacidades. A voz da mãe é o mais evocador do primeiro objecto, do primeiro impacto estético, ao qual ele responde no sentido de uma integração do amor (L), do ódio (H) e do desejo de conhecer (...), as funções do pai são funções de suporte e de protecção da relação mãe-criança” (Meltzer, 1989). Bick (1968) diz que a voz materna participa na formação de um invólucro de sensações, a experiência da “pele”, o “envelope de si” (Anzieu, 1985). A voz humana relaciona-se com as bases psíquicas da estética, entendida como um objecto acústico carregada de emoções/afectos.

A figura materna se é muito importante no desenvolvimento individual, pensamos também como Bion e outros autores, que a figura do pai é também de extrema importância e, pensar só na mãe era cair no reducionismo e simplismo, da complexidade do desenvolvimento. A função do(s) pai(s) é dar um espaço protegido que leva a uma certa desilusão, a partir do desmame, onde se desenvolve a personalidade da criança, através dos modos narcísicos: projectivos, identificatórios e introjectivos. Parece-nos, no entanto, que o pai não vai só fazer a separação/individuação da simbiose mãe-criança, mas aparece logo desde o início. Daí a importância dos pais, da família, logo no início, e a ideia da “criança divina”, com pai e mãe. Martini Lani (1991) refere que, nas investigações genealógicas, a constituição da identidade está intimamente ligada à questão das origens. O pai transmite a filiação e a inscrição numa história, dá-lhe o nome, um lugar no mundo social. A paternidade liga-se deste modo a uma identidade social. Isto equivale a dizer que o poder tem uma genealogia e uma filiação ou que, saber quem fomos, permite compreender melhor quem somos agora, o que desejamos, assim como planificar mais adequadamente o nosso futuro. “Contrariamente à mãe, a presença do pai, como sublinha Freud no seu tempo pode ser mais discreto (...) Mas o pai tal como a mãe, é fonte de sentimentos ambivalentes que se

exprimem num duplo fantasmático: o “bom pai” ou ideal do Eu, imago benéfica, herdeiro do narcisismo originário ou o “mau pai” interiorizado no Super-Eu, imago maléfica (...) por castração” (M. Lani, 1991).

O processo identificatório, na confrontação com um modelo ideal, pai amigo, por exemplo, conduz à elaboração do Ideal do Eu, herdeiro do narcisismo, que exprime o que nós desejamos ser. Desejo que se cruza com as tendências do Super-Eu, herdeiro do Complexo de Édipo que dita o que devemos fazer. A imagem do corpo é sempre, então, um fenómeno social e também uma relação entre dois corpos que se desejam e se julgam. Pode dizer-se que um indivíduo se ama tal como foi amado, sobretudo pela mãe. Ou seja, em termos ontogenéticos dos afectos, pensamos que a relação pais-criança comporta um papel crucial de identificação com estes objectos primários significativos da infância. Deste modo, os afectos pertencem ao mundo da experiência inter-subjectiva, no pensamento *kleiniano* e pós-*kleiniano*. A desilusão da criança ligada à descoberta da existência de um terceiro, o pai, a quem a criança atribui a causa do desinvestimento materno, vivida com uma intensa angústia é mitigada se o pai for “suficientemente bom”, capaz de interromper precocemente a lua-de-mel diádica e a organização da personalidade da criança, far-se-à sem grandes problemas. Os pais têm ou deverão ter funções próximas das do terapeuta no processo educacional de seus filhos, devendo funcionar como um bom continente do seu filho, tal como o emprego do *contratransfert* na análise. Contudo, a psicoterapia diz respeito a um processo de tratamento, não se falando nesses termos no processo do desenvolvimento educacional.

Segundo Masterson (1978), a causa da paragem do desenvolvimento do adolescente com claras tendências *bordelines* deverá ser explicada pela atitude da mãe que se oporá aos esforços do adolescente para concretizar a separação e a individuação e que, simultaneamente, ficará profundamente gratificada pela relação simbiótica estabelecida com o filho, recompensando o

comportamento regressivo do filho. Tal relação estabelecida torna impossível, ou no mínimo, limita o adolescente, de fazer o luto necessário da imago-materna. Mesmo que o adolescente manifeste um desejo de autonomia e de individualidade, é sabido que nesta fase, os movimentos progredientes e regredientes em termos de desenvolvimento, apresentam uma oscilação constante. Se o meio não é muito favorável ao desenvolvimento, preponderarão certamente, os movimentos regredientes, dependendo disso, é claro, também do próprio adolescente em interação em espiral com o seu “espaço de vida” (Lewin) ou “geografia do fantasma” (Meltzer, 1991). Erickson (1972) fala na identidade corporal “ontológica” e na crise da adolescência concebida como uma crise de identidade onde a imagem corporal joga uma regra importante. Por outro lado, se a relação com a mãe for perturbada de forma evidente e significativa, tal pode explicar-se pela virtual ausência do pai, o que parece ser uma relativa constante nas famílias de adolescentes *bordelines* (Anderson, 1978; Bergeret, 1979; A. Dias, 1980).

Acrescentamos nós que não acontece só nos casos *bordeline*, mas noutras patologias mais regressivas como na psicossomática. Sabe-se que na adolescência há uma reactivação dos processos dos primeiros anos de vida, sendo a adolescência um verdadeiro organizador do psiquismo, considerada como “última” etapa da organização de uma dada identidade, pelo que, também nesta altura, um ambiente “suficientemente bom”, torna-se crucial. Se tal não ocorrer, os indivíduos terão possibilidade de reestruturarem o seu narcisismo fazendo uma psicoterapia. Nos casos *bordelines* ou estados-limite, o indivíduo não constrói um sintoma como acontece na neurose, nem um delírio como acontece numa psicose, mas age o conflito. O *acting-out* é uma tentativa inquieta de reencontrar bruscamente, ou de tentar reencontrar no mundo exterior o objecto/pessoa que ameaça ser perdido, em vez de verbalizar e de elaborar uma espécie de resistência contra o processo de luto que se desenrola. Usam a clivagem como mecanismo número um em luta perdida contra uma vivência depressiva fatal, como uma ferida grave do narcisismo e

que pode desencadear uma hemorragia narcísica.

Na perspectiva de M. Klein “o adolescente *bordeline* é incapaz de organizar um regresso que corresponde à posição depressiva. Esta posição marca a perda da imagem do objecto idealizado o que é naturalmente acompanhado de uma gama de sentimentos particulares entre os quais destacamos o luto, a nostalgia e a culpabilidade depressiva (...) E é justamente contra a inconstância e a inconsistência parental que luta em todos os momentos os estados limites, bem como contra a falta de um objecto interno, inteiro, não clivado e eficiente, na ilusão reivindicativa de um objecto exterior que traria (mas nunca traz que chegue) o sinal da segurança e do amor” (J. Bergeret e W. Reid, 1991). Mahler (1973) faz intervir os processos de diferenciação (separação-individuação), a partir de uma percepção global e da competência da criança de explorar progressivamente o mundo exterior. Essa competência da criança pode e deve ser ajudada pelo pai como continente e sustinente no crescimento do(s) filho(s), tirando-o(s) dos mimos maternos ou da relação simbiótica, para que este(s) não fique(m) com a angústia simbiótica e venha(m) a ter dificuldades de lidar com a frustração. Segundo Anderson (1978) um pai com uma “preocupação paternal primária” ou com empatia paternal, é essencial à criação de um Super-Eu bem integrado para que os sentimentos de segurança (controlo de si e individuação) possam existir mesmo fora da família e a atitude enfática e firme do pai permitirá ao adolescente suportar melhor o renascer da rivalidade edipiana. Segundo Debray (1991) “a precocidade do aparecimento de sintomatologia psicossomática só é compreensível se se admitir que a economia psicossomática da mãe, e por vezes também do pai, engloba a do bebé nos primeiros tempos de vida”.

Apesar de muitas mães não se importarem de ter um papel exclusivo ou quase exclusivo na educação dos filhos, o que pensamos corresponder a uma parte sintomática das suas personalidades, um marido mais activo e firme poderia travar e conter, de algum modo, a sobranceira de muitas destas mulheres no

que respeita, essencialmente, à aproximação do(s) filho(s), impeditiva do processo de separação e da formação do objecto interno que passam a ter uma representação do objecto concreta e não abstracta, o que se denomina de “privação maternal qualitativa”. Pensamos que o índice de bom prognóstico de desenvolvimento dos filhos passa muito pela boa relação que os pais (que não têm de ser, necessariamente, os pais genitores, mas quem desempenha as funções parentais num casal heterossexual) estabelecem entre si e com o(s) filho(s), no sentido de uma relação libidinal e genital adulta. As famílias constituídas apenas por um dos progenitores não nos parecem ser um modelo a seguir, só numa situação transitória ou pontual, dada a sobrecarga que pesa sobre esse mesmo progenitor, e poder traduzir a ideia de uma auto-suficiência que é uma ideia delicada e até mesmo errónea. Nos pacientes psicossomáticos não só há fragilidade das representações parentais mas pontualmente, ausência dessas representações pelo processo de recalçamento e, por vezes, representações intensas e ameaçadoras ou nada contentoras, conduzindo a uma ausência ou confusão de identidade, com grandes falhas narcísicas, de identificação, introjecção e projecção, sem ilusões nem desilusões, ou numa desilusão constante, pensamos nós. Parece-nos, também, que nos casos *bordeline*, houve mães hiperprotectoras ou muito presentes versus ausência de pai e que nos casos psicossomáticos verifica-se não só a ausência de pai, mas também de mãe, ou a mãe aparece à criança de uma forma austera, exigente e não carinhosa ou tolerante. O luto entendido como um “sentimento de tristeza a uma perda (importante ou mínima) - é conhecido por todos. Vivemos inúmeros lutos (...) desde o nascimento, através da adolescência, do casamento, até a perda do desmame último de si próprio na morte. O luto está ligado a mudanças contínuas da nossa vida, é um fenómeno constante na homeostase entre o sujeito e o seu meio ambiente” (J. Bergeret e W. Reid, 1991). Pela nossa experiência clínica com casos psicossomáticos, apesar de haver neles um vazio ou frio interno, povoado de partes sádicas recalçadas e projectadas no corpo, funcionando com um conformismo ou banalidade como se não tivessem vida subjectiva, há-o certamente, e por vezes, salta esse

turbilhão afectivo, perante determinados estímulos ansiógenos para a pessoa incapaz de os conter ou mediar, ligado a uma angústia catastrófica, caótica e obscura que desencadeia o desequilíbrio psicossomático. O pensar, sobretudo em situações de luto, assume-se como algo de traumático, não pensar assume-se com um carácter imperioso, contendo uma possível descompensação com emergência em catadupa do mundo interno, sentido-se a naufragar. É como se não pudessem pensar, havendo uma impossibilidade de pensar e de pôr limites, controlo ou domínio de si, só lhe restando ficar nas trevas e na obscuridade. É como se não houvesse um *self* mental, mas apenas um *self* orgânico. Os psicossomáticos apresentam dificuldades ligadas às primeiras fases do desenvolvimento mental, nos processos de separação. Unidos ao defeito de separação, estes pacientes encontram dificuldades em estabelecer uma distância ideal do objecto, com perturbação nos processos de identificação projectiva e introjectiva. Não utilizam adequadamente a primeira e a introjecção também é inibida. Tratam-se de dificuldades ligadas a fases muito precoces do desenvolvimento mental, dominadas por um aparelho proto-mental, antes ou logo após o nascimento. O conceito moderno de identificação projectiva e do sistema proto-mental é bastante útil para perceber a dinâmica dos fenómenos psicossomáticos. Enquanto que na histeria de conversão há um investimento narcísico do próprio corpo e este tem um poder expressivo para significar o recalcado, na psicossomática o corpo é esquecido, maltratado e negligenciado. Não se encontra nos sonhos, nem no discurso dos pacientes psicossomáticos, um estado inicial de ilusão, de beatitude, de nirvana ou de lua-de-mel, próprio do narcisismo primário que conduz a um estado de onnipotência infantil; um estado paradisíaco ou sublime, persistindo o desejo de o reencontrar.

5.2 - Paradigma kleiniano e pós-kleiniano na formação do mundo interno.

Com a recuperação do sonho integra-se pouco a pouco o funcionamento

psíquico e assiste-se à saída do impasse e ao risco de somatização do corpo real. A teoria do sonho para Melanie Klein é diferente do pensamento metapsicológico (“termo criado por Freud para designar a psicologia por ele fundada, considerada na sua dimensão mais teórica. A metapsicologia elabora um conjunto de modelos conceptuais, mais ou menos distantes da experiência, tais como a ficção de um aparelho psíquico dividido em instâncias, a teoria das pulsões, o processo do recalçamento”, segundo J. Laplanche e J. B. Pontalis, 1958) de Freud. Melanie Klein introduz um paradigma que conduz a uma ruptura epistemológica em relação a Freud e que possui um elevado valor heurístico: antecipou os processos estruturais da mente como o edipiano aos primeiros meses de vida da criança e introduziu posteriormente o conceito de objectos internos (M. Klein, 1952). “Fala no complexo de Édipo primitivo como sendo a relação edipiana experimentada pelo bebé a partir do início da posição depressiva. É experimentada em termos pré-genitais, antes da genitalidade ser alcançada” (H. Segal, 1975). Os objectos internos são protagonistas do teatro interno, “centrado sobre o mundo interno e sobre as imagens dos pais que nele estão depositadas: os deuses e os diabos do nosso universo mental” (M. Mancia, 1991). A Klein deve-se o mérito de ver o sonho como representação da realidade interna, das várias fases da mente durante o seu desenvolvimento e não apenas, ver o sonho como satisfação do desejo infantil recalçado. Para Meltzer (1984), com Klein o sonho passa a ser visto como uma tentativa de resolução de um conflito que diz respeito, em primeiro lugar, ao mundo interno, mas que tem implicações secundárias no mundo externo e no comportamento. “O modelo *kleiniano* da mente e do sonho recebeu um enriquecimento e transformação por parte de Money-Kytle e Bion” (M. Mancia, 1991). Atribuem ao sonho uma outra função: a de ser um instrumento fundamental de conhecimento ou função alfa segundo Bion que implica um crescimento mental na medida em que permite a aquisição de conhecimentos sobre os próprio objectos internos e externos. A função alfa transforma as experiências sensoriais e motoras (elementos beta) e utilizam-nas para a formação do pensamento da vigília e do sonho. Quando há esta função alfa, há

a possibilidade da experiência emotiva do dormir se tornar consciente, ao acordar, e de descrever essa experiência como um conto. Meltzer (1984) fala no sonho como uma linguagem interna, uma linguagem poética que descreve o mundo interno. O sonho, tal como as outras actividades criativas é capaz de uma representação formal através de uma linguagem poética que entra no domínio da estética. Meltzer, em 1985, fala na primeira experiência estética: põe a hipótese do bebé, no fim da gestação, já se sentir terrivelmente apertado e aspirar a libertar-se, como se constata em certos sonhos. Contudo, não tem consciência do seu crescimento e pensa que Bion tem razão em falar em “pré-concepções inatas”. Bion fala então no sonho com uma função elaborativa e transformadora de experiências vividas durante o estado de vigília. “Esta correspondência e continuidade entre funções na passagem da vigília ao sono e deste ao sonho, apesar de já se encontrar presente no trabalho de Freud, representa uma das intuições mais significativas e rica de implicações da teoria do sonho de Bion (...) há como que uma membrana semi-permeável entre o inconsciente e o consciente.

Para Freud a formação do Super-Eu é correlativa do declínio do complexo de Édipo, isto é, a criança renunciando à satisfação dos seus desejos edipianos pela interdição, transforma os seus investimentos nos pais e identifica-se com eles, interiorizando a interdição. Klein recua mais cedo a formação do Super-Eu, desde das fases pré-edipianas ou, pelo menos, procurando comportamentos e mecanismos psíquicos muito precoces que constituem os percursores do Super-Eu. O facto de Klein ter antecipado aos primeiros meses de vida, colocou em crise o conceito *freudiano* de culpa e alargou o seu significado, colocando-o numa perspectiva evolutiva diferente. Não se manifesta apenas, na relação triádica mas logo na diádica mãe-criança onde, as “tendências edipianas surgem após as frustrações orais sentidas pela criança aquando do desmame aparecendo, assim, entre o final do primeiro ano de idade e o início do segundo (...). Forçada a abandonar a posição da oralidade e analidade em nome da genitalidade, o sentimento de culpa (...) é sempre um

derivado do complexo edipiano mas antecipado às primeiras fases do desenvolvimento psíquico, um resultado da introjecção” (M. Mancia, 1990). Pensamos que, nos psicossomáticos há sempre representações, perspectiva esta um pouco diferente da de Sami-Ali. Esta perspectiva não está, contudo, muito longe de Sami-Ali quando ele fala de desinvestimento. Na verdade, pela experiência clínica com casos psicossomáticos as relações primárias mãe-criança parece terem sido marcadas por uma figura materna que não responde adequadamente às necessidades do filho. Se o objecto materno não responde o bebé desistirá e dificilmente haverá lugar para uma relação afectiva.

Sendo o objecto interno, preconizado por M. Klein, uma representação afectiva positiva ou negativa do objecto externo, pensamos que nos pacientes psicossomáticos há uma interiorização do objecto interno mas com uma carga afectiva negativa, impeditiva do desenvolvimento e uma culpabilidade marcante. Tal situação e relação interpessoal estabelecida impede nos bebés, o processo de separação. Então a criança sofrerá toda essa influência interpessoal iatrogénia, em que, à custa de preservar a relação de que necessita sofrerá distorções na sua personalidade. A dialética dos “bons” e “maus” objectos está no centro, da teoria psicanalítica de Melanie Klein. As qualidades de “bom” e “mau” objecto são-lhe atribuídas não apenas em função do seu carácter gratificante ou frustrante mas sobretudo, da projecção nele das pulsões libidinais ou destrutivas. A clivagem em “bom” e “mau” objecto é a primeira forma de defesa contra angústia. Para Klein a idealização do objecto seria uma defesa contra as pulsões destrutivas, pela clivagem. É a dualidade das pulsões da vida e de morte desde a origem da existência dos indivíduos, que está no princípio do jogo dos bons e maus objectos. “É justamente no início da vida, segundo Klein que o sadismo está no seu zénite, pois a balança entre libido e destrutividade pende mais para o estado desta última” (Laplanche e Pontalis, 1958). Para Klein a posição esquizo-paranóide enquanto, primeira fase de desenvolvimento infantil, encontra-se até ao quarto mês, mas pode-se reencontrar posteriormente no decorrer da infância e, no

adulto, nomeadamente nos estados paranóicos e esquizofrénicos. As pulsões libidinais coexistem desde logo com as agressivas e são particularmente fortes. O objecto é clivado (*splitting*), em “bom” e “mau” objecto em que as pulsões são directas e primárias em termos de posse completa do objecto (posseção) ou de aniquilação do objecto (agressão/destruição). Os processos psicológicos predominantes são a projecção e a introjecção e a angústia interna é de natureza persecutória. A introjecção do “mau” objecto faz correr riscos internos de destruição progressiva. Estas primeiras projecções e identificações configuram o começo do processo de formação de símbolos. A posição depressiva institui-se por volta do quarto mês e é só progressivamente superada no decorrer do primeiro ano, ainda que possa reencontrar-se durante a infância e reactivar-se no adulto nomeadamente, no luto e nos estados depressivos. O símbolo aparece para separar a atenção do objecto original e diminuir assim a culpa e o temor da perda. Atenuam-se pois, as pulsões libidinais e hostis (ambivalência, uma vez que o objecto é entendido como objecto total) que se tendem a referir ao mesmo objecto. Há uma menor intensidade de projecção e de pensamento onipotente a favor de um pensamento realista e maior capacidade de *insight*. A angústia depressiva incide no perigo fantasmático de destruir e perder o “bom” objecto graças ao sadismo. Esta angústia depressiva da culpa e da perda pode ser combatida por diversos modos de defesa paranóides como a mania com negação onipotente da realidade psíquica, o controlo onipotente do objecto, clivagem, recusa, idealização, desprezo, ou por outros modos de defesa mais adequados como a inibição da agressividade e introjecção do bom objecto ou objecto amado de forma estável, tranquilizadora e reassegurante que implica uma reparação. Enquanto predomina a posição depressiva, a relação com a mãe começa a deixar de ser exclusiva, pois a criança entra nas fases precoces do Édipo e o processo de distribuição da libido estimula as relações de objecto, tal como diminui a intensidade dos sentimentos depressivos. O material clínico ilustra o que M. Klein considera como etapa fundamental do desenvolvimento mental, a passagem da posição esquizo-paranóide à posição depressiva, esta existindo

com significação, emoção. Meltzer sugere que a experiência emocional que está na base desta passagem seja essencialmente estética. A posição esquizo-paranóide é uma posição defensiva e sempre uma defesa contra a dor da posição depressiva (produto da inveja?) de uma experiência estética da beleza do mundo, delimitado inicialmente pela mente e pelo corpo da mãe. A posição esquizo-paranóide com os seus processos base (separação e idealização) é entendida como uma fase mutável do desenvolvimento saudável. O prolongamento da sua existência cria psicopatologia.

Entre os *kleinianos* merece também atenção, H. Segal (1957), não só pelo alargamento das perspectivas *kleinianas* como também pelos seus contributos clínicos e teóricos no campo onírico. Segal fala do processo de simbolização do sonho e do conceito de identificação projectiva massiva para explicar o fenómeno do Eu com o objecto, como defesa contra a dor mental e contra as ânsias depressivas. Nestas condições, a simbolização, que pressupõe uma separação do objecto é impossível. Daí resulta uma confusão entre símbolo e objecto simbolizado, que está na base de uma equação simbólica, mas não de uma verdadeira simbolização (M. Klein, 1930). Nestes casos, os símbolos dos processos de sonho são simples sinais indicadores de objectos do mundo exterior, que acontece na posição esquizo-paranóide e constitui a base do pensamento concreto na esquizofrenia. Mauro Mancia (1991) fala no “sonho como religião da mente, associado ao étimo religar, uma vez que une numa complexa relação, os elementos emotivamente mais significativos que, no mundo interno do indivíduo, adquirem um significado sagrado”. A memória no sonho, desempenha um capital papel na ligação das emoções da tridimensionalidade personalizada: passado, presente e futuro. “Com efeito, é no sonho que é activado o presente ciclo da memória” (Palombo, 1978), que permite a correlação, o confronto e a integração entre as experiências mais actuais e as mais arcaicas. O processo da memória liga-se directamente ao da simbolização (Jones, 1916). O fracasso desta função conduz à formação de sonhos, a que se pode chamar psicóticos, dominados por equações simbólicas

(Segal, 1981) e com funções evacuativas (Grinberg, 1987), onde a simbolização é reduzida ou nula e a função alfa (Bion, 1991) é insuficiente para a alfabetização dos elementos beta que são precisamente evacuados fazendo prevalecer o pensamento concreto. Bion concluiu e consolidou uma revolução que Klein tinha iniciado, substituindo o modelo hidrodinâmico *freudiano* e a tradução de uma linguagem simbólica manifesta por um modelo que podemos definir como teológico, no qual o sonho representa a vontade dos deuses, isto é, das imagens paternas e maternas (...) que adquirem um valor sagrado para a realidade psíquica do indivíduo” (M. Mancia, 1991). A teoria sistêmica original de Freud, tal como é exprimida no Projecto (Freud, 1886-1899) é essencialmente uma descrição de esquemas instintivos determinados neurofisiologicamente e geneticamente, o que não seria um mundo favorável às emoções, memória e pensamento.

Esta nova concepção da mente permitiu à psicanálise pós-*freudiana*, em primeiro lugar a Klein e depois a Bion, entre outros, transformar radicalmente os conceitos entre os quais, o conceito de narcisismo. Freud, fala do “narcisismo primário, com a elaboração da segunda tópica como um estado de vida anterior à reconstituição de um ego, e de que a vida intra-uterina seria o arquétipo (...) designa-se sempre assim um estado rigorosamente anobjectal ou pelo menos indiferenciado, sem clivagem entre um objecto e um mundo exterior” (Laplanche e Pontalis, 1958). Esta é um noção limitada porque perde, desde logo, a referência a uma imagem de si mesmo, a uma relação especular e qualquer investimento objectal. O narcisismo primário está ligado ao processo primário e o narcisismo secundário ao processo secundário. São conceitos definidos por Freud que se distinguem radicalmente. Do ponto de vista tópico, o processo primário caracteriza o sistema inconsciente e o processo secundário caracteriza o sistema pré-consciente. Do ponto de vista económico-dinâmico, no processo primário a energia escoa-se livremente, passando sem barreiras de uma representação para a outra segundo os mecanismos de deslocamento e condensação. No processo secundário a

energia começa por estar “ligada”, isto é, as representações são investidas de uma maneira mais estável, a satisfação é adiada, permitindo assim, experiências mentais que põem à prova, os diferentes caminhos possíveis de satisfação, evitando a confusão possível entre o que um indivíduo percebe e o que não passa de representações suas - princípio da realidade *versus* princípio do prazer. A concepção da clivagem do objecto em “bom” e “mau” aproxima-se de certas indicações fornecidas por Freud, em 1925. Freud (1924) falou do sonho como sendo uma “ projecção: a externalização de um processo interno”. Com o desenvolvimento do interesse de Freud pelo narcisismo (1914), o conceito de identificação veio a ser reconhecido como um importante processo de desenvolvimento e como um mecanismo de defesa. Sandler (1989) fala na identificação primária como um estado de identidade primária ou confusão primária, no qual o bebé não pode diferenciar entre os aspectos representacionais do seu próprio *self* e aqueles do objecto. Em relação à patologia, o estado de identificação primária tem sido descrito como um estado regressivo, no qual ocorre a desdiferenciação do *self* e objecto e as chamadas fronteiras ou limites do Ego que se perderam ou foram postas fora de acção.” É o que acontece mais comumente em estados psicóticos. Contudo, uma identificação primária passageira ou confusão passageira entre *self* e objecto é descrita como fenómeno normal e omnipresente que está relacionado com o conceito de “identificação por ressonância”, que fala Weiss (1960), que pode ser considerada como base da empatia. A confusão primária entre *self* e objecto pode também acontecer em estados de relaxamento ou de concentração intensa nos quais as fronteiras do Ego, não estáticas, podem permanecer temporariamente suspensas ou retardadas que fornece a base para os sentimentos de empatia e de apreciação estética.

5.3 - Narcisismo e relações de objecto no modelo kleiniano.

O narcisismo está sempre presente em todos os contributos de M. Klein

(apesar da escola inglesa de psicanálise, dominada pela figura de Klein, desenvolver as suas teorias sobre o narcisismo partindo da elaboração do instinto de morte), como referência da sua teoria da mente, mesmo ao nível das pré-concepções, convicta de que a criança tenha, desde o início da vida, uma relação com a mãe (embora centrada sobretudo no seio), falando desde logo em relações e não em pré-relações ou a um estado anobjectal, como parecia sugerir Freud. “Klein estabelece uma distinção entre estados narcísicos e relações de objecto narcísicas. Os estados narcísicos relacionam-se com o seguinte facto: quando o ideal do Eu é projectado numa outra pessoa, esta é amada e admirada, sobretudo porque contém as partes boas do *self*. As relações de objecto narcísicas estão, pelo contrário, estruturalmente ligadas à identificação projectiva, entendida como modalidade relacional de tipo pré-verbal, caracterizada pela separação de partes perturbadoras do *self*, invejosas e agressivas, que são projectadas no objecto identificado precisamente com essas partes, (...) a identificação projectiva tem ainda outras funções relacionais complexas, como o controlo do objecto e a negação da sua separação.” (Mauro Mancia, 1990). Neste caso, a identificação projectiva é identificada como uma defesa contra a inveja e os impulsos destrutivos, como acontece na psicose e na pré-psicose. Também para Segal (1981), na psicopatologia do adulto, especialmente na psicose, qualquer forma de narcisismo está sempre presente sob domínio das pulsões de morte. Nos estados narcísicos o objecto é tratado como o próprio Ego e, por exemplo, na paixão amorosa há uma quantidade importante de libido narcísica que transborda sobre o objecto. Encontrar essa pessoa amada, oferece a possibilidade de mais facilmente resolver os lutos, ou as vicissitudes da vida, porque o outro representa os ideais narcísicos do sujeito, onde encontrará uma certa harmonia e estabilidade. A possibilidade de escolher esse outro e dar continuidade a essa relação de forma satisfatória e saudável, está muito em interacção com o próprio sujeito.

“Embora Bion nunca fale explicitamente de narcisismo, na sua experiência as

modalidades narcísicas ligadas à pulsão de morte estão na base da vivência e da acção esquizofrénicas: deriva daí um impedimento da função alfa (metáfora referente às funções da mente) e, por isso, uma incapacidade de metabolizar (...). Podemos perguntar com Bion: de que modo se desenvolvem estas partes psicóticas da personalidade que aparecem mais abertamente nos esquizofrénicos mas que estão presentes, ainda que neutralizadas, em cada um de nós? Bion fala (...) a) uma disposição congénita para viver uma inveja excessiva (...), b) uma incapacidade da mãe em receber-conter-transformar as violentas emoções projectadas nela pela criança; um defeito portanto de *rêverie*" (M. Mancia, 1990). Quem tem um estilo de vida narcísico tem a fantasia onipotente de não ter necessidade de ninguém e a crença delirante nestas suas capacidades megalómanas. Há um ânsia de prepotência para fazer sentir os outros impotentes, inferiores e dependentes. Talvez se poupem os seus iguais ou os seus superiores (ídolos). As relações narcísicas são especulares ou em espelho, ligadas apenas a um esboço de identidade não muito consistente, genuíno ou consciencializado. Através da identificação projectiva e do ataque há como que uma "cura" das feridas narcísicas pela utilização da sua habilidade e onipotência megalómana. "É como uma criança que sente ter que apresentar uma conta antiga, aberta na infância, e que não foi paga pelos pais, a todos os que encontra na sociedade e com quem pretende ter o direito de ser reembolsado pela conta jamais paga" (M. Mancia, 1990).

Pensamos de forma diferente da de Freud, do que publicou em 1920, que parece ser um momento de pessimismo do seu pensamento. O facto de Freud ter renunciado ao conceito de Ideal do Eu, como se a criança só herdasse dos pais, os aspectos severos, rigorosos, proibitivos e culpabilizantes do Super-Eu, e não herdasse aspectos afectivos com um carácter positivo, como os gratificantes, reconfortantes, protectores, tolerantes e permissivos dos pais. Também Klein, com os aspectos destrutivos e as fantasias de ataque contra os pais que resultam numa culpa e angústia persecutória, produzidas por um

Super-Eu precoce, tinha uma visão ontogénica bastante pessimista, dominada praticamente pela pulsão de morte. Todavia, mais tarde, Klein parece mais optimista relativamente ao Super-Eu tardio, que se transforma na fase genital e que dará lugar a uma culpa e castração não persecutórias mas depressivas e de cuja elaboração dependerá o bom desenvolvimento da personalidade. A angústia depressiva permitirá à criança tolerar a falta do objecto e a possibilidade de o representar. “Completar-se-à o processo de simbolização e desenvolver-se-à a linguagem, que permitirá à criança entrar no mundo dos adultos e da comunicação verbal. A perda do objecto levará a criança a introjectá-lo e a colocá-lo dentro de si. Fará parte de um Super-Eu tardio que divergirá do Super-Eu precoce, porque mais perto da realidade e mais tolerante, maduro e protector” (M. Mancia, 1990).

Pensamos que os pacientes psicossomáticos encontram-se sempre num processo de impotência, desespero e não num processo maníaco-narcísico, da posição esquizoparanóide, só se for muito raramente. Permanecem numa depressão à priori, antes do quarto mês, com predomínio de um Super-Eu tirânico, que não se defendem mediante o recurso a defesas maníacas. Persistem num estado de masoquismo, mantendo-se no sofrimento, apesar de disso não se aperceberem. Apresentam falhas narcísicas fundamentais com graves feridas narcísicas por cicatrizar e sarar, permanecendo numa depressão camuflada, sem acederem à sua resolução, que só é possível pelo tratamento psicológico. Isto faz-nos pensar que a visão inicial de Klein, apesar de pessimista, faz sentido pensando na psicossomática em que os indivíduos são dominados por um Super-Eu arcaico, primitivo, sádico e terrificante, com consequências devastadoras e visíveis. Neles não se verifica a introjecção de bons objectos internos, tolerantes, protectores, maduros e, mesmo ideais, segundo Mancia (1990) e Meltzer (1980, 1989 e 1990).

5.4 - Conceitos chave da relação entre o corpo e o mundo em alguns autores.

Quando não há diferenciação nas fronteiras representacionais entre o mundo interno e externo, o que é comum nos psicóticos, pode emergir um estado de pânico e uma crise ansiosa com uma identificação projectiva maciça e/ou patogénica ou patológica que é também comum nos psicossomáticos (pensamos nós), com um carácter traumático que pode desencadear agitação e entorpecimento, oscilando entre a apatia, a normopatia e a confusão. A identificação secundária é provavelmente o significado mais comum do termo identificação. Durante este processo a fronteira representacional entre *self* e objecto não se perde mas o sujeito corporifica na representação do *self* atributos do objecto, reais ou fantasiados. Neste sentido, o termo pode ser considerado como veículo para o chamado narcisismo secundário, no qual a admiração, o amor e a estima pelo objecto são transferidos para o nosso próprio *self*. No uso *kleiniano*, esta é a “identificação projectiva”. Klein unificando afecto e representação, influenciou os trabalhos de Winnicott e de Bion. Bion introduz o conceito de continente e de *rêverie* com uma função idêntica à da identificação projectiva de M. Klein. Bion (1991) refere que a mãe com a sua capacidade de *rêverie*, transforma os afectos desagradáveis, em particular a angústia, vinculados ao “seio mau” e proporciona alívio ao bebé que então reintrojecta a experiência emocional mitigada e modificada. A metáfora continente-conteúdo baseia-se na imagem do bebé a expelir (*split off*) conteúdo destrutivo para dentro da mãe, que lhe aceita a projecção, contém-a e modifica-a de modo que a sua destrutividade seja até certo ponto neutralizada, permitindo assim a reintrojecção por parte do bebé. Mais recentemente, Bion (1963) fala no primado do corpo e postula que a criança no início da sua existência não tem pensamento mas unicamente “provas corporais impensadas” que a mãe deve tornar inteligíveis, dando-lhes sentido, para que a criança interiorize progressivamente esta actividade relacional e seja capaz de pensar os seus pensamentos, ligando os elementos psíquicos entre si.

Os conhecimentos do corpo *freudiano* desenvolvem-se numa dupla direcção:

- O corpo-prazer com Groddeck (1923) e Reich (1927); “De facto, ser cuidado, tranquilizado pelo contacto cutâneo, erotizado nas diferentes partes do corpo da criança, ajuda a edificar uma imagem do corpo e um Eu corporal, alimenta os investimentos da libido narcísica e, simultaneamente, favorece o desenvolvimento de amor objectal, cimentando as ligações entre a criança e a mãe” (Freud, 1914).

- O corpo-devorador dominado por fantasmas agressivos, que subentendem o modelo conceptual de Klein, (1967, 1975).

Numa outra perspectiva Spitz (1958) explica a elaboração da relação objectal por um processo de integração de experiências parcelares sucessivas, segundo três organizadores: o Sorriso Social, aos dois meses que faz referência à expressão corporal que se exprime igualmente na Angústia do Oitavo Mês e na aquisição do Não, a partir dos doze meses. Spitz ao teorizar os seus organizadores, verificou que as crianças com eczema pareciam não ter o que definiu como angústia do oitavo mês ou angústia do estranho: é uma fase em que a criança, tendo aos três meses integrado o rosto da mãe, desencadeia uma angústia face a um rosto estranho, tratando-se, para Spitz, de uma angústia de perda e de abandono, dado que não reconhece no outro a imagem amada da mãe.

Sapir (1980) na sequência de Balint fala no corpo real, imaginário e simbólico, integrando-se no discurso e nos actos do paciente, na sua relação com ele e com os outros. Ou seja, em cada etapa evolutiva, existem transformações da organização da representação de si. Para Lacan (1949, 1978), a fase da constituição do ser humano situa-se entre os seis e os dezoito meses; a criança ainda num estado de impotência e de descoordenação motora, antecipa imaginariamente a apreensão e o domínio da sua unidade corporal. Esta

unificação imaginária opera-se por identificação com a sua própria imagem especular - a experiência do espelho desenvolvida por Lacan - que a criança percebe como uma forma (*Gestalt*), em que antecipa e daí o seu júbilo. Para Lacan esta experiência primordial está na base do carácter imaginário do Ego, constituindo a sua matriz ou esboço. Quando a criança atinge o “estado do espelho” adquire para si, o seu próprio rosto, que começa a identificar como o seu, diferenciado do da mãe. Também Lacan distingue o real, o simbólico e o imaginário. Winnicott (1978) retoma esta experiência especular; insiste sobre o rosto da mãe como espelho. Ele não reflecte unicamente seus próprios sentimentos, mas o que ele percebe nos afectos do seu filho. O rosto da mãe reflecte no bebé o seu próprio Eu. No narcisismo primário, a criança não tem diferenciação entre o corpo e o mundo. Pelas intervenções exteriores, cuidados e contactos de *maternage* e de manipulação do “*holding*” e do “*handling*”, através de uma “mãe suficientemente boa” (Winnicott, 1978), a criança vai diferenciando o corpo do mundo, que se elabora logo, que se instauram relações de objecto do narcisismo secundário. Winnicott fala do desenvolvimento afectivo da criança, no qual o papel fundamental é desempenhado pelos afectos da mãe e pelas suas capacidades de compreender e tolerar os afectos do filho, conseguindo fazer com que estes sejam integrados pelo *self* do filho. A concepção da passagem da dependência absoluta à dependência relativa de Winnicott (1971) marca o acesso às relações objectais e mais tardiamente à aparição da noção dos objectos transaccionais. O seio e o objecto transitivo, ambos formados em ausência do objecto, têm o objectivo de restaurar em fantasia, a fusão perdida com a mãe. Winnicott vê também a criatividade em função da capacidade da criança para organizar o seu próprio espaço interno. No seu pensamento, o objecto transitivo constitui uma área intermédia de ilusão, protótipo da ilusão presente em qualquer fruição estética. Para Winnicott as “mães suficientemente boas” são as que sabem adaptar-se às necessidades dos bebés à medida do seu desenvolvimento, que sonham sem esforço e que dão espaço para que as crianças vivam mini-crisis, a fim de criar o espaço da ilusão, da criatividade e de novas representações. A imagem do

corpo depende da integração no decurso do tempo da “prova sensório-motora e da evolução ontogénica das pulsões libidinais e agressivas” (Schilder, 1935).

5.5 - Os Limites do Eu, a capacidade de simbolização e a noção de traumatismo.

As respostas dos indivíduos às situações adversas do dia-a-dia, vão depender do limiar de tolerância do Eu às frustrações. Quando passa esse limiar individual, relativo a cada situação, assume uma dimensão traumática que se associa a um excesso de excitação que impede a capacidade de separar e ao mesmo tempo de ligar os elementos que se mantêm separados, o que funda o trabalho de simbolização. A questão dos limites do Eu, liga-se à emergência das capacidades de simbolização do psiquismo ou do exercício das significações, ligado a processos de criação, transformação, elaboração, análise e síntese. “O conceito de limite solicita as metáforas espaciais e temporais na medida onde o limite por definição é um traço de demarcação e de abertura no campo de exploração” (C. Athanassiou, M. Gibeault, 1992). O pensamento de Freud desde os seus primeiros escritos é habitado pelo conceito de limite, pela introdução do pré-consciente e do Eu e Freud está ligado de uma vez por todas a uma nova forma de pensar científica, não mítica e/ou religiosa. Quais serão os limites da representação nos sujeitos que se vêem confrontados com a “irrepresentabilidade”, ou que têm representações mas que não acedem à actividade simbólica ou representativa? É de referir como traço psicológico dominante, nos casos psicossomáticos, uma susceptibilidade narcísica, substitutiva de uma maleabilidade de pensamento, muito dependente do factual externo e ligada aos limites frágeis do Eu, com recalçamento do imaginário. A sugestionabilidade narcísica está intimamente ligada com o aparecimento e agravamento dos sintomas, em relação a estímulos *stressantes*, podendo desencadear desde “curas” milagrosas, com desaparecimento dos estímulos frustrantes, até ao desencadear de doenças somáticas graves e

incapacitantes, tais como: asma, lupus, cancro, epilepsia e outras. Esta situação está relacionada com a problemática dos limites do Eu (frágeis), da ingerência de todo o tipo de estímulos, “bons” e “maus” que tornam o indivíduo sugestível e muito dependente das situações.

“As representações comportam diferentes níveis de maturidade; por consequência a irrepresentabilidade comporta graus, é relativa. Isto explica a esperança que nós conservamos na cura dos estados-limites ou em certas formas de psicoses, perversões ou problemas psicossomáticos” (François Duparc, 1992). “Trauma e traumatismo são termos há muito utilizados em medicina e cirurgia (...) que se traduz em consequências no conjunto do organismo de uma lesão resultante de uma violência externa (...). A psicanálise retomou estes termos, transpondo para o plano psíquico, as três significações que nele estavam implicadas: a de um choque violento, a de uma efracção e de consequências sobre o conjunto do organismo” (Laplanche e Pontalis, 1958). Jaap Ubbels (1995) define o trauma como “o ultrapassar do limiar de excitação, por isso, realidade impensável, para a qual não existe metáfora ...”. Quando as agitações persistem em intensidade e quantidades excessivas, os sistemas funcionais desorganizam-se e há uma anarquização funcional. Para Freud afecto e representação são os dois modos da mesma representação. A representação é o que permite melhor controlar os afectos, (mediados pelo préconsciente) senão há uma subrepresentação, em que falta sempre a palavra justa para explicar os afectos. A força dos afectos leva ao desfasamento entre afectos e representação e há uma irrepresentabilidade em que não há palavras para explicar. Há uma *décalage*, clivagem, ou descontinuidade entre afecto e representação no funcionamento psicológico. Isto equivale a dizer que os afectos não podem ser reconhecidos enquanto tal, mas apenas quando são representados, isto é, no plano consciente. Contudo, Melanie Klein introduz um paradigma de funcionamento psíquico propondo em oposição ao modelo clássico de Freud, energético-económico da primeira tópica uma teoria unificadora através da “fantasia inconsciente”, pelo que afecto e representação

estão presentes no que o paciente comunica verbal e não verbalmente (Isaacs, 1948). Este paradigma reconduz os afectos ao domínio do inconsciente por oposição a Freud. Fala nos conceitos de fantasia inconsciente e no de memória afectiva (*memories in feeling*) (M. Klein, 1946-1963). Alain Fine (1995) fala no operatório como negativo da realidade psíquica. “A operatividade e a depressão essencial põem o acento sobre a regra do factual, pondo a hipótese de um contra-investimento da realidade psicológica e fala no limite do psíquico (...). O super investimento do factual opera assim como verdadeiro trabalho do negativo, negando a actualização dos elementos da realidade psíquica”. Para Bernard Lemaigre (1995) a “realidade psíquica é a essência da psicanálise e liga-se estreitamente às noções de representação e de afecto”. François Duparc (1995) fala “(...) não numa realidade psíquica, mas em realidades que o aparelho psíquico deve integrar e construir um equilíbrio relativo e um todo instável mais ou menos coerente: a realidade. Esta construção pode ser dificultada por traumatismos evidentes (...) ou por microtraumatismos acumulados (...)”. Sobre a “Doença Somática e Realidade Psíquica: Algumas Reflexões”, Anne Marie Merle-Béral (1996) refere que “o anúncio da doença somática constitui um traumatismo que exige um rearranjo da realidade psíquica do paciente. A invasão, irrupção da temporalidade e a derrocada da onnipotência infantil, arrastam um problema de identidade e submetem o Eu ao risco da melancolia, da denegação e da projecção patológica. A intervenção do psicoterapeuta pode permitir um melhor rearranjo a partir do luto de si ”.

A irrepresentabilidade liga-se ao arcaísmo pré-verbal, implicando zonas de não representação; liga-se a um estado de dependência absoluta, que evoca o primeiro desejo pelo primeiro objecto - seio materno. Evoca também um medo de castração, ligada à angústia de morte que se encontra entre os fantasmas originais, suscitando um estado de irrepresentabilidade. A morte real ou imaginária reactualiza todas as angústias de separação infantil. Perante uma situação traumática, que desencadeia um afluxo incontrolável de excitações,

demasiadamente múltiplas e intensas, não há qualquer possibilidade de pensar, entrando-se num estado de choque ou de pânico, com respostas automáticas orgânicas, sem mediação do aparelho mental. O ultrapassar das possibilidades de adaptação corresponde em psicossomática, à noção de traumatismo e conduz a desorganizações progressivas com doenças evolutivas por desequilíbrio da homeostase psicoafectiva. A manutenção das somatizações depende teoricamente da duração e da intensidade da depressão essencial. O fim desta depressão decorre, na maioria das vezes, de uma psicoterapia convenientemente conduzida.

5.6 - A actividade onírica, comprometida nos pacientes psicossomáticos.

O sonho que oferece todo um caminho de representações, nos psicossomáticos “é deserto em proveito de uma acção que visa mais a descarga de tensões interiores que a modificação reflectida no mundo exterior” (Michele Robert, 1991). “O sonho, sob a forma de pesadelo, com tonalidade desagradável e de carácter auto-punitivo aponta para um impasse” (Jacques Gorot, 1991) e é ainda, segundo este autor, um processo de projecção onde o corpo é considerado como um esquema de representação”. Sonho e equivalentes do sonho são uma primeira etapa da reabilitação do imaginário. Sami-Ali (1990), autor de situação de impasse e do recalcamto do imaginário na psicossomática, refere que a recuperação do imaginário é um dado fundamental do processo de cura. “O processo de somatização toma o lugar da situação de impasse (...) a regra da terapia consiste em restabelecer uma continuidade entre o imaginário e o sujeito por intermédio da relação transferencial” (Sylvie Cady, 1991). Sair de uma situação de impasse é a possibilidade de sonhar seus sintomas. Até mesmo de “sonhar sua psicose: sonhos de fragmentação do corpo, que se destrói ou corpo do bebé que se constrói” (Gabriel Froli, 1991).

Há um fracasso da sua resolução onírica e há um corpo que parece não existir.

Por outro lado, a necessidade de estímulos sensoriais fazem-nos arriscar em situações hostis do meio exterior. Por exemplo, a paciente já referida dizia que o que mais desejava era ter o seu cabelo e, que depois de muitos esforços já o tinha mas a dada altura, mas referiu que: “Por uma festa, uma carícia, por um desejo tão grande de ser tocada até arriscava a perda do cabelo se mo puxassem...”. Os psicossomáticos têm uma incapacidade de sonhar, pensar, ou têm sonhos repetitivos/crus. O funcionamento onírico oscila constantemente entre o corpo real e o corpo imaginário. O sonho com o seu dinamismo e investimento afectivo permite que o corpo se comece a abrir a um espaço impregnado de imaginário.

O crescimento mental não tem só a ver com a memória do passado mas também com a do futuro, havendo uma antecipação do futuro. Tal como se revela nos sonhos, o tempo é intemporal, ou não há tempo, nomeadamente, através dos mecanismos de condensação e de deslocamento. O tempo é uma potência e uma possibilidade de abstração. Segundo Laplanche e Pontalis (1958) a condensação é uma característica do pensamento inconsciente. Aparece no sonho e tem um efeito de censura, por isso complica a leitura do relato manifesto. Trata-se de uma representação única que representa por si várias cadeias associativas. A condensação opera no sintoma e nela um objecto pode ter mais do que um significado. O deslocamento, de um objecto para outro equivalente, existe quando o interesse e a intensidade de uma representação é susceptível de se soltar dela para passar a outras representações originariamente pouco intensas, ligadas à primeira por uma cadeia associativa. Esse fenómeno particular, visível na análise dos sonhos, encontra-se na formação dos sintomas psiconeuróticos e, de um modo geral em todas as formações do inconsciente. Segundo Sami-Ali (1990), “o imaginário é um conceito simultaneamente psicológico e biológico (...), é o sonho e seus equivalentes do sonho na vida de vigília. O sonho é um processo biológico onde prima o imaginário antes da emergência do real (...). O imaginário é sinónimo de projecção. Variantes da actividade onírica: a ilusão, a crença, o

jogo, o comportamento mágico, o transfert, o delírio”. O início deste século (1900) coincide com a interpretação dos sonhos de Freud, com a análise do seu poder afectivo das imagens e das palavras. Continuidade e ruptura são dois termos antónimos que melhor caracterizam a relação entre psicanálise e psicossomática. Sami-Ali fala em eixos de funcionamento que são determinados por dois conceitos de base: a função do imaginário e o recalcamto da função do imaginário. O recalcamto da função do imaginário é diferente de Freud, não só ao nível do afecto e representação, mas que inclui o orgânico. Sami-Ali (1990) diz, como Freud, que toda a psicopatologia se desenvolve em três tempos ou três eixos: o recalcamto, o fracasso do recalcamto e o retorno do recalcado.

1 - O fracasso do recalcamto, instaura-se numa continuidade com o imaginário. Na somatização (histérica) tem relação com o corpo imaginário e os sintomas são uma expressão do sujeito, em que o indivíduo fala com o corpo e defende-se com o corpo. Na histeria (de conversão) há um investimento narcísico do próprio corpo. O corpo tem um poder expressivo para significar o recalcado.

2 - Quando o recalcamto se mantém - questão posta por Freud mas sem resposta, há um desinvestimento. As regras adaptativas vêm implicar um sujeito sem subjectividade - patologia da adaptação. Funcionamento paradoxal porque os sonhos existem objectivamente como o atestam os estudos electroencefalográficos, mas não existem subjectivamente.

3 - Maior patologia, com o êxito do recalcamto.

5.7 - Que sintomas? Como e porquê determinados sintomas?

Dado que a violência exterior é percebida de modo diferente pelos

diferentes indivíduos, dependendo da sua própria estrutura, podendo a mesma situação provocar desde efeitos patogénicos duradouros na organização psicossomática de uns sujeitos e não provocar quaisquer efeitos patogénicos noutros indivíduos. Determinados acontecimentos da vida, podem ultrapassar as capacidades adaptativas habituais do sujeito e induzem uma mudança desejada ou não, que o indivíduo arranja. A sua capacidade de fazer face a estas situações é facilitada pelo sentimento de estima de si e de sua imagem, ligada ao narcisismo (Ferrerri, 1981). O aparecimento de um sintoma x, y ou z será devido, pensamos, a aspectos temperamentais (ligados à constituição biológica inata) herdados que levam a respostas automáticas, adaptativas tal como na etologia mas não são, por si, precipitantes de um sintoma ou doença, uma vez que ao longo da vida se aprendem novas formas de estar e de se situar; tal diz respeito, essencialmente, ao ser humano, com a sua complexidade, possível pelo processo de aprendizagem, directamente proporcional, à sua dependência absoluta nos primeiros tempos de vida. Contudo, se houverem fragilidades biológicas (genótipo) e tais fragilidades forem reforçadas ou sobrecarregadas a nível ambiental, pode haver falência do sistema defensivo e o indivíduo adoecer. Assim, as formas de adoecer estão ligadas à própria estrutura de cada indivíduo e às suas condições neurobiológicas (geno e fenotípicas). Deve ter-se em conta a componente genética na organização do temperamento individual e na definição de modalidades comportamentais e relacionais específicas de cada indivíduo, não ficando cingidos só à componente psicológica, sociológica ou biológica. A base orgânica não deixa de ser fundamental, mas o papel das fantasias e a reconstrução que os sujeitos fazem perante as situações, não deixa de ser crucial e bastante marcante. Assim, algo pode ser traumático que não o acontecimento em si, mas a interiorização feita pelo paciente. Fala-se então, na significação da experiência, nas memórias imaginárias e constructos inventados posteriormente pelos sujeitos. Freud ilustre pensador e criador descreve este processo de “posterioridade”, por volta de 1895, no seu inacabado Projecto. Deste modo, na infância pode haver um rasto residual de

um acontecimento que permanecia na mente, não constituía trauma e não tinha efeitos patogénicos, mas junto a novos e ulteriores acontecimentos, retroactivamente, pode converter o primeiro em trauma - modelo em espiral da temporalidade.

Binswanger (1935) diferencia numa perspectiva fenomenológica o corpo anatómico e o corpo vivido, tal como Husserl (1930) que é o precursor de uma psicologia do corpo vivido mais do que pelo corpo objecto. O corpo situa-se na fronteira entre o ser e o mundo. Na verdade, “o espaço vivido não coincide muitas vezes com o espaço real. Existe pois um espaço imaginário em que se exprimem os medos e os desejos das pessoas, num espaço simbólico no qual os locais, os lugares têm uma significação e um valor com relação ao grupo” (Gilles Amado e André Guittet, 1978). Tal vivência, depende da personalidade das pessoas. Por exemplo, uma pessoa ansiosa e inibida tentará manter uma distância maior com os seus interlocutores, materializando suas defesas por um recuo físico na comunicação. O imaginário liga-se à fantasia, às imagens, às projecções, à mobilização do *self* e à capacidade de simbolização que se liga à criatividade.

5.8 - O valor do sintoma e sua expressão narcísica.

Lefevre e Coll refere que “a dermatologia é o domínio privilegiado do narcisismo” (R. Aron-Brunetière, 1983). Os sintomas cutâneos têm cristalizado toda a dinâmica psicopatológica e, através deles, os pacientes encontram algum equilíbrio. Os sintomas cumprem assim, uma função homeostática, somatopsíquica, uma função (re)narcisante (com lucros secundários) e adaptativa ao meio, sendo o seu pensamento projectado/evacuado no corpo em vez de ser no exterior. Isto acontece mais ao nível neurótico mas, também, no caso dos pacientes psicossomáticos. As manifestações psicossomáticas aparecem como uma forma de resolver os

conflitos ou a angústia por uma descarga no orgânico que, desse modo, deixa de ser pensada e mentalizada. Esta ausência de conflitos leva a uma aparente “cura” - “cura” sintomática que é conseguida à custa de um peso somático, com sequelas, por vezes, intensas e devastadoras. Os sintomas correspondem apesar de tudo a um hábito de funcionamento, a uma posição “cómoda” e “equilibrante”. Desse modo, não pode ser atacado, mas também não pode ser alimentado, porque reforça os sentimentos de incapacidade impeditivos do acto de pensar, ou seja, lidar só com os sintomas é ficar enredado neles e claudicar as pessoas, pois leva à cronicidade e ao instalar da(s) incapacidade(s).

Os pacientes não têm consciência do estatuto de “doente” a que parecem aspirar, como se de um paraíso se tratasse. Só depois, se dão conta que caíram no lodo e têm muita dificuldade em inverter o processo, de reinvidicação e de confronto das situações. Nos psicossomáticos há a perda da capacidade de antecipação, de esperança e de imaginar uma possibilidade de sair do seu mal-estar e mau funcionamento corporal, havendo a habituação a um mal-estar crónico, em que os sintomas são uma tentativa de aplacar uma dificuldade. Neste sentido, os sintomas não são entendidos como doença, mas como uma forma de o indivíduo falar de si - “positividade do sintoma”, segundo Freud. O que os pacientes antecipam, a nível imaginário, nas doenças graves, são fantasias perigosas, ligadas a recidivas e à incapacitação da doença.

Dado existirem etapas de desenvolvimento ao longo da vida, há sintomas (entendidos como exacerbações do que é comum) próprios de cada nível de desenvolvimento e devem ser contextualizados nessa perspectiva dinâmica, a fim de se entenderem como algo de transitório e mesmo necessário ao desenvolvimento. Pelo contrário, fazer uma leitura dos sintomas com um carácter rígido e imutável é, não só pejorativo como iatrogénio. Para Freud não havia uma condenação biológica, mas um sintoma que se inscrevia na história do sujeito. A historicidade do sujeito, foi um dos seus grandes méritos e

originalidades, bem como a abolição das fronteiras entre o normal e o patológico e ter sido o primeiro pensador a falar em fases do desenvolvimento infantil, devendo as crianças ser tratadas de acordo com a sua idade, *versus* a tese de que a criança é um Homem em miniatura, por grande influência do filósofo e escritor francês J. J. Rousseau, do século XVIII.

6 - REFLEXÕES ACERCA DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA, NOS CASOS PSICOSSOMÁTICOS

6.1 - Importância da intervenção psicoterapêutica.

Importa favorecer a constituição progressiva de um aparelho psíquico sólido durante o período alicerçante (diremos na infância) e crucial (diremos na adolescência) do desenvolvimento que proteja o corpo contra as vicissitudes da vida. Exemplo, otites repetidas que levam a ausências à escola; poderá ser o caso de crianças que têm dificuldade em exprimir o que sentem, mas a resposta do meio familiar e também escolar, perante tais sintomas é, várias vezes, decisivo quanto à sua instalação ou agravamento. A intervenção pontual de tais casos por psicólogos escolares ou clínicos, bem formados, devem favorecer tomadas de consciência que contribuem para resoluções favoráveis. A intensidade de emoções e de afectos advindos de conflitos impedem um trabalho de pensamento. A elucidação desses estados afectivos, funciona como uma verdadeira profilaxia mental, que num meio mais fruste, dificilmente se faz. A preocupação em primeiro plano nesta etapa, é pôr em palavras o que se sente. A linguagem deve ser investida como uma função de comunicação e de pensamento. Estas atitudes são fundamentais no período da puberdade, via de acesso ao mundo dos adultos, em que há precaridade actual do desenvolvimento psicológico, da qualidade dos investimentos objectais e dos mecanismos de defesa na luta contra a angústia. É muito importante, nesta altura, um reforço narcísico de cuidados favoráveis dos pais de lhes fazer sentir que podem ter êxito e triunfar efectivamente, sob pena de se instalarem verdadeiras feridas narcísicas que funcionam como um *handicap*. No período da puberdade na luta anti-depressiva, o indivíduo pode não tolerar uma certa quantidade de angústia depressiva e pode incorrer em actividades de bando que “suscitam condutas eventualmente delituosas, hiper-investimento de um objecto, por exemplo, mota, sobretudo quando as aspirações das realizações

sociais são valorizadas, quando os estudos suscitam uma intensa decepção” (R. Debray, 1986). “É este modelo que favorece os melhores arranjos defensivos mentais que ajudam ulteriormente a manter a saúde. É importante desenvolver nas crianças uma melhor tolerância à angústia intrapsíquica e a capacidade de suportar, de tratar os conflitos interpessoais e intrapsíquicos, de favorecer o equilíbrio psicossomático e os tornar mais resistentes” (R. Debray, 1983, 1991).

Marty (1980) diferencia:

- As neuroses de carácter bem mentalizadas;
- As neuroses de carácter com mentalização incerta;
- As neuroses de carácter mal mentalizadas e as neuroses de comportamento.

O aparecimento de uma doença somática grave aparece várias vezes em fases cruciais da vida dos pacientes, ligada a *life events*. Por exemplo, morte de alguém, perda de investimento objectal de tipo pré-genital. Os doentes dotados de uma tal estrutura caracterial apresentam um défice de introjecção pulsional e de interiorização objectal. São mais frágeis que os outros em casos de perda objectal e têm dificuldade em fazer o trabalho de luto.

6.2 - Identificação projectiva, contra-identificação projectiva, identificação complementar e identificação concordante.

As psicoterapias psicossomáticas ou de outros pacientes são instituídas para auxiliar os sujeitos a estabelecer ou restabelecer o melhor funcionamento possível do seu psiquismo. Sendo assim, há semelhanças entre as psicoterapias psicossomáticas e de outras problemáticas e há, particularidades das psicoterapias em geral, que vamos tentar explicitar, não esquecendo a necessidade de flexibilidade a cada caso individual. Na psicoterapia de casos

clínicos estão implicados os conceitos de identificação projectiva, contra-identificação projectiva (Grinberg, 1962) e de identificação complementar (Racker, 1968).

A identificação projectiva implica a separação de partes do *self*, boas e más, e a projecção destas partes nos objectos externos com que se identificam. Quando a identificação projectiva é maciça e violenta, ligada a tudo o que o paciente sofreu no decorrer do seu desenvolvimento emotivo, pode desencadear no terapeuta uma contra-identificação projectiva, como resposta inconsciente que o terapeuta é passivamente levado a dar à excessiva identificação projectiva do paciente. Tal resposta pode ocorrer perante pacientes mais perturbados, como psicóticos, psicossomáticos e *bordelines*. A contra-identificação projectiva resulta de um estado de hipnotização, que o paciente induz no terapeuta com a projecção de partes narcísicas do seu *self*, que paralizam a capacidade de pensar do terapeuta, levam a uma redução da atenção e da vigilância e até, eventualmente, ao aborrecimento do terapeuta. A contra-identificação projectiva é uma resposta que, segundo Grinberg, “é geralmente independente do analista e fortemente dependente da utilização que o paciente faz do analista”. Contudo, C. de Matos (1991) refere que acerca da repetição e contra-identificação projectiva, “nada mais grave e desastroso para o analisado e para o analista que a repetição da relação patológica e patogénica. Em vez da relação promotora do desenvolvimento aberta à novidade e à criatividade como se pretende, é o reforço da inibição/alteração evolutivas que se obtém. Se isso ocorre o analisando sai mais enfermo e o analista mais estúpido (...) usado massivamente pelos enfermos, com distorções precoces da relação primária, mas presente em maior ou menor grau em todos os analisandos ...”. A identificação que o analista mantém com os objectos internos do paciente é a identificação complementar. Nesta, o *contratransfert* é feito de sentimentos confusionais que representam um perigo para a melhoria dos pacientes e o desenvolvimento correcto do processo terapêutico. Nesta identificação complementar o terapeuta pode repetir as suas

experiências e exprimir os seus conflitos não resolvidos. As partes do *self* do terapeuta confundem-se literalmente com as do paciente e torna-se difícil ou impossível a separação necessária para se proceder ao trabalho terapêutico. “Contudo, na prática da análise, as duas respostas têm limites muito mais esfumados e, frequentemente sobrepostos” (Grinberg, 1979). “Na verdade, o analista que se confunde com o paciente e com os seus objectos internos será uma vítima fácil das maciças identificações projectivas do paciente (até mesmo porque não será capaz de as interpretar) e responderá com uma acção do tipo contra-identificatória, uma vez que não consegue alcançar, em virtude da sua confusão, um nível ideal de separação” (M. Mancia, 1990). A identificação projectiva excessiva do paciente corresponde a um estado de indiferenciação e regressão de funções que se liga às primeiras relações de objecto. Corresponde a modalidades defensivas do paciente, que procuram continuamente envolver o terapeuta e produzir nele emoções específicas utilizando a relação, ou então evitar qualquer envolvimento com o terapeuta, de modo a fazê-lo sentir-se inútil e isolado ou, nos casos extremos, agindo durante a sessão (ou mesmo fora dela) com a intenção de fazer o terapeuta sair do seu *setting* que constitui a estrutura base da investigação sobre o paciente. O *setting* é entendido como ordem interna e externa, e o *transfert* dos pacientes sobre o terapeuta tem a “intenção” de o destabilizar. É a expressão de uma operação narcísica frequentemente ligada à inveja da posição do terapeuta, sentida pelo paciente como privilegiada, e à intolerância relativa à dependência e à separação. É nestes casos que pode ocorrer a contra-identificação projectiva entendida como “uma reacção inconsciente que pode envolver qualquer analista, independentemente do seu nível de *insight* e do seu grau de preparação” (M. Mancia, 1990).

A identificação complementar é um conceito que Racker (1968) diferencia do de identificação concordante. A identificação concordante é a identificação do analista com o Id do paciente, do seu Eu com o Eu do paciente, do seu Super-Eu com o Super-Eu do paciente, e pela aceitação, por parte do analista, destas

identificações no seu consciente. Esta identificação concordante pressupõe a identificação e, em simultâneo, uma separação óptima, que será a base da empatia e de uma relação mais capaz de manter e promover o processo analítico. Tal exige uma contínua observação, elaboração e transformação do terapeuta, que implica atenção, paciência, tolerância e controlo sobre as suas próprias emoções.

O terapeuta vai dar estratégias, soluções para o cliente de forma explícita, verbal, interpretativa, mas também implícita e não consciente. Neste aspecto pode aparecer o problema da contra-transferência, e para obviar tal situação, o terapeuta deve ter capacidade de auto-análise e de prestar constante atenção ao seu *contratransfert*, por forma a prevenir ou impedir que a sua resposta se possa tornar numa identificação complementar, já que ela, pode ocorrer em qualquer análise. A capacidade do terapeuta de viver estas experiências afectivas, por vezes, com forte sofrimento e sentimentos de confusão, pode no entanto, tornar-se no ponto fulcral em torno do qual se move todo o processo de *transfert/contratransfert*. Para tal, torna-se fundamental o terapeuta reconhecer os seus aspectos contratransferenciais, elaborá-los e transformá-los, sem os agir, e devolvê-los ao paciente sobre forma de interpretações toleráveis para uma introjecção. M. Mancia (1990) sublinha que “é necessário um extremo cuidado: utilizar o *contratransfert* para compreender o paciente não significa comunicar-lhe os próprios sentimentos tal como se formaram, equivaleria a fazê-los regressar sem terem sido submetidos à elaboração do trabalho analítico. Tornar conscientes estas emoções inconscientes, após um trabalho transformador, será, pois, o verdadeiro trabalho criativo do analista”. O conceito de *contratransfert* surge pela primeira vez num trabalho de Freud de 1910, onde afirma o seguinte: “tomámos conhecimento do *contratransfert* que surge no médico por influência do paciente nos seus sentimentos inconscientes, e não estamos longe de pretender que o médico deva reconhecer em si mesmo este *contratransfert* e dominá-lo”. O *contratransfert* é um instrumento analítico de pesquisa, indispensável, para orientar o inconsciente

do terapeuta, na direcção do inconsciente do paciente e receber o que ele transmite, na interacção cliente/terapeuta. Pode ser, no entanto e como já se referiu, também um instrumento perigoso e perturbador, tornando-se mais importante a análise do *contratransfert* do que do *transfert*. Freud (1937) em “Análise Terminável e Interminável”, fala em “manchas negras”, quando o terapeuta não for capaz de perceber e conhecer o seu inconsciente. Refere ainda neste trabalho, que a atitude ideal na profissão do psicanalista e do psicoterapeuta, poderá ser adquirida através da análise pessoal. Para o terapeuta trabalhar de forma vantajosa para si e para o paciente, deverá perceber este carácter interminável da sua análise, procurando estar constantemente atento aos seus sentimentos contratransferenciais a fim de os elaborar e utilizar na relação. Neste aspecto, em certa medida, somos todos psicossomáticos e, pegando no conceito de alexitimia há momentos, em que todos nós, não percebemos as nossas emoções. A ideia da análise pessoal ser interminável e constante, sobretudo para nós, que como psicólogos temos a obrigação disso, subscrevemos rigorosamente. Annie Reich (1951) retoma as ideias de Freud: “o instrumento da compreensão é constituído pelo inconsciente do analista”. Explica que isso se torna possível graças a um processo de identificação com o paciente que, no entanto, deve ser breve. Na mesma vertente de raciocínio de Reich, Margaret Little (1951) sublinha a necessidade do analista de uma identificação introjectiva com o paciente, como base da empatia, mas também de afastamento em relação a ele para poder proceder ao trabalho analítico.

Entendemos a contratransferência como todos os sentimentos experimentados pelo analista em relação ao paciente, que inclui os elementos ligados à realidade, em que o analista funciona mais como objecto do Eu do que do Id. Não entendemos a contratransferência apenas como a resposta do analista ao *transfert* do paciente que é um conceito mais da psicanálise clássica, que nos parece um tanto reducionista, não adequado à maioria dos pacientes, inclusivé, dos psicossomáticos.

6.3 - A ilusão da neutralidade, a importância da relação terapêutica intersubjectiva e da transferência positiva.

O conceito de identificação projectiva de M. Klein, introduzido em 1946, é um conceito que nem sempre é fácil de definir, mas sem o qual não é possível trabalhar em psicoterapia analítica. Este conceito encontra equivalência no *transfert* e no *contratransfert*. Pensamos que a psicoterapia é um trabalho a dois. O terapeuta está no *setting* terapêutico (espaço de comunicação, relação e elaboração) como pessoa, real, como um sujeito, e por isso, como um observador participante. A ideia da neutralidade do terapeuta, tantas vezes falada, deixa de ter sentido neste contexto. Faz sentido na noção de contratransferência mais restrita e ortodoxa, em que o paciente iria repetir relações anteriores (transferência de repetição) que iriam ser interpretadas. A transferência de repetição será para dissolver e não alimentar. O que importa é criar-se uma situação afectiva entre paciente e terapeuta para que aconteçam processos de sintonização afectiva, importante para o processo evolutivo do paciente. Isto é, que haja uma boa relação e uma transferência positiva em que o paciente aprenda a dar respostas diferentes a situações antigas e respostas novas a situações actuais, estruturando dessa forma, o narcisismo do paciente que se vai libertando da raiva, culpa e medo. Uma boa terapia é sempre pedagógica e uma boa pedagogia é sempre terapêutica. “Não existe, portanto, *contratransfert* que não seja activamente induzido pelos processos inconscientes do paciente que caracterizam o *transfert*” (Segal, 1977). As intervenções psicoterápicas consistem em accionar, ampliar e a enriquecer o funcionamento mental, o modo “do ver” e “do lidar” com as situações. A relação estabelecida deve então ser “salutogénia” e criativa; não só conhecer o paciente mas trabalhar um projecto. O que conta não é conhecer coisas do passado (anamnese), mas a importância da relação terapêutica estabelecida, a fim de poder trabalhar essa informação que vai ocorrendo. O passado é importante para recordar, dar uma continuidade à identidade mas é trabalhado, a partir do “aqui e agora” da relação terapêutica. Ou seja, a consciência do

tempo é do presente para o passado e não contrário ou, por outras palavras, todo o tempo é presente.

Como cita C. de Almeida em 1986, “E. L. Cortesão, em 1981 afirmava (...) não há dúvida de que a Teoria das Relações de Objecto (T.R.O.), constitui uma complementação da teoria metapsicológica e não deve a meu ver (e nisso tenho insistido), ser considerada como antagónica à formulação metapsicológica”. C. de Almeida também afirma que Freud foi um verdadeiro criador e “Inclusivamente, foram as próprias contradições contidas nas suas conceptualizações que o levaram a reformulá-las ao longo da vida, e que lhe permitiram, até, esboçar os fundamentos dos desenvolvimentos posteriormente levados a cabo pelos seus continuadores. O melhor exemplo disto mesmo é a própria T.R.O. que apenas pode nascer porque já existia a metapsicologia”. Também R. Baker (1993) refere que “Muitos autores (Alexander, 1950; Balint, 1968; Ferenczi, 1928; Kohut, 1971, 1977; Winnicott, 1965) enfatizam a importância dos elementos não interpretativos que sustentam o processo psicanalítico; também Freud, numa carta a Jung, de 1906, afirma «Essencialmente, diria que a cura se efectua por amor»”. Para Baker, Balint e Winnicott os elementos não-interpretativos abarcavam o enquadramento, o espaço, a neutralidade benevolente, o silêncio, a tolerância, a confiabilidade, a empatia, a consistência, a estipulação de limites que protegem o quadro analítico e a regressão, entre outros, que evitam a interpretação prematura e as intrusões.

Segundo J. Bergeret e W. Reid (1991), “A psicanálise oferece uma alternativa fundamental, satisfação do desejo ou trabalho de luto (...) Actualmente insistimos mais sobre a primeira temática enquanto que o luto se torna um acessório esquecido no pensamento psicanalítico”. Ou seja, a psicoterapia, passa pela realização dos ideais narcísicos e, de algum modo, pela reparação dos seus défices narcísicos, mas também pelo trabalho de luto, facilitado pela boa relação que estabelece com o terapeuta. Há como que um desprendimento

ou distância em relação a situações de conflito interior e/ou exterior e a aquisição de novas ou antigas situações recriadas e introjectadas, com possibilidade de estados mais harmónicos, que se traduzem em alguma serenidade mas também em algum sofrimento e frustração que evoca a realidade em si, *versus* ilusão (desejo inconsciente). Esta capacidade ou competência de saber separar o que interessa e não interessa é crucial e reveladora de capacidade de auto-análise. A introjecção liga-se a mecanismos de incorporação, internalização, identificação ao próprio terapeuta, sem que com isto se lhe atribuam funções de onnipotência, mas com uma função continente imprescindível essencial à (re)constituição de uma identidade e de uma individualidade. Nesta perspectiva mais dinâmica, as melhoras dos pacientes não são propriamente a redução dos seus sintomas mas o desenvolvimento da sua capacidade para aprender a lidar com eles, uma vez que na vida há sempre problemas, “(...) a cura será a aprendizagem da desilusão (...)” (J. Bergeret e W. Reid, 1991). Desilusão ligada à perda da onnipotência e a uma compreensão mais realista, sem perda da possibilidade de sonhar ou de nos deixarmos cair no prosaísmo, misturando sem anarquizar fantasia com realidade, conseguindo deste modo, dar algum colorido à nossa vivência, perante a nossa impotência fundamental, que apesar de relativa, não deixa de haver um incompletude do ser.

Para Gilbert Diatkine (1992): “A ilusão da neutralidade põe-se mais na psicossomática. Tal como Freud, em princípio como na prática, esforçou-se sempre por ligar as questões éticas às questões técnicas, daí o cuidado da neutralidade, mas as novas técnicas analíticas obrigam a um menor controlo da sua contratransferência. Isto é, a indicações mais precisas, com o terapeuta mais activo ou interventivo”. Também Sandler (1989) refere: “a identificação projectiva forneceu uma dimensão adicional ao que entendemos por transferência, por esta não necessitar mais ser agora considerada simplesmente como repetição do passado, mas poder ser também um reflexo de fantasias a respeito da relação com o analista, criada no presente pela identificação

projectiva e mecanismos que lhe são aliados. Também Paula Heimann (1950), bastante *kleiniana*, reforça que “a contratransferência do analista é um instrumento de pesquisa do inconsciente do paciente” e Racker (1968): “A identificação do analista com o objecto, com o qual o paciente o identifica é, repito eu, o processo contratransferencial normal”. Tal como Heimann e Racker, Grinberg (1957, 1958, 1962) pensa que a reacção contratransferencial poderia então constituir uma fonte possível de informações, para o analista, a respeito do que estava correndo no paciente. Estas ideias encontram expressão explícita e ampliação, no conceito de “continente” e de “*rêverie*” do terapeuta, criado por Bion (1963, 1991). Os movimentos transferenciais e contratransferenciais da relação terapêutica com os pacientes psicossomáticos inscrevem-se acima de tudo numa verdadeira relação pessoal, mais do que numa decifração dos sintomas. “Isso requer um trabalho lento e cuidadoso, no qual a intuição e os afectos do analista serão melhor bússola do que a sua inteligente capacidade interpretativa o que requer uma mudança na atitude habitual, neutra e passiva” (Júlio de Mello, 1984). Partindo do princípio que quanto mais funcionam os mecanismos somáticos, menos funcionam os mentais, a técnica da associação livre, muitas vezes, não resulta com este tipo de pacientes, uma vez que a sua capacidade associativa é deficitária. A relação clínica estabelecida é no sentido de uma atitude empática, confiável e activa, por exemplo, colocando questões, clarificando, utilizando a técnica de exploração, auto-revelação, reestruturação cognitiva, entre outras técnicas de entrevista de que fala Robert J. Craig (1991).

A atitude activa do terapeuta deverá ser equilibrada, com tacto, porque pode ser sentida como invasiva, ameaçadora e precoce para a capacidade de mudança destes pacientes. Contudo, se o terapeuta for passivo ou neutro, o paciente pode sentir isso como um distanciamento do terapeuta, não se reassegurando narcisicamente. Atitudes demasiadamente neutras, frustrantes ou intrusivas podem fazer com que o paciente não volte mais. É importante saber quem envia o paciente, quem o faz chegar até nós, quer em instituições,

quer em consultório particular. A terapia começa com o pedido da consulta. A motivação pode estar mais vincada quando a iniciativa é do próprio indivíduo, mas o paciente pode desistir pelas razões acima mencionadas. No caso de os pacientes serem crianças, parece-nos fundamental e decisivo para a eficácia ou não neste tipo de patologias, que a mãe (ou pais) sejam acompanhados, paralelamente por outro técnico, em terapia. Constata-se que muitas das mães de crianças com sintomas psicossomáticos receiam muito a separação dos seus filhos, exercendo uma atitude controladora e invasiva na relação terapêutica. Neste quadro emocional, quando não devidamente acompanhadas podem vir a sabotar a terapia dos filhos, ao sentirem que estes começam a estabelecer uma relação privilegiada com o terapeuta. Esta situação pode despertar no terapeuta uma contratransferência negativa, mas tal não sucederá se o terapeuta pensar que os pais também têm necessidade de ajuda, que, provavelmente, desde a sua infância, viveram com uma depressão mais ou menos intolerável da qual sempre se tentaram defender. Ora, sabe-se que a ética deverá ser inevitavelmente situacional mas não se deverá esgotar no “caso”, correndo o risco de excessivo relativismo *versus* generalizações abusivas. Isto significa que as intervenções e técnica psicoterapêutica não deve ser fielmente rígida e que, os pais podem e devem procurar outro terapeuta mas podem também estar presentes nas sessões com os filhos até uma determinada idade ou mesmo, pontualmente, falarem a sós com o terapeuta.

Este tipo de reflexões a nível desta intervenção psicoterapêutica dinâmica, em que há uma reorganização da personalidade, é aquela a que mais nos identificamos e temos, também nela, mais experiência. Contudo, existem outros tipos de intervenções que vamos referir, consoante os casos e as situações.

6.4 - Outro tipo de intervenções.

Gisèle de M'Uzan (1981) refere que as técnicas de relaxamento (partindo da

técnica de Schultz) são importantes na psicossomática: “O silêncio, a penumbra, a posição deitada e também o toque quando do controle, a mobilização dos membros, o ritmo da respiração, do coração, constituem factores de regressão específicos do relaxamento, já que se dirigem ao processo de organização do esquema corporal...”. A autora considera que esta técnica é importante sobretudo enquanto o paciente não tiver adquirido a riqueza fantasmática e as possibilidades de elaboração mental suficientes, mas considera ainda, que estas modalidades técnicas se podem alternar.

C. A. Dias (1993) considera que “O psicodrama, enquanto técnica terapêutica com as suas particularidades, funciona a nosso ver como facilitador da integração das disjunções mentais destes pacientes. Aonde a facticidade é concretude, o gesto, o corpo e a palavra, viabilizam no uníssono psicodramático, o acesso a uma significação e ressonância emocional, de outro modo (quase) impossível”.

Bellack e Small (1980) consideram a psicoterapia breve como uma intervenção em crise, em situações de emergência: “A psicoterapia de emergência é um método de tratamento de sintomas ou desadaptação que exigem o alívio o mais rápido possível, por causa de sua natureza invalidante e comprometedora, como por exemplo, no caso de exposição a acontecimentos catastróficos. O fim da psicoterapia breve está limitada à remoção ou melhoria dos sintomas específicos: não tenta a reconstituição da personalidade, excepto alguma intervenção dinâmica que possa levar secundariamente e, até certo ponto, automaticamente alguma reestruturação”. Vera B. Lemgruber, (1990) refere que a “psicoterapia de emergência como intervenção em crise deveria ser compreendida como apoio em crise, que é uma técnica supressora da ansiedade. A técnica focal será essencial na abordagem de intervenção em crise pela possibilidade de focalização do trabalho terapêutico no ponto de urgência”. Parece-nos também que a psicoterapia breve é necessária e urgente em certas situações de crise que podem alterar ou dar, depois continuidade, a

uma psicoterapia de apoio ou mais prolongada. Segundo Wolberg (1967), “o objectivo das terapias de apoio é o fortalecimento das defesas existentes, elaboração de novos e melhores mecanismos de defesa e recuperação do equilíbrio homeostático (...) com ou sem *insight* dos conflitos inconscientes”.

6.5 - Que *setting* usar? Vantagens e desvantagens.

Parece-nos que nos casos psicossomáticos o *setting* face-a-face é mais indicado, mas não exclusivo, dadas as vantagens que se indagam: expressões e mímicas fundamentais para a relação emocional nestes casos. O *setting* do divã (em que o terapeuta também não deve ver o rosto do cliente) pode considerar-se “mais científico”, no sentido de reduzir os estímulos, sendo por isso mais “fácil”. Há autores que não aconselham para os casos mais regressivos como as psicoses, e os psicossomáticos, o divã. Contudo, parece-nos, e tal como já referimos, não há regras rígidas e depende mais do caso em si, do que da patologia em si. Não devemos esquecer ainda, a habilidade e/ou competência do terapeuta para estar num ou noutro *setting* e que, nos casos psicossomáticos quando se estiver num *setting* de divã, se deve prestar mais atenção às entoações e ritmos do que às próprias palavras, à musicabilidade da própria voz, com uma sintaxe e significado específico, a fim de transmitir mensagens afectivas como base da transformação afectiva-cognitiva, que é a essência de qualquer interpretação bem sucedida e capital, nestes casos. As intervenções psicoterápicas não são exclusivamente verbais, mas seguem ou precedem de perto os estados e os movimentos do sujeito.

O face-a-face facilita mais depressa a relação intersubjectiva, com todo o poder semântico da comunicação, do que o *setting* clássico analítico que facilita mais a transferência e, nos casos com afecções somáticas, a relação ocupa um lugar primordial. Importa mais auxiliar e promover o equilíbrio homeostático do que promover a regressão e a desorganização com

intervenções muito interpretativas.

Também não há regulamento instituído quanto ao número de sessões por semana mas, na maior parte dos casos, pensamos que o ritmo de uma vez por semana, no mínimo, parece viável/pragmático em termos de horários, de honorários e em termos relacionais, com efeitos terapêuticos.

Como é sabido, quarenta e cinco minutos representam a duração normal da sessões e, como Marty (1993) refere que em meia hora, com frequência apenas se marca presença e se desembaraçam dos lugares profundos de comunicação. Por outro lado, é no final de uma sessão, ou no final de algumas semanas, de alguns meses, que se revelam enfim no paciente novas possibilidades mentais, até mesmo um renascimento psíquico.

6.6 - Objectivo psicoterapêutico.

A realidade psíquica e a representação do mundo é construída pelo sentido da perda e sua tendência alucinatória. “O primeiro reconhecimento, o do seio, é fundamental para o desenvolvimento cognitivo, enquanto o desenvolvimento do próprio pensamento (...) encontra-se associado à ausência do seio, já mesmo na teorização de Freud.” (M. Mancia, 1990). Também segundo Klein, a formação do símbolo está ligada à “posição depressiva”, às experiências de frustração e separação. Nesta metateoria, o símbolo onírico e mnésico tem origem na vida pós-natal, a partir da necessidade de recuperar o enlevo que teria caracterizado a vida intra-uterina. Contudo e, para Klein (1952), para uma boa separação dos símbolos, ou para se poder pensar é indispensável que o Eu consiga tolerar de forma adequada uma certa quantidade de angústia. Para tal, é suposto a criança ter tido uma boa relação com a figura materna, com processos moderados de separação de partes do *self*, de identificação projectiva e introjectiva. A capacidade da criança para elaborar as experiências

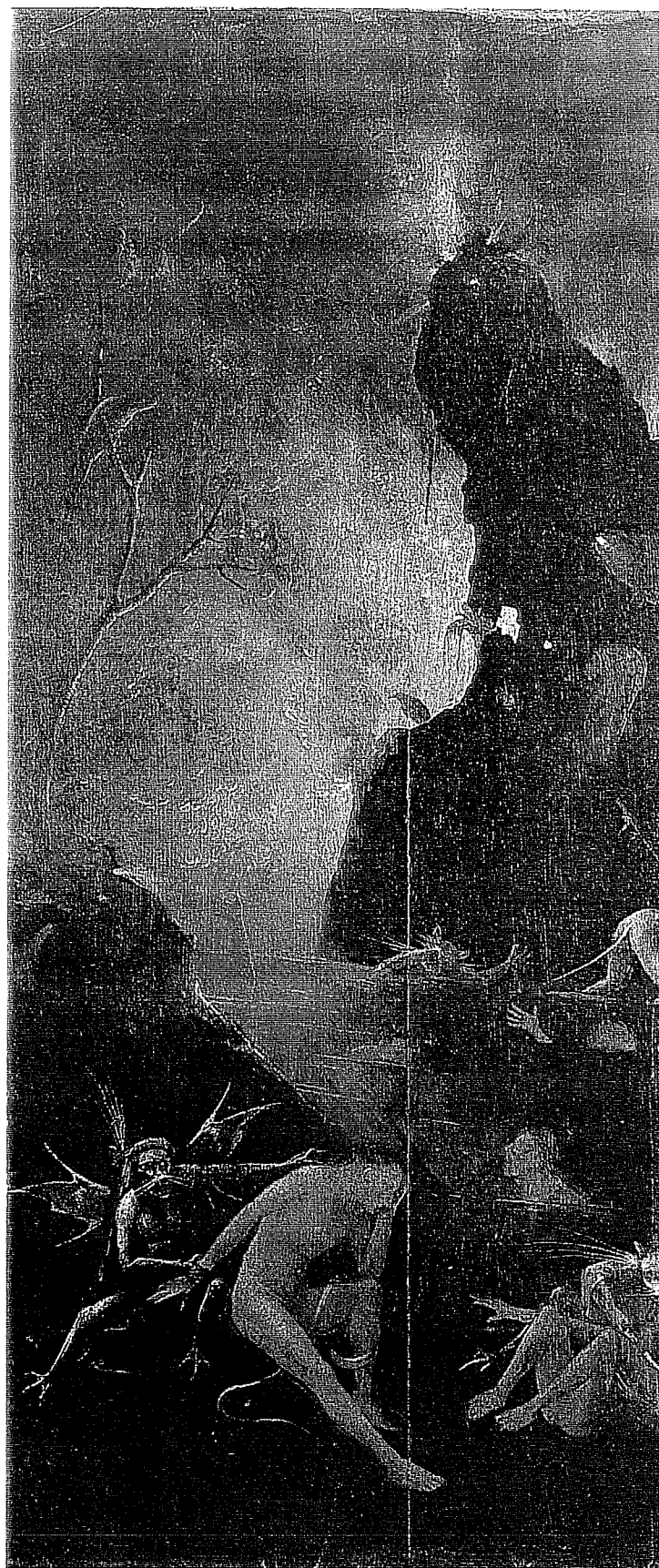
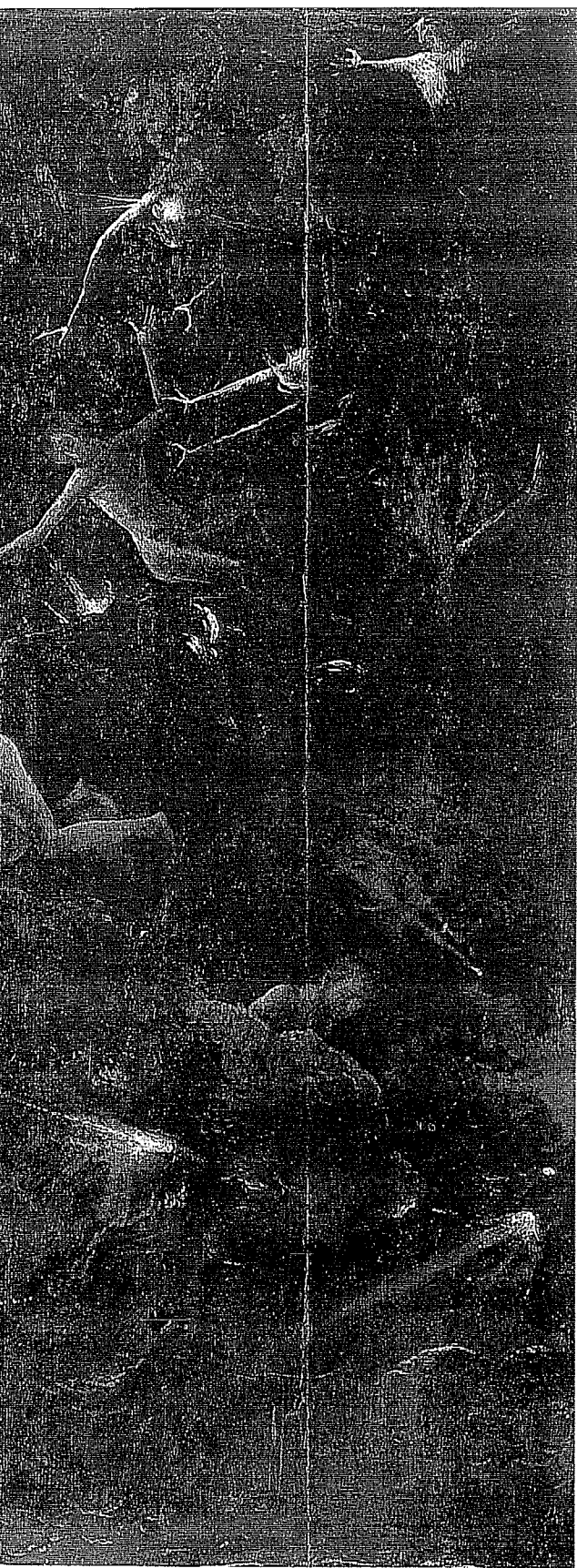
de frustração e separação, está ligada à criatividade humana ou a uma experiência estética, iniciada na “posição esquizoparanóide” e depois na “posição depressiva”, com integração do objecto total. Isto permitirá ver o mundo nas suas diferentes *nuances*, boas e más. Este momento mágico da idade evolutiva é considerado o ponto máximo da criatividade humana, para os diferentes autores *kleinianos*. A criatividade artística e científica que surge posteriormente no adulto representaria apenas a transferência deste tipo de emoções e fantasias vividas na infância, com o carácter polissémico das representações. Segundo Bion (1991) o delicado equilíbrio entre amor (L) e ódio (H) permite um lugar no processo de conhecimento (K), que regula a vida afectiva sobre a qual se organizam as funções intelectuais e todos os processos simbólicos e criativos. O (L), o (H) e o (K) estão indissociavelmente ligados. Bion fala em pré-concepções (ou ideias à priori/inatas: a ideia básica é de que o recém-nascido não é uma tábua rasa mas experienciou experiências emotivas, integrando-as no seu património genético, organizando ainda no útero, um esboço de personalidade) e em pensamentos. Quando a pré-concepção do seio se encontra com o próprio seio, a criança adquire uma concepção do seio e uma experiência de satisfação. Por sua vez, o pensamento emerge do impacto com a frustração, isto é, com a não disponibilidade da figura materna. O “não seio”, transformado em pensamento, desencadeia um processo: a faculdade de pensar. Como consequência, os pensamentos precedem o pensar e o pensar desenvolve-se secundariamente como aparelho para pensar os pensamentos.

Os psicossomáticos parecem oscilar entre a banalidade, pseudoinsensibilidade, êxito do recalçamento e uma hipersensibilidade, com algum falhanço do recalçamento. Quer num caso, quer noutro os elementos “beta” ou “factos indigestíveis” ou “coisas em si”, segundo Bion, não permitem um contacto com a realidade. Há uma incapacidade de discriminar e uma falha ou mesmo falta do aparelho de pensar, ou da, a função “alfa” que mitiga a penúria. O não desenvolvimento do aparelho para pensar implica uma vida mental sem poder

de abstracção, em que os indivíduos vivem num estado de concretude, em que o seu universo consta de objectos concretos e os pensamentos são tratados pela evacuação, uma vez que o aparelho mental não é capaz de suportar a tensão crescente pela demora do processo de descarga. Para Bion, o termo “bem-estar” sugere que tanto o desenvolvimento mental como o físico dependem da eficiência do sistema digestivo mental. Quando as abstracções se combinam, segundo as leis da lógica, este sistema de abstracções constitui o sistema dedutivo científico. Isto é, o raciocínio lógico, que é a capacidade de descobrir a relação causal entre diversos factos ou ideias que implica a capacidade indutiva (capacidade para inferir de casos particulares a norma geral) e a dedutiva (capacidade para extrair de permissas a conclusão lógica). Todavia tal não se verifica nos psicossomáticos e psicóticos. Existem défices e mesmo ausência simbólica e de criatividade, uma vez que existe uma estreita ligação entre simbolização e criatividade.

A prevalência do objecto “bom”, das partes generosas ou ideais da mente, separadas do objecto “mau”, é que permitem reconhecer e viver o sublime e as experiências de beleza. É o encontro e a conquista do amor que dá vida e ânimo à própria vida. É aquilo que se deseja, aspira e imagina, por vezes, inimaginável e impensável para os psicossomáticos. O amor é um estado de perfeição e exaltação interior e, em simultâneo, de quietude e serenidade que enleva os seres acima do real; liga-se ao sentimento de felicidade, êxtase, plenitude e capacidade de fruição da beleza, por vezes, difícil de ligar com o quotidiano ou real que se impõe. Passagem, por vezes, dolorosa porque nos tira de algum modo desse encantamento, ora pela consciência de que a perfeição não é absoluta, ora pela consciência da nossa incompletude enquanto seres humanos, nomeadamente falamos, na doença e na morte. Contudo, o estado de endeusamento que o amor propicia deve ser integrado no próprio real, transformando-o numa realidade imbuída de maior prazer, bem-estar, de sonho e sentido, dimensões não incompatíveis com o real desde que haja capacidade para pensar, dando colorido à nossa vivência e não sobrevivência.

Assim, a vida é como um jogo, um jogo difícil de jogar a que nem todos têm o privilégio de aceder; é um jogo que trata, destrata e enlouquece. Enlouquece positiva e negativamente e, neste último caso, cria mal estar e mesmo doença. O nosso papel como terapeutas é ajudar os que sofrem a encontrar sentido na sua vida, a embelezarem-na, embelezando o seu interior, bem tratando o seu corpo, podendo pensar e sonhar de forma tolerável, sem receios de resvalar entre Egos Ideais desmedidos *versus* Super-Egos tirânicos, possibilitando as manifestações das potencialidades humanas, tantas vezes esmagadas e inibidas perante o peso das circunstâncias e as vicissitudes da sua caminhada. A possibilidade de construção e/ou recriação da vida é um dos grandes objectivos da psicoterapia. Pensar com os outros, ajudá-los a pensar os seus pensamentos, a pensar e sonhar a vida e a vida que anseiam, desejam e ambicionam, tantas vezes recalcada, esclerosada, ignorada ou negligenciada. Torna-se premente encontrar essa outra vida, de cada um, para além da vida circundante; encontrar essa realidade virtual mas concreta, subjectiva e objectiva. É uma psicocirurgia que requer tempo, sensibilidade, arte e/ou ciência, conduzida cuidadosamente por um especialista em psicoterapia, experiente em psicossomática. Trata-se de uma psicocirurgia ou parto psicológico do qual decorre um nascimento, renascimento e rejuvenescimento dos seres nas suas diferentes esferas.



PARTE II

**INVESTIGAÇÃO PRÁTICA
COM
ILUSTRAÇÃO
DE
UM CASO CLÍNICO**

1 - CASO CLÍNICO E SUA ANÁLISE

1.1 - Dados clínicos.

A Francisca apareceu pela primeira vez no início de Maio de 1995. Marcou, por sua iniciativa, consulta para os seus dois filhos: João de 11 anos e Francisco de 5 anos. Uma senhora de aspecto cuidado, polido, alta, boa constituição física, com harmonia estética e atitude “serena” e/ou “normal”. De 31 anos e com o 9º ano de escolaridade. Apresenta-se como mãe do J. e do F., os “únicos filhos por enquanto”. Gosta muito de crianças e gostava de ter muitos filhos. De momento estava a pensar ter outro, uma menina, e comenta: “Mas porque é que há casais que têm logo um menino e uma menina e outros não?”. Por ela, até nem se importava só de ter rapazes, mas o marido sempre quis uma menina.

Marcou a consulta para os filhos porque o mais velho já, de algum modo, a preocupava e porque, recentemente, a educadora do F. tinha-lhe dito que ele não fazia nada sem ela estar por perto, o que lhe parecia revelar alguma imaturidade. A mãe falou nos medos e terrores nocturnos do F. e o facto de ainda usar fralda à noite. Também sempre foi muito agarrado a ela, mas aos nove meses teve de lhe tirar bruscamente o peito, por indicação do pediatra e do seu dermatologista. O cabelo estava-lhe a cair intensamente e de forma alastrada, e foi-lhe dito que se não parásse de amamentar esgotava os recursos do organismo que lhe faziam falta. Apesar de, desde logo, ter deixado de dar mama, em seis meses, o cabelo caíu-lhe na totalidade, o filho começou a ter asma que, naturalmente, quase desapareceu aos quatro anos e, a partir daí, raramente se manifesta. Tem alopecia e usava cabeleira. Pensa que o filho mais velho iria certamente falar disso. Com seis anos ele escondia-se, não queria ir à escola, por vergonha, quando a mãe o ia buscar. Tinha, então, de pôr a cabeleira apesar do dermatologista dizer que tal atrofiava e prejudicava o

couro cabeludo, dificultando o crescimento do cabelo. Devido a esse problema já tinha feito inúmeros tratamentos: em vários dermatologistas, vários psiquiatras que receitavam inúmeros psicofármacos que só lhe davam para dormir e que ficou gordíssima. Nesta altura, mantinha unicamente um tratamento de acupuntura. Com o tratamento dermatológico o cabelo cresceu, mas depois, com um problema da irmã, caiu novamente todo, em pouquíssimo tempo. A única irmã, de 28 anos, que, de repente, saiu de casa com um homem e deixou o marido e a filha de 19 meses. E diz: “Parecia um casal perfeito”. Tal aconteceu há, aproximadamente três anos. Desde aí o cabelo nunca mais cresceu e ela optou pela cabeleira. Nessa altura foi-se muito abaixo, porque além da irmã sair de casa e deixar a família, o que também a perturbou, foi o facto do falatório que se gerou na vila onde reside: desde os pais, às pessoas da rua que a incriminavam. Inclusive, a irmã que trabalhava numa loja de produtos alimentares, a sogra foi lá dar-lhe uma descompostura violenta, verbal e física, que ela foi incapaz de se defender, ficando toda negra. “Foi uma vergonha!”, comenta. Ultimamente tem andado num reumatologista que lhe indicou uns exames para diagnosticar um eventual *Lupus* que ela não sabe o que é. Mas, felizmente, os resultados deram negativos. Refere, de seguida, que o J. comentava: “Com tantas mães no mundo, havias de ser logo tu com esse problema”. O J. também não dorme bem, tem medo das pessoas e é muito reservado. Deixou de mamar logo aos dois meses e meio porque a mãe teve febre tifóide. É muito meigo e carente e também muito agarrado à mãe, “quando era nova tinha tal e qual o feitio dele”.

Questionada sobre o relacionamento do J. com o pai, referiu de imediato que sobre o marido, de 32 anos e com o 11º ano, também estava para falar. “Esse era outro problema. Também necessitava de vir à consulta”, disse. Já lhe tinha falado e ele aceitou. Caso contrário estava sujeito a perder a família, coisa que ele não queria. Têm uma empresa de plásticos e sistema de regas, onde ambos trabalham. Segundo ela, ele vive muito para o trabalho e anda muito cansado. Ultimamente só a procura quase de três em três meses... e tem dificuldades de

erecção. Ela refere que necessitava muito de mimo, de um envolvimento afectivo e que o marido é frio e não sabe dar carinho.

Perante este pedido maciço de ajuda percebemos que havia um pedido latente de ajuda para ela e, também, por termos empatizado com a senhora - convictas de que é importante gostarmos ou não do cliente para se poder estabelecer uma relação, no sentido da contra-transferência positiva como instrumento fundamental de trabalho - foi referido que se percebia a preocupação geral dela pelos outros, mas que ela também precisava de ajuda, pensando que a podíamos ajudar a melhorar. Tinha indicação para um tratamento psicoterapêutico que, segundo ela, ainda não tinha feito e ninguém lhe tinha falado, ao que reagiu com agrado. Definiu-se, então, que seria ela a paciente. Percebemos que a sua alopecia terá desencadeado manifestações interiores e exteriores difíceis de apagar, intimamente ligados a uma mudança brusca da sua imagem corporal, com repercussões narcísicas e consequências na dinâmica familiar, que terá constituído um trauma e, possivelmente já seria consequência de factores traumáticos ou etiopatogénicos tratando-se de um círculo vicioso com ameaças corporais (psicossomáticas) perante determinadas situações. Em muitos casos, em que as queixas somáticas não são tão intensas, visíveis e persistentes, as pessoas permanecem no registo de que “tudo está bem”, “nada de especial”, “apenas isto - o sintoma”, permanecendo nesse discurso tautológico, de racionalidade técnica, muito dificilmente ultrapassável. Sobretudo, quando passam o(s) sintoma(s), ainda que, as coisas não estejam suficientemente resolvidas, dão-se por satisfeitas e não encontram mais justificação para a terapia, cessando-a sem suficiente capacidade de *insight*. Neste caso havia um peso somático, já com alguma cronicidade, que estava a afectar toda a dinâmica familiar.

Quanto ao marido foi-lhe sugerido uma pessoa de confiança, por acaso ou não, um terapeuta homem, que, quem sabe?, facilitaria mais o “à vontade” do marido em relação à sua eventual problemática sexual.

Sobre esta senhora pensou-se na idealização que ela fazia da vida e no seu desejo de perfeição: casal de filhos de sexo oposto; casamento perfeito da irmã e a sua enorme preocupação pelos outros, a irmã, o marido e os filhos. Relacionou-se esta sua imensa preocupação com dificuldades no processo de separação que tentava compensar com muitos filhos, como se, desejasse sempre ter um bebé pequeno e até se esquecesse que todos crescem, mesmo arranjando-os de tempos a tempos, quando os outros começam a crescer. O desejo de uma menina seria não só para agradar ao marido, mas não seria, também, um desejo de arranjar uma substituta, uma réplica e uma continuação de si através da filha? O filho mais velho tinha o nome do pai - João. A mãe é Francisca. Só faltava a Francisca filha. Tudo legítimo e nada de mais. Contudo, neste caso, verifica-se, posteriormente, que isto não era tão simples quanto isso. Corresponhia a uma necessidade intrínseca, como se, desse modo, pudesse resolver as suas dificuldades de separação e de relação, em conformidade com os princípios da lógica da identidade de que fala Sami-Ali. Alguns destes pensamentos foram-lhe comunicados, com os quais, após alguma reflexão, ela acabou por concordar. Fez-se, de seguida, uma breve observação individual aos filhos, alertando-a também para o facto de que, se algum precisasse de um apoio continuado, teriam de recorrer a outros técnicos dado que seguir duas pessoas próximas, em terapia, poderia dificultar o tipo de relação estabelecida. Acabaram por não recorrer a outros apoios, uma vez que a mãe reconheceu que as suas melhoras iriam reflectir-se no desenvolvimento mais saudável dos filhos. O marido recorreu apenas uma vez, a outro técnico, justificando-se que não tinha tempo para continuar.

Na segunda consulta a F. começa logo por dizer que já tinha perdido a ideia de engravidar, porque realmente haviam já coisas a mais para se preocupar e resolver. Queixa-se de muitas dores nas articulações de, tal modo, que quase não consegue dormir. Não sabe o que aconteceu na consulta com o F., mas, o que é certo, é que ele ficou diferente após a consulta. A educadora perguntou-lhe se ela andava a trabalhar com ele em casa. Já se separava mais da

educadora e tinha mais vontade de aprender coisas novas. Foi-lhe dito que não foi só o filho que mudou alguma coisa. Ela também, visto que já não queria engravidar. Talvez tenha mudado em relação ao próprio filho, dando-lhe mais espaço, porque percebeu que podia estabelecer uma relação, ali com a terapeuta e, isso era importante para ela, sentir que tinha alguém com quem podia contar. Continua dizendo que se sente triste e com vontade de chorar, mas não consegue chorar. Também, se tinha tentado aproximar mais do marido, mas tinha receio de estar a ser chata, de estar a ficar velha, porque ele nem sempre correspondia. Essa imagem de “velha” fez-nos lembrar o processo de involução orgânica relacionado com uma perda de vitalidade, inclusivé, de perda de cabelo, próximo de um esgotamento psico-físico. Viveu toda a vida com um Eu clivado, dispendendo energia continuamente para se manter íntegra e poder funcionar. Esforço sobrehumano que pode culminar num esgotamento, mas que parecia ser a única solução de se escapar e não se encontrar com uma depressão íntensa muito arcaica. Também nos recordamos daquela máxima: “levaram-me couro e cabelo”, ao sentir o sofrimento por que esta criatura tem passado. Lembrámo-nos, ainda, dos bebés, quase todos carecas (mera intuição sem qualquer carácter de certeza indiscutível). Enquanto bebés, frágeis, indefesos, necessitando que alguém vele por eles, goste verdadeiramente deles e cuide deles com delicadeza. Essa relação profunda, de proximidade e dependência, é fundamental para uma boa evolução da criança e do seu desabrochar psico-físico. Em face da sua necessidade de entrega, foi-lhe dito que, ali, não tinha de ter receios de ser chata e devia mesmo ser espontânea. Foi retomado o que ela tinha falado, ou seja, a sua vontade de chorar e perguntou-se-lhe se isso não estaria relacionado com o seu passado? Responde: “Com a família?... Não sei se se está a referir a isso?”, fazendo entretanto uma breve pausa. “Da família, é como se não tivesse tido família. Fui sempre criada com os avós, de um lado e de outro... eu e a minha irmã, porque os nossos pais trabalhavam no campo e o pai também era director, com outros, de uma adega cooperativa da sua vila. Ambos têm a quarta classe. O pai tem cinquenta e sete anos e a mãe cinquenta e cinco anos.

Era, como se eu fosse a mãe da minha irmã; com nove anos lembro-me que lhe atava os sapatos. Quando eu tinha 8 anos já nos puseram em casa... Já éramos crescidas. Com a idade do J. fazia tudo em casa... Uma vez disse à minha mãe que a minha irmã não fazia nada. Então, ficou de limpar o pó, mas, se a minha irmã partisse alguma coisa, eu é que levava, e partiu mesmo uma jarra!... Fui apanhar os cacos todos e, com eles, dirigi-me à minha mãe... para me bater. Tinha um medo dela! Batia-me muito, com uma verdasca, sabe o que é?...". Aqui sublinhou-se o facto de ela se expôr à mãe, passivamente, para ser batida, como se ela assumisse muito bem o papel de castigada do qual se queixava, papel de mártir ou de boazinha, que acabava por ser mau para ela, sofrendo, como se ela própria se auto-punisse. E explica, chorando, que a irmã sempre foi mais revoltada e que ainda hoje o é. Além de trabalhar tinha de estudar e diziam-lhe: "Se chumbares saies logo da escola". "No entanto agora se virem repreender os netos, não gostam, mas também nunca se oferecem para tomar conta deles. Mas, quando me caiu o cabelo, a minha mãe chorou e disse-me que se sentia muito culpada por esse meu problema".

A questão da culpabilidade foi com ela abordada. Foi-lhe dito que ela também parecia que se sentia responsável de algo, de tal modo, que se expunha aos castigos para atenuar os seus "pecados". "Pecados", assim entendidos por ela. Sobre isso refere que não sabia que "pecados" eram, mas fazia sentido o que foi dito. Conta que, quando engravidou do segundo filho, trabalhava na adega cooperativa onde o pai é director e despediu-se, porque o engenheiro de lá, tinha tentado aproximar-se várias vezes dela, dando disso, conhecimento ao marido. A partir daí andou muito nervosa. Então demitiu-se da adega e, passado algum tempo, foi trabalhar para um supermercado. Por essa altura, começou a sentir-se muito deprimida, porque via as pessoas falarem muito bem ao *buffet* e, "quando viravam costas", diziam mal umas das outras. Apercebeu-se que estava a entrar em depressão mas agora pensa que essa depressão já vinha desde que saiu da adega, dada a perseguição que sentia que o engenheiro lhe fazia. Por tudo isto, quando nasceu o F. deixou o

supermercado, porque não queria fazer a este o que fez ao primeiro, que não o criou. Pelos oito meses de gravidez do F. houve uma vaga na dita adega e ficou novamente interessada, porque até gostava de lá trabalhar. Todavia, houve um dia em que o marido lhe disse que isso não era possível e, logo de seguida, o pai telefona-lhe confirmando a notícia, esclarecendo ainda que, havia uma clausula nos estatutos que referia que a vaga não podia ser preenchida por familiares. Ainda se lembra desse dia. “Senti dores intensas nas costas e um grande vazio! E depois ainda ouvia comentários do género: lá por ser filha do director pensa que pode sair e entrar quando quiser...” Pensa que isso não foi acção do engenheiro, porque na altura ele não estava na gestão... Lembra-se que, nessa altura se revoltou contra o facto do pai nada fazer por ela e de não se sentir protegida. No entanto, essa revolta não foi manifestada mas apenas por ela pouco vivenciada. Inclusivamente mais tarde, soube que quem entrou era familiar de uma pessoa que lá trabalhava. Estava em casa dos pais dela, mas acabavam por ser os avós dela que cuidavam dele. Quando casou já ia grávida e o marido esteve na tropa, no Porto, aproximadamente até aos dois anos do filho mais velho. “Esse engenheiro tinha tudo o que queria, muitos carros, iates, e até mulheres, pois nenhuma lhe dizia que não porque tinha muito dinheiro. Era traficante de droga”. Chegou a estar preso mas pensa que ele continua na mesma. A própria mulher dele, quando soube que “ele andava atrás” dela deu-lhe os parabéns. Ele dava-lhe roupa, queria-lhe pagar a carta de condução, pagava-lhe as consultas nos médicos e quando ia para o estrangeiro trazia-lhe sempre presentes, como por exemplo perfumes. “Agora veja: eu nova, só com o nono ano, praticamente sem estudos, sem experiência nenhuma da vida e só andava de bicicleta! Tudo isto me assustava. Levava-me a casa... o meu pai sabia mas nada dizia. Nunca chegou a haver grande aproximação física, só uns beijos, porque até me enjoava o cheiro dele..., cheirava mal, talvez porque fumava daqueles cigarros que se fazem. Talvez droga!” Ele convidava-a para ela lhe ir levar algo por ele solicitado e ela mandava lá outro porque já esperava que ele queria era estar a sós com ela. Quem lá ia, depois ouvia dele, que lhe arranjava conflitos. Pensou que tinha de

sair para acabar com aquilo tudo.

Pelos seus dez anos, apareceram umas manchas nas sobrancelhas, pernas e braços, porque os pêlos tinham caído. Nessa altura foi ao Hospital Curry Cabral, tomou uns medicamentos e passou. Mais tarde quando lhe caiu o cabelo, voltou lá, para saber o que lhe tinham dado, mas já não tinham a sua ficha. Um primo direito do pai, actualmente, de aproximadamente cinquenta anos, tem alopecia há quinze anos mas não se importa. A irmã dele, também teve umas peladas na cabeça pelos seus vinte anos e depois aos quarenta anos, mas entretanto passou sem ela nada fazer por isso. Comenta: “Desde que vim cá tenho pensado em coisas incríveis. Quando foi essa questão com o engenheiro comecei a ter asma e quando engravidei deixei de ter asma. E passou, também, o meu filho a ter, aos nove meses, quando lhe tirei a mama. Por essa altura, passou-se tanta coisa que já nem me lembro, mas lembro-me que o meu marido dizia, várias vezes, que se o bebé fosse moreno e de olhos escuros não era filho dele. Como se, eu tivesse tido alguma coisa com o tal indivíduo ou alguma responsabilidade na situação. Felizmente, veio loiro e parecido com o pai. Mesmo assim, durante algum tempo, ele não tocava no filho. Mas hoje pende mais para ele do que para o mais velho. Fazem *jet-ski* e a primeira vez que o J. fez, caiu, como é natural, e o pai teve logo uma reacção brusca e disse: “És um parvo, não sabes fazer nada... O teu irmão é mais novo e tem mais jeito”. Ela também praticava *jet-ski* mas desde que lhe caiu o cabelo deixou de praticar. Refere que o filho mais velho não gosta muito do irmão, porque diz que se não fosse ele, não tinha caído o cabelo à mãe. É-lhe dito que ela, à semelhança do seu filho mais velho, também nunca se deu muito bem com a irmã, deslocando para ela uma agressividade ou raiva narcísica, sem ela ter responsabilidade das relações familiares estabelecidas. Refere: “Quando tive a queda de cabelo sofri muito. O meu marido afastou-se de mim e nem dormia no nosso quarto. Aí, revoltei-me, dizia-lhe coisas exageradas, humilhantes, talvez injustas, por exemplo, que era ele o culpado e, quanto mais dizia, mais o sentia afastado. Ele explica que era porque sofria

tanto ou mais do que eu. Mas eu não entendia assim e sentia uma carência cada vez maior. Às vezes, gostava que todos pensassem como eu e reagissem da mesma maneira... Mas cada vez mais vejo que não é assim. Se fosse hoje não saía da Adega. Acabei por não saber lidar com a situação e prejudicar-me. Nunca mais falei ao engenheiro, mas às vezes apetecia-me dizer-lhe que foi ele o culpado pela queda do meu cabelo”. É-lhe dito que se percebe a necessidade dela, de arranjar bodes expiatórios para o seu sofrimento, mas ela é que acaba por ser a sua própria inimiga, não gostando o suficiente de si para se defender mas, por outro lado, já se sente de algum modo diferente e com outras capacidades, desenvolvidas através da psicoterapia. “O meu filho mais velho é amigo da sobrinha do tal engenheiro, andam na mesma turma e há tempos convidou-o para a festa de anos dela. Deixei, mas expliquei ao J. o que se passou comigo, porque aquilo é uma família esquisita. Já alguns andam na droga. Sr^a dr^a será que faço bem explicar tudo? Como a mim não me explicaram nada, tento não fazer o mesmo que se passou comigo. Tento dar o que não tive. Tento explicar porque esta vida é uma selva e é preciso saber isso para nos defendermos”. Sobre isso, foi-lhe dito que a vida não era, realmente, perfeita como ela idealizava ou pensava, mas, também, não era uma selva. A vida tinha, em simultâneo, aspectos positivos e negativos, como ela estava a descobrir e, naturalmente, que transmitir essa visão negra da vida aos filhos poderia intimidá-los e prejudicar o seu despertar para a vida, à semelhança do que lhe aconteceu. Por outro lado, parecia que ela gostaria que a terapeuta lhe explicasse coisas da vida, mas a função da terapeuta era levá-la a perceber a sua vida interna, para melhor perceber a vida, em geral. Conta que uma das sócias da clínica onde fazia acupunctura lhe pediu 200 contos para ir a Londres, nas férias passadas, tratar-se de um problema e que depois lhe pagava. “Agora estou a ver que não me paga. Ó dr^a. ela é como uma bruxa, olha muito nos nossos olhos, é como se me hipnotizasse. Não fui capaz de dizer que não e passei logo um cheque. Nem sabe quanto me custa falar destas minhas asneiras. O meu marido não sabe disto. Nós também temos contas separadas. Sinto que fui burlada e, quando penso falar com ela, sinto-me sem

forças, a tremer e sem coragem. Ela diz que não tem, não tem e eu... não tenho argumentos. Depois, ainda diz que eu ando muito nervosa e deu-me o nome de uma senhora para eu ir, que deve ser uma bruxa”. Com o tempo este problema resolveu-se. Cada vez mais confiava na terapeuta e também pôde começar a confiar em si. Insistia no retorno do dinheiro, foi tendo calma suficiente para ser assertiva e pedir o que era seu. A outra foi-lhe pagando e, em simultâneo, as vezes que ia à acupuntura, não pagava e descontava na dívida. Por esta altura também refere: “Tenho uma coisa comigo que nunca disse a ninguém. Tinha dezanove quando dei um frasco de vidro ao meu filho, J. de dois anos, para se entreter. O frasco partiu-se, ele caiu-lhe em cima e ficou todo cortado. Ainda hoje tem uma cicatriz, não sei se reparou, quando ele cá veio”. Foi-se falando das cicatrizes da F., das suas marcas e/ou peladas, ligadas a uma imaturidade que cada vez mais foi dando lugar a uma capacidade de discriminação, de pensar e de avaliação de si e dos outros. O problema não era ter dificuldades, mas estar sózinha com elas.

Actualmente, sente-se mais próxima do marido mas acha estranho, pois ele às vezes, chama-lhe “mãe” (ri-se, ao dizer isto). Prefere ficar em casa a fazer o jantar, a tratar dos filhos e eu, que saia à noite, para tratar das contas com os clientes. A F. diz que vai, mas depois pensa na situação, acha que algo está errado e fica cansada e irritada. “É muito comodista e não quer ter responsabilidades. Acho que até em casa sou explorada; só ajuda quando lhe digo o que há para fazer, porque não tem iniciativa. Só quando me vê mais em baixo, é que tem mais iniciativa, ou quando quer ir a algum lado e para eu não me aborrecer, põe-se a fazer as coisas. Não passa de um burro. Será que não percebe que aí já não adianta? Às vezes ralho, outras vezes já nem digo nada, estou cansada! Também verifico que quanto mais ralho mais ele fica apático. Quando as coisas se complicam ele nunca quer falar. Afasta-se ou diz “já me esqueci”. Às vezes sinto-me mesmo sem força porque me iludo que ele se modifica mas acho que não. Isto arrasa-me. Agora deu-lhe para ir para a caça. Aí levanta-se às seis horas da manhã, com toda a energia mas, para levar os

filhos à escola e levantar-se cedo para ir trabalhar na empresa, já não tem vontade. Para não me acordar, às seis da manhã, dorme no sofá. Isto irrita-me bastante e começo a sentir que existe novamente uma frieza entre nós. Não há qualquer diálogo. O meu filho mais velho está altíssimo e com barba. Ultimamente deu um grande pulo. Se o visse já não o conhecia. O pai leva-o com ele aos fins-de-semana para a caça e eu não posso dizer nada porque senão o meu filho diz-me que estou com ciúmes; quando não está o pai presente, diz que tem medo de ser como ele. Este seu discurso apavora-me e tenho receio do seu desenvolvimento. O pai acha que a caça é de homens e até parece que precisa daquilo para se sentir mais homem. Ainda se viesse e fôssemos todos passear! Mas não, vem cansado e põe-se a dormir”.

A paciente nunca faltou às sessões. Apenas nas férias do ano passado, quando tinha sido combinado telefonar a meados de Setembro para marcar a consulta, telefonou apenas a meados de Outubro. Este ano, a consulta ficou logo marcada. Contudo a paciente faltou no dia da sessão sem nada dizer, o que era de estranhar. Foi contactada, explicando que não sabia da agenda onde tinha registado a data, sabia que era por essa altura e que estava mesmo para telefonar. Quando aparece na sessão após as férias, confessa então que quando está em baixo apetece-lhe dormir e ficar em casa, quando está mais eufórica apetece-lhe experimentar estar mais tempo sem as sessões para ver como se sente sem ajuda. Contudo acaba sempre por comparecer e perceber que estas suas defesas podem bloquear o tratamento, por mais que o considere necessário. O seu lado mais saudável felizmente tem prevalecido, tirando a questão do pós-férias. Este seu conflito relaciona-se com as suas dificuldades de autonomia que acabam por se reflectir na sua relação com o marido que, por um lado desejava divorciar-se, mas por outro lado tem receio dessa separação e por isso diz, com raiva: “mas será que sou assim tão bebé que não consigo viver sem ele”.

Conta ainda que conheceu um homem, num curso que ambos frequentaram

para jovens agricultores e teve com ele um “caso”, porque andava muito carente. Encontraram-se algumas vezes e, em Fevereiro de 1994, ele pediu-lhe 100 contos emprestados, ao que ela cedeu logo pensando nunca lhe pedir o dinheiro, porque até sabe de casos que “cobram” e ele nunca lhe tinha pedido nada. Só agora, desde que anda em psicoterapia, é que se apercebeu que não lhe devia ter dado o dinheiro, que ele se comportou como um prostituto e que provavelmente nunca gostou dela. Depois de já andar em psicoterapia e quando percebeu que foi explorada, tentou pedir-lhe o dinheiro, mas ele esquivou-se sempre, até que ela desistiu, aceitando a situação consciente de que ele “não presta como pessoa”. Perdeu o dinheiro, mas aprendeu com a lição. Refere que com 20 anos ainda tinha mais juízo do que nesta altura. Aos 20 anos fugia do engenheiro e com este entregou-se cegamente. Quando esta relação ocorreu, durante algum tempo, sentiu-se muito bem. Agora vê que foi tudo uma ilusão e que ele, muito provavelmente, só andava com o intuito de lhe pedir o dinheiro, apesar de dizer que gostava muito dela, “mesmo careca”! A partir desta altura ficou com a ideia de que todos os homens são iguais e que o marido também gosta muito que ela trabalhe para ele. Todavia, com o tempo, foi-se apercebendo que o problema mesmo podendo existir nos outros, existia nela própria. Toda a vida assumiu o papel de “mãe de todos” mas de madrastra dela própria.

O cabelo começou a crescer, no final de 1995, com intervenção psicoterápica e dermatológica. Agora já com cabelo, teve uma recidiva com algumas peladas. Acha que foi de ter ido a um casamento da família do marido, onde se encontrou com muita gente de que não gosta, inclusivé com a sogra, que é um “ponto fraco” para ela. Diz que a sogra sempre protegeu muito o filhinho e só a presença dela a enerva. Entretanto tinha outro casamento mas decidiu não ir que era o que devia ter feito no anterior. Também o que a terá deitado abaixo foi o facto de uns três dias antes do casamento, ter ido secar umas varizes das pernas que lhe doíam e continuaram a doer durante alguns dias, fazendo-lhe uma grande confusão “como é que o ácido vai para as varizes”. É-lhe

reforçada a ideia de que não está sózinha com as suas confusões. “Tudo o que é tocar no meu corpo, inclusivé nas veias, arrasa-me. Às vezes imagino o sangue a correr no meu corpo, como será? E ainda por cima foi feito por um médico bastante bruto. Agora vou acabar de as secar a outro”. Aqui pensámos, na questão dos sintomas e no seu papel equilibrante ou pseudoequilibrante, mas que é um facto a ter em conta. E logo de seguida diz: “Bom! Falam que a veia poética é muito importante!”. Foi-lhe dito que era muito interessante a sua associação, porque já não ficava reduzida e obsecada com o seu próprio corpo, mas conseguia imaginá-lo, criá-lo, transformá-lo, dando um outro uso às suas veias, que sendo poéticas, lhe poderiam trazer bem-estar com a possibilidade de crescer, de falar outra linguagem, que conduziria a um bom preço e apreço. Pela psicoterapia, a paciente tem sido cada vez mais gerente da sua própria vida, em vez de ser gerida pela vida.

Refere que na realidade, se sente diferente, mais capaz de se defender e de não se sentir tão invadida com as palavras e a presença dos outros. Ainda agora, com a queda de algum cabelo, não ficou em casa isolada e deprimida como dantes. Foi, entretanto, também ao dermatologista, tendo ele dito que esta recaída se manifestava de maneira diferente, como nunca tinha ocorrido. Anteriormente, o sítio onde o cabelo caía ficava completamente liso e polido, agora estava cheio de cabelo a rebentar. Refere que dizia ao marido para a ajudar, pois estava novamente em risco do cabelo lhe cair. “Será, que inconscientemente, o cabelo caiu mesmo para provar ao meu marido que eu tinha razão e que ele não me ajudava? Penso que nesta altura prevaleceu a minha parte menos saudável e auto-destrutiva que por momentos, ainda não domino”. Todavia, o problema não são os sintomas, o ter a recidiva e, por isso, não a considera significativa, pois já foi vivida de maneira diferente. “Nem me caiu o cabelo todo! O que ficou é a prova de que eu já tenho defesas. Mesmo nas partes em que caiu está todo a despontar, com força”, refere satisfeita.

Ao fim de um ano e meio de psicoterapia, relaciona a primeira queda do

cabelo com o conflito que se gerou, por causa da situação ocorrida com o engenheiro, que originou mau relacionamento com o marido, e não tanto do “dar de mamar e estar a perder recursos do organismo que lhe faziam falta”. Lembra-se ainda que, quando tinha dois anos e meio e ia a entrar no quarto, viu a mãe com a irmã recém-nascida ao colo. Diz: “fiquei parada, senti um choque... e saí...”. A mãe disse-lhe que fosse ver a irmã, mas ela saiu. Sentiu-se uma verdadeira intrusa. Nunca tinha dado pela gravidez da mãe, porque dantes as mulheres, inclusivé a mãe, usavam batas e saias compridas. Essa imagem ficou-lhe bem gravada e, ainda hoje, por vezes sente uma “frieza” em relação à irmã. Agora percebe que tem sido injusta, neste seu sentimento, em relação à irmã, uma vez que ela não tem qualquer responsabilidade, apenas os pais não a prepararam, ou ela própria não se apercebeu da situação. Saiu de casa uns dias antes da mãe ir para o hospital e voltou para casa ao fim de um mês. Saiu novamente quando a irmã tinha dois anos e meio, indo as duas para os avós maternos e também para os paternos. Nunca se lembra da mãe a ter ao colo, nem de lhe dar carinhos, nem o pai! Mas, mesmo assim, dá-se melhor com o pai. Ouvia este dizer para a mãe: “se fossem rapazes, a educação era comigo, sendo raparigas a educação é contigo”. A terapeuta referiu o facto de ela já avaliar a mãe e a irmã de uma outra maneira, reconhecendo-lhes defeitos mas aceitando-as, já não se sentindo incomodada com essa realidade, pois já estava mais autónoma.

Com 8 anos, quando voltou para casa dos pais, lavava e vestia a irmã, punha-a na casa dos avós, enquanto ia para a escola. “Às vezes dormia nos avós, nuns ou noutros, outras vezes na casa dos pais. Era tudo uma confusão e baralhada. A minha mãe nunca ligou às filhas. Andava sempre com o meu pai, a trabalhar. Os pais e os sogros da mãe faziam-lhe tudo, até lhe limpavam a casa quando éramos mais pequenas. A nós ela nunca fez nada. Se deixo os meus filhos às vezes com os meus pais, o que acontece raramente, tenho de pedir que lhes dê de comer, caso contrário, não o fazem”. A sua actividade onírica raramente é referida, exceptuando um sonho que se repetia ao longo do seu

desenvolvimento, evocado na associação temática da técnica do Rorschach.

1.2 - Análise dos dados clínicos.

A problemática da sua incapacidade ou medo de se desiludir e “não aguentar a desilusão”, com consequências nefastas, nomeadamente ao nível da queda do cabelo, já se dissipou. Inicialmente, quando não tinha cabelo, pensava que o marido se afastava dela por causa disso. No entanto, havia uma coisa que não percebia, porque quando tinha cabelo, parecia-lhe que o marido também se afastava dela. Pensa que, com cabelo, o marido a sentia mais forte e tal representava uma ameaça para ele. Agora chega a pensar que, talvez inconscientemente não quisesse ter cabelo, porque agradava mais ao marido. Pensava que quando não tinha cabelo, não tinha problemas nenhuns, mas agora já percebe que isso era falso. Afinal, nessas alturas, era mais imatura, mais fraca, e por isso, mais facilmente manipulável e mesmo explorada. Esta percepção pensada e vivida no espaço terapêutico intersubjectivo, fê-la ganhar força e sentir-se compreendida, reconhecida e valorizada no seu processo de desenvolvimento, resolvendo esse seu dilema, várias vezes abordado nas sessões. Na relação com o marido e os outros, havia a este nível, um conflito entre o querer ter cabelo, sinal de melhoras, lado mais progrediente e saudável da sua Personalidade e um lado regrediente, em que inconscientemente, sem cabelo havia um certo ganho secundário, criando um desejo de exploração de carinho, que ia compensar o desespero existente. Ou seja, estava a tornar-se física e psiquicamente uma paciente crónica, porque entrar na cronicidade não é só uma questão física, mas implica uma elaboração psíquica existencial nesse sentido.

Sente que não houve uma relação de proximidade ou de boa relação com a mãe, nem com o pai. Mesmo ainda estando vivos, poder-se-ia dizer que é orfã de mãe e de pai. Dadas essas condições, interiorizou um Super-Eu severo e

não integrado que não permitia um sentimento de segurança e de auto-domínio. Agora, mais capazmente atenta a si e ao desenvolvimento dos filhos, tem com eles uma relação mais arejada e não caustrofóbica, impeditiva do seu bom desenvolvimento. A relação com o marido está mais equilibrada, mas reconhece que ela está a evoluir e ele não a acompanha. Também necessitava de uma ajuda psicológica que tem recusado, arranjando inúmeras desculpas, como por exemplo, falta de tempo. Por vezes, pensa mesmo que ele já não muda, não amadurece, mas pensar no divórcio é, na prática, ainda impensável. Tal situação em si, *stressante* poderia originar uma queda de cabelo que tanto a apavora, uma possível recaída. A associação “conflito/queda do cabelo” é algo para ela ainda marcante, se bem que mais atenuada.

Nas sessões, parece ter sido o único sítio onde sente que pode ser ela própria, ter o seu tempo e espaço de reflexão, sem exigirem dela. Um tempo e espaço onde não está só e tem alguém que a ajuda no processo de crescimento, não tendo que ser mãe, podendo aí por de lado as suas pseudo-defesas, uma vez que nunca se sentiu, efectivamente, como filha. Foi mãe da irmã desde sempre, sem ter estrutura psíquica ou possibilidade física de ser mãe. Uma situação deveras complicada, paradoxal e patogénica ou patologizante. Este peso ou sobrecarga no seu desenvolvimento fê-la interiorizar esse papel em forma de um Super-Eu tirânico que, por vezes, a destruía e deixava marcas, como a sua alopecia. Este sintoma percebe-se então, neste contexto. Mas porquê este? É evidente e, tal como já foi abordado na parte teórica, o organismo difere de pessoa para pessoa e cada um tem as suas fragilidades dispostas de forma diferente em função da constituição biológica individual, que faz com que se responda organicamente de uma maneira ou de outra, perante estímulos adversos, ou não se responda.

Os primeiros meses de consulta foram bastante “pesados”, dado que a paciente aparecia, praticamente sempre, a ferver em ansiedade, nunca inquietação ou agitação interior contagiantes. Foi uma fase difícil ao sentir empaticamente o

sofrimento da paciente. É que quem trata também sofre. Era necessário manter um movimento quer de aproximação, quer de distância suficiente, para não correr o risco do envolvimento demasiado que seria arriscado quer para a terapeuta quer para a paciente. Mesmo fora das consultas tinha crises de pânico, sendo uma, duas vezes hospitalizada no começo da psicoterapia. Antes de iniciar as sessões terapêuticas, as suas hospitalizações eram frequentes. Esta fase tempestuosa já foi ultrapassada, encontrando-se num estado de maior serenidade, só pontualmente mais ansiosa, mas com níveis de ansiedade já toleráveis e não disruptivos mesmo fora das sessões. Este seu estado inicial intempestivo, quer vivenciado, quer manifestado, acrescido de eventos conflituais exteriores, atingiam ou ultrapassavam limiares extremamente perniciosos para a sua homeostase psicossomática. Deste modo, os riscos potenciais de recidivas e de somatização, eram uma constante, tornando-se imprescindível e fundamental a psicoterapia, para o seu rearranjo psicológico. Exigia perfeição de si e do mundo, iludindo-se. Apercebia-se de que não era perfeita, mas isso era-lhe intolerável. Era vivido como um crime, que merecia ser punido. E a sua vida era de facto auto-punitiva e de auto-flagelação. As exigências de perfeição provocavam sintomas, crises de ansiedade/angústia e pânico e daí, uma relação estreita entre eclosão e/ou agravamento dos sintomas em face de conflitos.

Custa-lhe o recomeço da relação terapêutica, porque mesmo sabendo que há momentos em que se faz uma pausa nas férias, é-lhe difícil suportar essa ausência. O não comparecer logo às consultas depois das férias, conforme o combinado, reflecte a sua pseudo-autonomia, o receio de claustrofobia da relação, ligado à sua “revolta” de ainda necessitar das sessões e da terapeuta ter ido de férias como se esquecesse dela. Por vezes tem uma imagem muito debilitada de si, outras vezes uma imagem de “ferro” ou de super-mulher, que quer numa situação quer noutra, compromete um certo equilíbrio interior e as relações interpessoais. Todavia, apesar dessas suas vivências interiores extremas, quer nas sessões quer fora delas, tem sido possível fazer-se um

trabalho continuado, crucial para o sucesso terapêutico e significativo de uma aliança terapêutica estabelecida, essencial para a sua recuperação, e o encontro do seu ser ou da sua subjectividade sem correr riscos, porque não está só. A paciente ainda revela dificuldades ao nível da posição depressiva, por vezes sentido-se sem saída ou agrilhoadada, num conflito entre o desejo de sair e o receio de sair, dependente da primeira relação de objecto, ligada a experiências primitivas ou pré-verbais de representação do próprio corpo e da demarcação da imagem corporal da criança em relação à imagem maternal. Nunca se sentiu próxima desse primeiro objecto e da possibilidade de, com ele, viver momentos de ilusão e plenitude afectiva, essencial à necessária separação e desilusão, correspondendo isso, por vezes, à angústia da perda da forma, de aniquilamento ou angústia catastrófica. É como se, não se separar, não vivesse, mas separar-se é sentido como a morte. Ligada ao defeito de separação, tinha dificuldade em encontrar uma distância ideal ou essencial do objecto, com perturbação nos processos de identificação projectiva e introjectiva. As suas dificuldades estavam ligadas a um mau-estar muito precoce, nunca ligado a um sentimento de onipotência infantil ou sentimento de ser amada, querida ou desejada. Apenas negligenciada ou solicitada para a barreira.

Através do processo psicoterapêutico, tem vivido a possibilidade de proximidade relacional, como processo básico e crucial do desenvolvimento, que nela aparecia como uma falha básica. Tem também acedido à sua espontaneidade e autenticidade subjectiva, sem necessidade de estar nos conformes para agradar, com a certeza e confiança da relação intersubjectiva criada entre paciente e terapeuta. Pela psicoterapia é possível aceder à sua identidade e integridade, bem como à recuperação do imaginário ou possibilidade de sonhar, travando e resolvendo já pesadelos repetidos e desagradáveis. Pela identificação e introjecção da imago terapêutica tem interiorizado um Super-Eu mais tolerante e gratificante, bem como acedido à sua temporalidade e dimensão histórica, com memória do passado e do futuro e possibilidade de abstracção, difícil na psicossomática. Está menos

dependente do meio exterior, por isso, mais autónoma, com possibilidade de discriminar o que é bom e mau para ela, com limites do Eu mais definidos e maior auto-estima. Os dados clínicos, em termos de anamnese não são exaustivos, uma vez que pensamos que a anamnese só tem interesse para fazer estatística - não sendo esse o nosso objectivo - e porque a leitura do passado passa pela relação que se tem com o presente.

2 - A TÉCNICA DO RORSCHACH COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DIAGNÓSTICA DA CLIENTE

FRANCISCA, 33 anos

Respostas	Inquérito	Cotação
I 3'' 1 - Pintura desdobrável ... talvez uma folha, que ao fim e ao cabo se transforma numa figura animal. Desculpe! Não há nenhum de cor? Não gosto da imagem por ser em tons neutros.	F - Lembrei-me da figura animal pelos desenhos que os miúdos fazem num papel, depois dobram ao meio, em simetria; pelas asas e manípulas, em cima. Não gostei, repugna-me um bocado, mesmo ao ver T.V., animais ou desenhos animados com animais, repugna-me, fico enjoada, agoniada, embora pense que os seres são a vida, não gosto, como, por exemplo, com a mosca, varejeira... não sei bem dizer o termo. T - Arrepiada. F - Arrepiada, sim... há	G F+ A Clob

certas coisas que não gosto de ver, não aprecio. (Estava ansiosa...).

Se viver o que vejo, apesar de ser o real, fico cheia de ansiedade, por exemplo se vejo uma mosca em casa fico em pânico, porque penso que já andou em fezes. A mosca é pálida, cinzenta e horrível.

No *National Geographical* os animais comem-se uns aos outros ... é como se me identifica-se aos bichos mas pequenos, como aves, répteis, insectos, tenho medo, os grandes não me fazem tanta impressão, nem metem medo...

Mas porquê isto? Por exemplo, quando falo com as pessoas, sobretudo que não conheço, tento olhar-lhes nos olhos, para saber quem são e porquê? Acabo por exigir muito

	das pessoas e estou sempre em tensão. Qualquer coisa que digam tento logo avaliar, mesmo com pessoas que não interessam. Tento aprofundar e depois fico ansiosa e até sou possessiva, depois hei-de falar nisso na próxima consulta, em relação ao meu marido. Fico irritada e a irritabilidade faz-me exigir, mandar... acho	
24''	isso um defeito.	
2 - V < > ^ Agora quando me mostrou tive uma visão diferente; duas aves em cima empoleiradas, (*)	D lat superior	D F+ A
3 - Ou também duas pessoas com bastantes agasalhos, de forma estranha. Não vi a 1ª vez mas agora vi. (*)	D lat superior	D F+ H
+10''		
II		
6''		
É um seguimento da	F - A luz é dada pelos	

anterior, embora o formato seja diferente já dá um pouco mais de luz, de interesse aos olhos, à forma de ver. Não consigo adivinhar o que faz esta imagem... não sei se isso tem importância. Fico confusa quando olho. Sinto-me um bocado parada, em questão de desenvolver aquilo que vejo.	raios a vermelho, aqui. (Em baixo, a porta!). Fiquei, apesar de ter luz, mais tensa, porque não encontrei forma... Senti-me como que atada de mãos e pés... paralisada de pensamento, os raios (os dois raios em baixo) fazem-me lembrar uma saída, que tem continuação. Luz, saída: há aqui uma saída. T - Tem dificuldade nas saídas!. (Ri-se) F - Gosto muito de sair, não tenho é com quem ir. Mas porque diz isso? Estou numa bruxa ... (ri novamente) não é? É o que dizem, aquela bruxa adivinhou tudo!... T - Só estou a pensar no que me disse e ajudá-la, também a pensar a partir dos dados que acabou de me falar mesmo agora. E sabe que sou sua amiga, por isso, chamou-me
--	---

bruxa rindo-se. Talvez às vezes gostasse de estar mais tempo comigo, mesmo fora daqui, o que é sinal de amizade, ou desejasse ser “bruxa” de si mesmo, para pensar sobre si, conhecer-se melhor e, aos outros.

F - Mas é verdade, saio e fico tensa, agoniada. Antes de sair, em casa já vejo tudo, um mosteiro, tudo bonito, mas lá, parece que tudo corre mal. Não chego a saborear nada. Já no caminho vou cansada, com o coração a bater, mas depois penso nas consultas que temos tido e, tento pensar e acalmar...

Queria ser como era antes dos vinte anos, sempre entusiasmada, não pensava, não me preocupava com nada...

O cinzento, é o refúgio, quando estou mal

pessoas de África, quadros que costumam aparecer. 1'13'' - < > V ^ Sim... aqui foi quando comecei a aperceber-me de uma coisa diferente, duas pessoas, tribo, qualquer coisa assim. (*) +9''	perceber... dantes sentia- -me burra, sem conseguir pensar, por isso, até pensei trabalhar no campo, porque é um trabalho só físico, são embrutecidas as pessoas do campo... mas nem todas claro!	
IV 6'' 7 - Eu não gosto ... não gosto deste tipo de apresentação que está à minha frente ... mas parece um gigante, com patorras, torna-se assustador e tenho a sensação de o ver de baixo para cima. 1'38'' - Aqui mantenho dr^a... (*) +4''	Dá uma impressão de baixo para cima e, em relação aos pés grandes, tem de haver uma grande altura, nem alcanço os olhos ... faz-me sentir pequenina como uma formiguinha.	G F Clob (H)

V 19'' 8 - Este desenho faz-me lembrar uma borboleta mas é engraçado, que tem uns corninhos, que se podia dizer que havia uma transformação, de borboleta... 9 - para caracol. 56''	Vi a transformação de um animal para outro que até não gosto muito, mas senti-me bem; houve uma mudança de espírito... os meus olhos vão directos aos corninhos. Aqui, apesar de ser tudo cinzento que até nem gostava, deu-me um estado de espírito diferente.	G F+ A Ban DG F- A
VI 4'' 10 - Isto cá para mim dizia que era uma pele de tigre. Não me importava nada de ter uma em minha casa ... aparenta mesmo ser isso ... não vejo outra coisa que me possa parecer mais idêntica. Pode ser assim? V 11 - ^ Por exemplo, aqui em cima via um pénis. 1'28''	Uma pele de tigre na totalidade da figura, mas quando voltei, vi um pénis... Nesta imagem senti indiferença, não mexeu nada comigo; achei uma imagem fácil, fácil de interpretar.	G F+ A Ban D F+ SX

VII 8'' 12 - ^ Aqui são duas cabeças... 13 - V ^ Que depois se seguem mais duas cabeças, de animais ... não tenho mais para observar. 1'33''	(D sup) Aqui senti indiferença, embora não tivesse grande nexo, por ver cabeças de pessoas (D med) logo seguidas de cabeças de animais ... e também, porque tive mais dificuldade em interpretar esta figura.	D F+ Hd D F+ Ad
VIII 29'' 14 - Para mim, achava que isto era um órgão nosso ... faz lembrar as imagens que apresentam em consultório e mesmo em livros, 15 - mas também faz uma ideia de uma divisão terrestre, com um animal em cada lado.	(D rosa cent. inf.) Pareceu-me um globo, duas partes diferentes, as anteriores estavam mais ligadas e aqui os animais parecem viver em sítios diferentes e cada um está a levar a vida de maneira diferente ... Vejo como se eles tivessem objectivos diferentes, mas não sei donde me vem esta ideia. Vejo-os a fazer um sacrificio, a treparem, de modo semelhante, mas com objectivos diferen-	D F- SX D F+ A Ban

16 - Tenho que dizer a cor? ... Este rosa e amarelo é do formato de uma casaca. 2'00''	tes. (Em baixo) Aqui lembra qualquer coisa para vestir ... uma jaqueta. Senti nesta figura uma luta, uma garra...	D F+ Obj
IX 45'' 17 - ^ < > V ... Só me faz lembrar uma vagina aqui (vermelho, em baixo), por mais que volte... São figuras muito difíceis de interpretar... Gosto da figura mas não me parece nada. 1'54''	Esta imagem deixou-me mais tensa, por dificuldades de interpretação ... mas agora esta parte já nem faz pensar uma vagina ... não sei!	D F- SX
X 8'' 18 - ^ Esta imagem faz-me lembrar fogo de artifício, festa, 19 - também um bocado os nossos órgãos e	Vi o fogo de artifício na parte azul. Um pescoço em cima, seguido do tronco (cinzento) para baixo, dos dois lados, partes	D Kob Obj D F- Anat

20 - também bichinhos, bactérias, micróbios ... que se encontram no nosso dia-a-dia, em casa.	rosa. Bicharocos, vi na cor amarela, laranja. Uma confusão, misturada.	D F+- Bio
- ^ V É só. 1'15''		

(*) - Só na prancha VI. pergunta se pode manusear as pranchas. Ao lhe ser dito que sim e que o mesmo já podia ter acontecido com as anteriores. volta atrás e dá mais algumas respostas. as assinaladas com o (*).

Note-se que depois desta intervenção, ouvindo a voz da terapeuta - sendo a voz o mais evocador do primeiro objecto (figura materna), logo desde o ventre materno. carregada de emoções. que envolvem ou não a pessoa. podendo ser estruturante ou destruturante - a Francisca passa a "ver" mais ou a dar mais formas às imagens não figurativas ou informes que se lhe deparam, através do Rorschach. Por exemplo, na prancha II, em que primeiro se encontrava confusa e disfórica com uma impossibilidade de se ligar e "adaptar" ao material. passa a ver "dois elefantes" que é considerado uma resposta habitual ou banal.

Escolha +: III e V.

Escolha -: II e IV.

Associação temática: - SONHO?

"Ou não sonho nunca ou tenho sempre o mesmo sonho: uma praia sem fim nem princípio, não se vêem casas algumas nem, simplesmente, ninguém. Só o mar muito calmo, sempre com o mesmo tipo de areia e vejo sempre um ponto

de esferográfica, escuro, que penso que sou eu, que corre, corre, corre, vou sempre atrás do ponto, a querer apanhá-lo ou ele sou eu, sempre cansada, com o coração a bater e o ponto foge sempre, nunca o alcanço. Tive sempre este sonho até aos vinte anos, repetido, e às vezes ainda tenho, mas muito mais raramente. Às vezes sinto outra coisa estranha. À noite, quando vou à casa de banho, em que está tudo calmo, parece que sinto um eco na cabeça, a dizer: Quem sou eu? e até tenho necessidade de me tocar, apalpar para me sentir”.

- ILUSÕES/DESEJOS?

“Não tenho, porque tenho medo de me desiludir e não aguentar a desilusão”.

3 - CRITÉRIOS OU GRELHA PARA APRECIACÃO DO PROTOCOLO DO RORSCHACH. PROCEDIMENTOS DA METODOLOGIA DE ANÁLISE

1 - De que forma se liga o sujeito ao material:

- a) Solicitação perceptiva (manifesto, objectivo: forma, cor);
- b) Solicitação simbólica (latente).

2 - O que é que o sujeito coloca fora dele:

- a) A forma como ele se vê: representação do Eu;
- b) A forma como ele vivencia o Outro (familiar ou estranho);
- c) A forma como ele se relaciona com o Outro: representação sujeito-objecto.

3 - Relação clínica interpessoal (*setting*): especialização do segundo ponto.

4 - Ponto de vista teórico: identificação projectiva, simbolização, passagens, transformações.

4 - ANÁLISE DO RORSCHACH

4.1 - Análise do Rorschach, resposta a resposta.

Prancha I

1.1) A F. parte do real ou objectivo, mas...

1.2) passa rapidamente para a dimensão subjectiva desencadeada por um choque inicial ao negro (e cinzento) que se deixa arrastar por um turbilhão de afectos negativos, penosos e ameaçadores. Há uma certa mobilização narcísica que parte do real, mas trata-se de uma mobilização pouco evoluída, porque não é mediada pelo aparelho mental. É logo vivenciada em termos neurofisiológicos, sensório/perceptivos e motores como disruptiva.

2.1) Imagem de si anulada, caótica, ansiógena, em derrocada facilmente, transparente e, por isso, fragilizada.

2.2) Vivencia o Outro como algo de perigoso que a pode destruir, sobretudo, nas situações novas ou pessoas estranhas, com algumas características que lhe são desagradáveis.

2.3) Dada a imagem que tem de si não se sente confiante com os outros, que podem facilmente ser ameaçadores e desorganizadores para ela, evitando então a proximidade, o conflito, ficando as relações com os outros comprometida.

3) Está várias vezes em tensão, cansada, defende-se, retraindo-se, exige muito dela e, depois também dos outros, estranhos e familiares, como até da terapeuta. Mas, também sabe que a terapeuta não é intrusiva, respeita-a e ela sente-se protegida, apesar de, às vezes, achar esse seu sentimento estranho.

4) Verificam-se nela aspectos de um sentimento de ameaça interior, medo de regredir e defende-se através de mecanismos orofóbicos, de repulsão maciça, repugnância ou seja, aspectos evacuativos, introjectivos e projectivos. Uma projecção maciça de angústias e medos no *setting* terapêutico. São momentos na psicoterapia “pesados” e difíceis, mas cruciais, a fim de poder conter e elaborar, devolvendo à paciente em palavras e sem palavras uma imagem de integridade e quietude *versus* catástrofe. Para ela a relação entre o real e o imagi-nário, o devaneio, o extasiar, observar, evasão, identificação é muito próximo, chegando por vezes a confundirem-se. Corre o risco da alienação, daí o conceito de “somatopsicose”.

Prancha II

1.1) Com dificuldade em se ligar de novo ao real, ao percepto, porque ainda se encontra em choque e confusa ou bloqueada da primeira situação que lhe foi apresentada. É incapaz de se aperceber ou de dar forma ao que quer que seja.

1.2) Sente-se impotente, incompetente e a imergir nela própria, revelando a angústia da perda da forma. Só consegue encontrar alguma forma, depois de um certo tempo de se recompor e do nosso diálogo na prancha VI, quando pergunta se pode manusear as pranchas, voltando então atrás.

2.1) Desvalorização da sua auto-imagem através do “estou baralhada”, “não consigo adivinhar”, “fico confusa”, “sinto-se um bocado parada”, que remete para o sentimento penoso do “não ser” e de intensas falhas narcísicas. Manifesta uma angústia catastrófica, sem controlo ou domínio de si.

2.2) As situações que se lhe apresentam, sobretudo as desconhecidas e diremos, mais informes, são-lhe nocivas, desorganizadoras, como se a encadeassem e fulminassem.

2.3) Quando a paciente imerge num estado de obnubilação e desorganização, a representação de si fica sucumbida, bem como a relação sujeito-objecto.

3) Depois deste estado de esquecimento de si sem conseguir pensar, discriminar nada ou até sentir algo, pelo menos que fosse dizível, vai-se equilibrando na relação clínica e conseguindo explicar e exprimir o seu estado. Contudo, sente-se “inferior” ou submissa em relação à terapeuta como se a sentisse com poderes (“bruxa”) que ela não tem. Mas parece tratar-se de uma bruxa amiga, a “fada madrinha” e não inimiga ou “bruxa má”, que a ajuda a despertar do seu entorpecimento, sentindo a sua presença protectora e atenta, mesmo tendo-se ela própria, esquecido de si, imbuída no seu embrenhamento emocional. A interpretação que lhe foi feita não foi só no sentido da falta ou da necessidade, mas algo mais: “sinal de amizade”, feita no sentido saudável, para não reforçar os seus sentimentos de impotência e de dependência. As relações Eu-Outro, ficam por vezes sucumbidas pelas suas necessidades ávidas de presença, amor e amizade, dependendo, também por vezes, avidamente da presença protectora do Outro.

4) Parece ainda não ter interiorizado suficientemente, algo de bom e consistente funcionando como um escudo protecional. Só às vezes é que sente e pensa na relação estabelecida entre nós, funcionando como um ansiolítico. Mas, mesmo ainda parecendo precária a identificação e a interiorização efectuada tem sido o suficiente para se ir mantendo como um certo estado de equilíbrio, sem somatizar. A possibilidade das sessões semanais têm-na tirado de um estado de recalamento, para o (re)encontro de um estado de equilíbrio perdido. Sente que o percurso é difícil, mas começa a saber dar-lhe valor e a desejá-lo, relativamente, para poder continuar a melhorar. Já se permite ter memória e evocar emoções regressivas, de uma força impetuosa que a invadiam antes do início da psicoterapia, em que se entregava às trevas, ao cinzento ou escuro, ou seja, à sua escuridão interior. Recordar-se ainda de outro refúgio, antes dos vinte anos, em que a sua depressão estava calma ou

mascarada tal como a F. só vegetava e tudo parecia banal, igual, em aparente harmonia. Mas ela agora já sabe que, estando no negro (turbilhão de afectos) ou branco (exclusão de afectos da sua vida), era uma forma de virar costas à vida ou eram defesas impeditivas do desenvolvimento.

Prancha III

1.1) Depois de ter recuperado do seu estado de choque inicial, liga-se bem à realidade objectiva, revelando capacidade de se identificar com os outros, característica não verificável nos psicóticos.

1.2) Gosta de esculturas, é capaz de apreciar a beleza, as imagens, no geral, figuras que representam uma personagem ou divindade.

2.1) Dantes sentia-se “burra” sem capacidade de perceber ou analisar as situações. Actualmente o investimento de si já é maior, sentindo-se com mais força para emergir do estado submerso, em que por vezes se afunda.

2.2) Quando as situações não lhe evocam as suas dificuldades psíquicas, ligadas à depressão antiga e camuflada dos primeiros tempos de vida, ela sabe apreciar e ligar-se às situações, de forma deleitosa, saboreando o “belo”.

2.3) Quando não se sente ameaçada, também não sente os outros ameaçadores, já sente que tem um corpo e uma mente mais ou menos integrado.

3) Com a terapeuta sente-se mais capaz de ver as “coisas” porque já se valoriza mais, já se sente um ser pensante, podendo, desse modo, beneficiar com as experiências.

4) Perante a indicação inicial da técnica do Rorschach “o que é que isto pode ser?”, induz a uma situação de conflito: tem de se ligar à realidade externa ou

perceptiva mas apela, em simultâneo, à subjectividade e à projecção. Ou seja, a formulação da *consigne*, feita nestes termos, dirige o sujeito para a interpretação e não para a descrição. Este “jogo” do dentro e fora, das passagens e da possibilidade de simbolização, revelou-se extremamente difícil para a paciente: teve um choque inicial em que ficou submersa mas, logo na prancha III conseguiu equilibrar-se.

Prancha IV

- 1.1) Reage novamente ao negro, de forma negativa.
- 1.2) Invasa por afectos negativos associados ao negro.
- 2.1) Sente-se a eclipsar-se, reduzida a uma “formiguinha”.
- 2.2) O outro pode assumir para ela, uma dimensão infinita, que a assusta e a assola intensamente.
- 2.3) Por vezes sente-se ameaçada perante os outros que assumem um carácter terrificante. Porém, tal, trata-se de um “vulcão” que habita ou habitou no seu interior durante muito tempo e que, por vezes, ainda dá um sinal sintomático.
- 3) Também no *setting* terapêutico, por vezes, sente-se pequenina junto da terapeuta, o que não deixa de ser normal ou impeditivo da confiança que tem na terapeuta, pois sabe que pode falar dos seus diabos internos.
- 4) Os elementos beta, ligados à pulsão de morte ou à tendência necrófila, são projectados na terapeuta que os contém e transforma, devolvendo-os de uma forma mitigada e tolerante para a paciente, quer através da comunicação verbal, quer através da comunicação não-verbal. Tal interacção intersubjectiva permite à paciente a possibilidade de ela aceder à sua memória e de a usar, o

que se liga ao processo de simbolização. A verdade é que, apesar do conteúdo manifesto ser um tanto ameaçador, o seu discurso foi em simultâneo, calmo, elaborativo e pensativo. Falar das suas angústias e, desta forma, é já revelador, de uma certa capacidade de tolerar a angústia, condição essencial para se pensar.

Prancha V

1.1) Liga-se novamente e capazmente ao material apresentado.

1.2) Mas de imediato, vê “coisas”, a partir dos dados objectivos, transformando uma borboleta num caracol, o que não faz muito sentido, tratando-se de uma confabulação ou de uma resposta contaminada como que imbuída por um estado de obnubilação. Contudo, esta mudança ou transformação fá-la sentir-se bem mesmo sem perceber o porquê, funcionando no registo do narcisismo primário.

2.1) A sua auto-imagem, oscilando entre o, ora está bem , ora está mal é revelador de uma labilidade emocional com mudanças de ânimo fáceis, consoante os estímulos exteriores.

2.2) O Outro ora é vivido como terrífico, ora não! As mudanças são bruscas, imediatas, dificilmente mediadas pelo aparelho mental.

2.3) As relações intersubjectivas são facilmente mutáveis que implicam alguma perigosidade porque, ora terríficas e disfóricas, ora eufóricas e também disfóricas.

3) No contexto clínico, permite-se mudar facilmente de estado emocional. Talvez, porque já lhe é um contexto familiar onde sabe que pode estar à vontade, permitindo-se aí, as irrupções do seu Eu corporal directo, onde tem a

possibilidade de projectar os seus fantasmas.

4) Revela “adaptações” parciais à realidade, limites do Eu permeáveis, facilmente com a ingerência de estímulos positivos e negativos do seu interior, revelando uma personalidade emotiva que ora se sente, ansiosa, rígida e esclerosada com impossibilidade de pensar, ora age o conflito, em que também não pensa e parece estar também tudo bem. Este último funcionamento é semelhante ao funcionamento dos *bordelines*, como uma espécie de resistência contra o luto que se desenrola por uma incapacidade de regresso à posição depressiva.

Prancha VI

1.1) Conformidade ao material apresentado.

1.2) Sem vivência ou solicitação latente.

2.1) Representação de si, sem emoção, como que, sem cor ou branca.

2.2) O Outro também é vivenciado sem cor.

2.3) Tal como a relação Eu-Outro.

3) As situações ora lhe parecem ser terríficas que a bloqueiam, ora eufóricas, ora indiferentes, como que sem cor, tornando-se apáticas.

4) Reconhece a sexualidade (órgãos genitais), dá então respostas corporais ou anatómicas o que parece ser um índice de bom prognóstico. Contudo, o reconhecimento dos órgãos anatómicos, são entendidos como, um detalhe corporal, que não parece estar em interacção. Não são evocadores de emoções ou estados internos podendo-se falar, eventualmente, num rigor moral ligado à

sexualidade (como no pensamento de Sami-Ali), mais do que num empobrecimento da sexualidade (como pensava Marty).

Prancha VII

- 1.1) Liga-se ao material apresentado razoavelmente bem.
- 1.2) Continua num estado indiferente, sem que as imagens lhe evoquem quaisquer vivências interiores.
- 2.1) Na representação de si, já tem ideia do seu corpo, que já não é esquecido, mas ainda não muito compreendido ou integrado no seu todo.
- 2.2) Também não há muita percepção do corpo do(s) Outro(s).
- 2.3) Reconhece as relações interpessoais, como sendo intercorporais, com dificuldade de perceber uma Gestalt ou imagem integrada nas suas diferentes partes.
- 3) Dificuldade na relação interpessoal, que já é reconhecida, mas ainda lhe é um tanto indiferente.
- 4) Apresenta algumas dificuldades nos processos de diferenciação e edificação do seu corpo que se reflectem a nível de dificuldades da comunicação. O reconhecimento do seu Eu corporal, mas ainda difuso, pressupõe que os limites do Eu, entre o que está dentro e o que está fora ainda não é muito consistente. Revela dificuldades ao nível da posição depressiva que pressupõe a capacidade de representar e tolerar a falta de objecto e do simbolizar. Isso supõe a capacidade de separação e ao mesmo tempo de ligação dos elementos que faz parte das relações objectais, da possibilidade de abstracção e criatividade ainda insuficiente nesta paciente.

Prancha VIII

- 1.1) Liga-se ao material capazmente.
- 1.2) Mas é-lhe evocada uma separação (“duas partes diferentes, dois animais”) com dificuldade de ligação ou integração.
- 2.1) Parece esboçar-se nela um objectivo ou projecto, mas ainda muito “coisificado” ou concreto, sem ser sonhado, desejado, ligado a um estado interior de bem estar intra e intersíquico.
- 2.2) O Outro é vivenciado de uma forma separada, com dificuldades de aproximação e de ligação, parecendo tratar-se de uma pseudo-autonomia.
- 2.3) Tal, repercute-se nas relações interpessoais que serão mais relações narcísicas do que objectais ou genitais.
- 3) Também no contexto clínico, às vezes, parece precisar muito da terapeuta, outras vezes parece prescindir dela, com dificuldade de estabelecer uma relação, utilizando defesas maníacas, tentando mostrar a si própria que já é crescadinha e capaz de dispensar a ajuda terapêutica.
- 4) Ora apresenta introjecções e projecções maçicas, com perda dos limites do Eu, revelando-se transparente, em derrocada e caótica, ora, apresenta-se com defesas um tanto maníacas (controlo, triunfo) como que lutando sozinha o que parece ser uma defesa ou um evitamento à proximidade e à relação.

Prancha IX

- 1.1) Dificuldade de se adaptar ou dar forma, símbolo ou nome ao que observa, ou ao simbolizado. Contudo, sabe-se a nível teórico, que esta é a prancha mais

recusada por ser a mais difícil.

1.2) Fica tensa com dificuldade de dominar o real externo e interno, sem qualquer mobilização narcísica.

2.1) Insegura perante a complexidade do real externo.

2.2) O Outro, quando vivenciado de forma complexa, é entendido como caótico e desorganizador.

2.3) A relação Eu-Outro fica comprometida, dado o sentimento de impotência que por vezes a assola.

3) Às vezes sente que não precisa da terapeuta, outras vezes sente-se indefesa e perdida, incapaz de pensar o que quer que seja, entregando-se por completo à ajuda da terapeuta, à sua função de *rêverie* ou função pensante.

4) Dificuldades de simbolização com derrocada das suas defesas, perante os problemas, ficando num estado de estupor, apoplexia mental, assombro e entorpecimento ou ausência de luz na sua mente.

PRANCHA X

1.1) Dificuldade de perceber objectivamente a situação.

1.2) Evocação de emoções um tanto destrutivas, denotadas no “fogo de artifício”, que não é visto pelo azul, mas certamente pelos “raios”. Denotadas também, no “tronco bifurcado”, possivelmente corroído e/ou minado por “bicharocos, bactérias, micróbios...”.

2.1) Representação de si um tanto anárquica e, por vezes, deteriorada.

2.2) O Outro é impercepcionável e confuso.

2.3) A relação interpessoal, por vezes, parece impossível, dada a imagem de si em “destruição”.

3) Apesar de verbalizar os seus fantasmas cortantes como um “raio” que a corrói na sua essência existencial, não se mostra tensa e em disrupção, à semelhança dos seus conteúdos, com fragmentos anárquicos e sem funcionalidade. A paciente consegue falar e regredir a um nível arcaico do seu âmbito problemático, sem se desorganizar. Consegue alguma serenidade, não se deixando afundar pelo discurso caótico que já não lhe despertam vivências esmagadoras.

4) Pelo processo de identificação, no *setting* terapêutico, as suas ânsias persecutórias e depressivas, são-lhe já, de certo modo, toleráveis, transformáveis e com possibilidade de aceder à simbolização.

4.2 - Conclusões sobre o funcionamento mental da cliente.

Perante uma situação exterior, liga-se a ela mas quando a situação não é clara ou se lhe revela difícil, passa facilmente para uma vivência subjectiva de afectos negativos, com associações fracas ou pouco evoluídas. Revela uma certa fragilidade egóica com limites do Eu pouco consistentes, e um aparelho mental defensivo pouco eficiente e eficaz. Várias vezes, defende-se pelo recalçamento com inibição, retracção e bloqueio, através do “não sei”, “não consigo” e “não vejo”, revelando uma certa imagem de si de incompetência e impotência, sem valor, sem pensamento e sem corpo que, desta maneira, não haveria possibilidade do cabelo crescer. Outras vezes, manifesta-se apática, sem cor, “branca”, sem subjectividade, indiferente, em conformidade apenas, normativa e hiperadaptada, sem emoção ou sem opinião. Sem possibilidade

também de ser assertiva, facilmente proporcionando a invasão da sua esfera individual, ao nível dos valores, expectativas e mesmo dos aspectos materiais. Manifesta também uma introjecção maciça que lhe provoca um sentimento de aluimento interno e angústia catastrófica. Por vezes, revela uma projecção maciça, em que utiliza defesas mais maníacas, como a clivagem, controlo e defesas orofóbicas, de repulsão que funcionam como aspectos evacuativos necessários, por vezes, para reencontrar a sua homeostase. Ou seja, apresenta uma estrutura emocional básica sem embasamento que, por isso, facilmente corre o risco de se afundar. Sente como que um vulcão no seu âmago, como que uma cratera poderosa em perigo iminente mas oculto, como se de uma “fenda” se tratasse, decorrente de algo que lhe foi traumatizante, na formação do seu Ser. Apresenta sequelas, ora negras, quando o “vulcão” não está em erupção, ora em hemorragia quando expelle as suas matérias inflamadas da cor de sangue, como um turbilhão de fogo que assume características devastadoras e abrasadoras, curto-circuitando ou queimando todo o seu self físico e psíquico, com carácter de flagelo ou de calamidade. Nas alturas em que o “vulcão” está activo, aparece com cores, fagulhas brilhantes ou clarões coloridos, sobretudo avermelhados. Esta imagem do “vulcão”, parece-nos pertinente no seu caso, dado a paciente reagir de forma desorganizada, anárquica ou caótica, às pranchas do Rorschach que tinham cores negras ou avermelhadas.

A solução que ela encontrava na sua vida, mais habitual e equilibrante para não se encontrar ora na escuridão (negro; depressão camuflada) ora no vermelho, quando se sentia descompensada, era a apatia, porque sentir algo, era poder aperceber-se da ameaça que habitava no seu interior. A sua defesa era permanecer sem emoção, sem subjectividade, sem mobilização dos recursos internos, sem significação e pensamento, característico da problemática psicossomática, com adesão às normas de comportamento aplicadas pelos pais e outros. Esta imagem um tanto debilitada e desmedida de si, fá-la retrair-se na relação e à relação, por ter, ora um valor de sinal

negativo, disruptivo e apático ou paralizante, ora um valor eufórico, disfórico e consequentemente também disruptivo. No entanto, esta imagem obtida através das suas respostas à técnica do Rorschach, devem ser enquadradas no contexto em que ocorreram, num *setting* que lhe é familiar ao nível, quer do espaço físico quer humano (terapeuta) que lhe possibilitou a expressão espontânea das suas emoções. Esta possibilidade é, já de si, terapêutica, como condição *sine qua non* para poder ter memória, pensamento, dar significado e sentido à sua vida, com um desejo de ter projectos, apesar de estes ainda serem difusos ou em esboço.

4.3- Relação entre a análise dos dados clínicos e os do Rorschach.

Tal como R. Ghiglione e B. Matalon (1993) referem, “(...) o seu discurso só pode ser interpretado se relacionado com as condições em que foi produzido (...). As respostas não são produzidas num vazio social”. Ou seja, a cliente deu respostas bastante ricas e/ou autênticas dado já conhecer a psicoterapeuta e manter com ela uma boa relação terapêutica. Porém, na maneira como respondeu, revela ainda falhas na sua Personalidade que têm de se consubstanciar mais. É de referir que a paciente apenas anda em psicoterapia à menos de um ano e meio com uma periodicidade semanal de sessões, o que corresponde ainda a pouco tempo. No entanto, pela clínica, temos conhecimento que fora do *setting* terapêutico ela já desenvolveu a capacidade de avaliação e discriminação das situações, percebendo que a espontaneidade é perigosa na sociedade e que apenas, no *setting* terapêutico, a “loucura” e/ou a associação livre é permitida. A sua tensão e ansiedade inicial estão muito mais mitigadas e controladas, que funcionavam como poderosos inimigos para a sua saúde física e psíquica, com consequências a nível do sistema circulatório, essencial para o crescimento e manutenção do cabelo. Não há dúvida que já se verificam melhoras, sobretudo ao nível da sua capacidade elaborativa, ainda que não muito evoluída, com circulação ao nível das suas instâncias psíquicas

que lhe têm permitido manter o cabelo que começou a nascer no final de 1995, com a ajuda de um tratamento dermatológico. Neste momento, já não toma cortisona, refere que se sente melhor e que mesmo as pessoas lho dizem e reconhece que se não fosse o tratamento psicoterapêutico o cabelo já lhe teria caído novamente, por situações de *stress* por que tem passado. A sua capacidade onírica ainda é insuficiente, mas mais por medo de sonhar e não conseguir realizar os seus sonhos do que por uma incapacidade onírica inerente. O sonho ou pesadelo repetido durante tanto tempo, referido na associação temática acerca do “sonho” depois da passagem do Rorschach, praticamente já se extinguiu. O pesadelo repetido ao longo da sua vida, “do ponto da esferográfica”, liga-se à sua estrutura emocional básica, que mesmo sendo um ponto, de pequenas dimensões, é intenso, poderoso e ameaçador. Está ligado à metáfora do “vulcão” que, ela gostaria de conhecer para se sentir com mais poder, indo às suas origens ou filiação, mas tocar com o “dedo na ferida”, é por ela sentido como podendo ser mortal. É qualquer coisa de sagrado, que se for tocado pode desencadear fustigação ou um dilúvio que a dilui.

Sentimos que esta “operação de drenagem” é possível pela e na psicoterapia mas devagar, para ir limpando e cicatrizando gradativamente e eficazmente, dando tempo para que a paciente vá adquirindo a sua própria imunidade psicossomática, não se sentindo assustada com este processo, nem o sentido muito doloroso. Caso contrário, aumentar-se-iam os níveis de ansiedade e angústia que por serem intoleráveis seriam contraprudentes. Corria-se o risco de a paciente também abandonar as sessões ou faltar por vezes, para além de ter recidivas ao nível da sua alopecia. Costuma-se dizer e, concordamos inteiramente, que às vezes é mais difícil, manter e melhorar o período de convalescência do que proceder ao tratamento em si. Ao nível dermatológico encontra-se apenas em convalescência uma vez que já não está a tomar cortisona ou a fazer qualquer outro tipo de tratamento. É de todo importante manter o seu estado de equilíbrio encontrado, a fim de não somar situações de

fracasso repetidas, de quedas do cabelo, que só complicam a possibilidade de um certo nível de auto-estima e auto-confiança securizante. Todavia, não se evitam a todo o custo eventuais problemas ou situações conflituais, como se não se vivesse. A perspectiva é de ir lidando e pensando na sua vida, confiante de que, logo que surjam problemas, se reflecte sobre eles.

Antes de iniciar o processo psicoterápico, o seu estado “normal” era não ter cabelo. Ou seja, havia já a esse nível, física e mentalmente uma cronicidade ou inversão, mas em relação à qual ela já estava habituada. Daí o seu dilema, quanto ao ter ou não ter cabelo. Desejava muito tê-lo, mas parecia-lhe que quando não tinha cabelo, não tinha problemas; quando tinha, tudo lhe aparecia: estrias, varizes, parecia que todos exigiam mais dela, sobretudo o marido e os filhos, o que lhe causava um grande cansaço. É claro que o processo destrutivo é mais fácil do que o construtivo. O afundar-se é mais fácil do que o afirmar-se, sobretudo ao nível imediato parece mais fácil. Mas a médio e longo prazo ela não pensava, nem vislumbrava as implicações daí decorrentes. A sua inconsequência ou o não pensar no presente e no futuro era uma forma de também não pensar no seu passado. A sua temporalidade individual seria um pesadelo que, como no sonho, o tempo é atemporal ou não discriminativo no qual facilmente naufragava. O recalcamento, clivagem, negação e denegação da realidade pareciam defesas mais simples para ela, defendendo-se do seu núcleo pessoal ameaçador, conseguindo desse modo alguma homeostase transitória, mas eram defesas, afinal impeditivas e comprometedoras da preservação do seu ego e de situações que ameaçavam a sua integridade, desde logo ameaçada. Funcionava neste círculo vicioso já instalado, necessitando de tempo para a mudança e consistência do mesmo.

Com os filhos tem uma relação mais “leve” mas tem por vezes, dificuldade em pôr-lhes limites, o que é mau para eles e para ela. Este seu receio de pôr limites, liga-se ao facto dela ter sentido que exigiram muito de si, e por vezes cai no extremo com receio de traumatizar também os filhos, acabando por ser

permissiva e pouco firme.

Esta débil firmeza em relação aos outros está ligada à ideia que tem de si, um tanto fragilizada, com pouco auto-estima e com receio de enfrentar os problemas, proporcionando que os outros invadam o seu próprio *self*. Dados os limites do seu Eu, ainda pouco firmes, sentindo-se um tanto transparente e com uma insuficiente imunidade psicossomática, defende-se das situações que lhe evocam eventuais conflitos, com receio de desequilibrar o seu estado de equilíbrio já conseguido, ainda que precário. A sua transparência é psíquica e física apresentando uma pele lívida, com as veias facilmente visíveis, ao longo do seu corpo. Os outros são ainda de algum modo, vividos ora como ameaçadores, ora como eufóricos ou idealizados, em que pode agir os seus conflitos, ambas as situações disfóricas e com o risco de serem disruptivas para o seu *self*. A sua capacidade de separação e ao mesmo tempo de ligação dos elementos que faz parte das relações objectais e que permitem a possibilidade de abstracção e de criatividade, são ainda insuficientes nesta paciente.

5 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

5.1 - Integração teórica.

Com este trabalho pretendemos compreender os aspectos emocionais, entre outros, presentes no adoecer somático, concretizando com um caso clínico. Como profissionais de psicologia, obviamente que são os aspectos emocionais os que mais nos interessam e, não só por isso. Tentamos relevá-los, sabendo que não são exclusivos mas cruciais, apesar de paradoxalmente, serem muitas vezes negligenciados ou meramente registados. Talvez por serem os mais difíceis de resolver, devendo haver a humildade de encaminhar, elucidar e orientar os pacientes para os terapeutas do foro psicológico, a fim de uma intervenção mais global, em vez de diferida. Esta última postura implica passar ao lado do problema, dos aspectos fundamentais, quando não centrais. Se a nível teórico esta perspectiva mais abrangente ou humana do paciente é um facto, a nível prático, da prática clínica, ainda não é uma realidade. Há um hiato entre a teoria e a prática que persiste eivada de limites e anacrónica que, talvez espelhe a falta de amadurecimento pessoal e profissional, de muitos dos profissionais de saúde. Parece, apesar de tudo, mais fácil lidar, para além dos sintomas físicos, com o aspecto social do sistema de diagnóstico, do que com o aspecto psicológico. Este é uma faca de dois gumes: a riqueza e o drama humano. Olhar para esta dimensão do outro, implica inexoravelmente olhar para o próprio, o que é uma tarefa difícil. Mas parece-nos, sem sombra de dúvida o seguinte: vamos tanto mais longe com os outros, quanto mais longe formos connosco próprios, ou que, o desenvolvimento pessoal e profissional andam a par e passo. Isto implica, desde logo, outra intervenção ou capacidade de efectuar a entrevista clínica. Contudo, o que se verifica ainda é que, vários profissionais de saúde utilizam pouca empatia, evitam o próprio contacto visual com os pacientes, não clarificam as queixas somáticas e têm uma preocupação quase exclusiva com estes sintomas, colocam demasiadas questões

fechadas e fazem um uso diminuído de questões psicológicas. Pode mesmo falar-se de maus entrevistadores, sem formação nem treino em técnicas de entrevista. Nomeadamente, os conhecimentos e intervenções prestados nos centros de saúde, pelo médicos de família ou clínicos gerais que são, muitas vezes, o primeiro ponto de contacto e de triagem, análises de registos video de consultas de clínicos gerais demonstraram que mais de metade dos pacientes que registaram em questionários, antes das consultas, sintomas de doença psíquica, não os mencionaram perante o médico, nem aparentaram doença óbvia perante os observadores. Isto implica que os médicos falham diagnósticos de doenças psíquicas quando estão perante elas. Tendem ainda a não atender a sinais verbais e não-verbais de doença durante as entrevistas médicas, (D. P. Goldberg e P. Huxley, 1980). Isto é um problema porque as dificuldades podem passar, mas também podem agravar-se. No entanto, estas atitudes ou intervenções médicas não são exclusivas dos clínicos gerais. “Uma dificuldade semelhante tem sido demonstrada a nível do hospital geral, verificando-se que na presença de doenças físicas graves o diagnóstico de perturbações emocionais é muitas vezes difícil. Assim, estudos em que se compararam os resultados da avaliação efectuada pelos médicos com os resultados obtidos com *General Health Questionnaire* revelaram que entre 35% e 49% dos casos positivos, de acordo com este instrumento, não eram detectados pelos médicos assistentes” (C. de Almeida, M. Xavier e outros, 1992). Estas constatações não colocam os “psi” imunes. Lamentavelmente, também aqui, há bons e maus profissionais e os conflitos não são só interclasses mas também intraclasses, necessitando também, de amadurecimento.

Sabe-se que a estruturação da consciência do Eu dá-se a partir do processo de interações da criança recém-nascida com o mundo, através das experiências de gratificação e de frustração. A busca de satisfações elementares, como a saciação da fome, do sono, a necessidade de carinho, aconchego e de conforto físico são sentidos como fundamentais logo a partir do nascimento. Estas

satisfações iniciais são essenciais dando à criança a ideia de que ela e o mundo são uma coisa só para depois, e gradativamente, a criança descobrir o mundo à sua volta como diferente dela. Neste caso, a paciente parece ter sido tolhida desta satisfação inicial de prazer, que em vez de sentir tranquilidade e serenidade, sentiu desde logo inquietação. Estas primeiras vivências, são vivências corporais e é a partir da organização sensório-perceptiva que a criança descobre os seus limites e dimensões, primeiramente corporais e motoras que originam o Eu físico. A par deste desenvolvimento neuropsicomotor, o desenvolvimento cognitivo e motor ocorre em simultâneo, desenvolvendo-se o Eu psíquico, quando a criança deixa de se referir na terceira pessoa do Eu e passa a usar a palavra Eu e seus derivados (Meu, Minha). O Eu psíquico irá completar a estrutura do Eu físico, compondo então o Eu (*self*) no sentido mesmo do termo. O esquema corporal e posteriormente a sua auto-imagem, organizam-se através de bases neurofisiológicas inatas da criança e do processo de desenvolvimento e aprendizagem resultante do meio onde está inserida e com o qual se relaciona. A primeira relação de objecto que se estabelece deveria ser exclusiva e singular, a fim da criança poder desenvolver uma percepção organizada do Espaço, não só do seu corpo (suas dimensões, limites e formas de utilização), como também a interacção desse corpo com o espaço externo e desenvolver a noção de espaço psíquico, onde vai adquirindo a capacidade de perceber e simbolizar seu lugar no mundo nas diversas relações e sistema em que está inserida e na própria relação consigo mesma. Gradativamente a criança incorpora também a noção de Tempo Físico e, depois do Tempo Psicológico, aproximadamente a partir dos sete anos, onde se adquire uma noção clara da nossa finitude; a consciência da inexorabilidade e irreversibilidade da morte que tem papel primordial neste contexto. Com a noção do Tempo Físico e Psíquico torna-se possível uma representação de historicidade da nossa individualidade enquanto seres humanos (história personalizada na sua tripla dimensão: passado, presente e futuro). A criança percebe que é no presente que deve intervir e realizar a sua história, projectando no futuro e desejando vir a ser algo, com a angústia de que

também “pode deixar de ser” (V. A. Angerami-Camon e outros, 1996). Nesta paciente, o núcleo ou base da sua identidade ficou desde logo comprometido, podendo falar-se na “falha básica” (M. Balint, 1968), que corresponde a um desfazamento entre as necessidades do bebé e os cuidados recebidos, ao nível das fases mais precoces. O primeiro objecto que a criança descobre, identifica e reconhece como fazendo parte do mundo e como sendo o seu primeiro amor, é a mãe ou outra figura materna.

Sabe-se que, se os problemas da relação estabelecida com o pai, podem mais tarde, criar dificuldades psicológicas. No entanto, as dificuldades estabelecidas desde logo com o primeiro objecto de relação (figura materna) trazem, no geral mais problemas, uma vez que atingem as estruturas basilares ou os alicerces do Eu. Todavia, não podemos ver o desenvolvimento da criança na sua relação com as demais pessoas, de uma forma estratificada ou estática dado que, desde logo, os processos de interacção humana são dinâmicos e indissociáveis. Isto é, se em primeiro lugar a figura materna parece mais próxima da criança, ou aparece em primeiro plano, a figura paternal não deixa de estar também presente e marcar a sua influência directa ou indirectamente. Nesta paciente a primeira experiência de amor, êxtase e bem-estar, logo na relação a dois de que fala Balint, parece-lhe ser estranha, sempre em falha, como se sentisse um “buraco negro” ou “vulcão” que lhe evoca uma angústia de morte ou aniquilamento, em vez de sentir dentro de si, algo que lhe dê vida, força ou alicerces suficientes para não se desorganizar face aos conflitos da vida e da angústia de poder um dia vir a “não ser”. Sentiu que nunca se aproximou o suficiente da sua mãe, acabando também por não se separar o suficiente, para ter o seu próprio espaço da criatividade, ensaiando o viver de mini-crisis, persistido na crise básica. É que o poder afastar-se ou a “capacidade de estar só”, só é possível quando se sabe que alguém está por trás, ao lado, em qualquer lado está, mas que está lá e funciona como um suporte, uma confiança. Isto é possível no *setting* psicoterapêutico ou psicanalítico, em que há uma atmosfera particular ou singular, com um espaço

relacional, pontualidade de atendimento, quietude do gabinete nas sessões, atitude de recolhimento e de reconhecimento do paciente, do seu modo de se relacionar com os objectos quando em fase regressiva, pela sua atitude empática de escuta, pelos seus gestos, expressões faciais e posturais e pelas suas palavras pensadas e cuidadas, promovendo a aliança no momento exacto com a parte doente do paciente mas virada para a vida.

O silêncio, por vezes encontrado na terapia e de modo que ele seja fértil e não estéril, a fim de encontrar a “zona de criatividade” (M. Balint, 1993) do paciente, só é possível nesta atmosfera muito especial: uma atmosfera em que o paciente pode estar só, porque paradoxalmente, ele sabe que o terapeuta está ali e pode regredir, porque quando voltar ele continua a estar ali. A condição de vida inicial desta paciente, implicou uma estranheza de si mesma e dos outros, alterações na orientação autopsíquica (Tempo e Espaço Psicológico) e alterações na orientação alopsíquica (Tempo e Espaço Físico). A “cratera” que sente no seu interior, confirmada pela técnica do Rorschach, corresponderá à separação da sua mãe, à qual nunca se sentiu unida. As recaídas e o adoecer somático, correspondem a uma regressão profunda que ocorre, perante situações em interacção com o sujeito, em que ele revive situações precisas de não harmonia, não tanto ao nível alimentar mas certamente, ao nível do ser acariciada, embalada, de que a paciente tanto se queixa e nunca foi satisfeita. Esta brecha precoce ou cicatriz aberta é um ponto fraco ou vulnerável à entrada na doença física e psíquica, ou a “curas” momentâneas da doença, como se tratassem de “curas” milagrosas. Esta “falha básica” fazendo logo parte do Eu físico, faz parte da constituição do próprio indivíduo, no sentido biológico e psicológico. Tal como refere M. Klein, o êxito no estabelecimento de um “bom” objecto interno na primeira infância, é uma pré-condição para a capacidade de tolerar ansiedades futuras quanto à perda e à separação. Pela existência de uma falha inicial na psicossomática, tende-se à constituição de um falso *self* ou de um *self* prematuro que conduz a um sentimento de vazio e de futilidade. Estas insuficiências do bebé poderão ocorrer por suas exigências

excessivas (por causas biológicas), insuficiências da mãe que podem resultar num comprometimento desta harmonia total, que deixará para sempre uma lacuna dentro do indivíduo, em que os vestígios ora estão calmos, ora irrompem e provocam o adoecer somático.

Inserido na Teoria das Relações de Objecto, nosso quadro teórico de referência, faz parte também Winnicott que complementa as formulações de Balint quanto ao processo de individualização defendendo que ele se apoia no desenvolvimento articulado do somático e do psíquico e que leva ou não à emergência do *self*, desde que se processe no seio de um ambiente favorável: “ambiente sustinente” (*holding environment*) e uma “mãe suficientemente boa” (*the good enough mother*) que através da identificação, sabe quais são as necessidades do seu bebé. A dimensão biológica, psicológica e sociológica do ser humano surgem já indissociavelmente ligadas, desde os primórdios da vida. Segundo Winnicott (1953; 1956, 1975) a partir da relação inicial de ilusão, a criança encontra/cria uma área entre a criatividade primária e a percepção objectiva baseada no consenso da realidade, através dos objectos transitórios que é a sua contribuição mais original. Corresponde a uma zona intermediária que não pertence nem à realidade interior, nem à exterior e que pertence ao mundo das artes, da religião, da vida imaginativa, da criação científica, que permanece ao longo de toda a vida e que permite encontrar nela um sentido. Se não se verificar a continuidade de existência assegurada pelo ambiente representado pelos cuidados maternos, o estar só constitui para o bebé uma experiência terrivelmente assustadora: a experiência da desintegração, resultante das sensações, percepções, sem um ambiente sustinente, que leva o bebé a ter o sentimento de que se está a desintegrar em partes desligadas entre si. Nesta perspectiva, a doença física representa uma ameaça à integridade do Eu corporal, cujo sofrimento vem reproduzir a ameaça de desintegração vivida nas fases mais primitivas da sua existência e pode, consoante os casos, acabar mesmo por ser disruptiva. A capacidade de estar só e poder ter esperança só é possível se soubermos que alguém gosta de

nós e se lembra de nós. A via mental das pessoas desenvolve-se na e em interacção com os outros e, é por isso, que se tratam as pessoas numa relação. Sendo assim os terapeutas não são considerados “objectos” como coisa em si, mas pessoas, senão seriam uns *robots*. Tal como, por vezes, os medicamentos, as palavras do terapeuta, bem como as canções de embalar que podem tranquilizar o bebé, funcionam como objectos transitórios para o paciente.

5.2 - Discussão dos resultados e conclusões.

Não restam dúvidas de que o funcionamento psicossomático estudado e, inclusivé, encontrado nesta paciente vai ao encontro da hipótese previamente estabelecida: com limites frágeis do Eu que ora se defende, sendo como os outros, não “tendo” subjectividade, persistindo numa apatia, com recalçamento, denegação e negação da realidade dos seus conflitos e outras vezes ocorre uma derrocada interior, quando algo lhe desperta emoções traumatizantes, ligadas à primeira relação de objecto que desperta a iminência da angústia de morte ou de aniquilamento, que se ligam a cicatrizes, algures ocorridas em si, que são pontos fracos e que nunca foram sarados. Lembrá-los, há o perigo hemorrágico com consequente desorganização psicossomática. Outras vezes, pelo seu sentimento de fragilidade, reage com defesas maníacas, como compensação em relação às suas falhas e susceptibilidades narcísicas, podendo assim ser admirada, já que não se sente devidamente amada, sendo a “mãe de todos”, ou sendo a sua própria mãe, da qual nunca se aproximou mas, também, nunca se separou e, desse modo, dificilmente acederia ao estatuto de sujeito. Para Balint (1993) a doença é um reviver do sofrimento primário da lacuna básica da primeira relação, que é sempre dual e não uma mono-relação. Para ele é a regressão ao nível da criatividade que pode possibilitar à pessoa organizar a sua doença. Para isso é fundamental ou vital, o estabelecimento de uma relação a dois, no seio da qual a paciente possa reencontrar a harmonia perdida com os objectos, o que é possível no *setting* terapêutico. Com efeito, é

a partir da regressão ao nível da primeira relação que se poderá corrigir a deficiência e ter um “novo começo”. Pensamos assim, que é preciso criarmos condições físicas e humanas, dar espaço e tempo para que o processo de desenvolvimento ocorra.

Estas verificações e conclusões ligam-se à hipótese inicial, não sendo apenas confirmadas mas aprofundadas e alargadas. Quer estando no registo da conformidade ou banalidade, quer estando no registo do controlo, ou derrocada completa, acaba por estar em situações extremas e clivadas, tensa e em ansiedade que em nada abona para a sua saúde psicossomática, pois comporta um cansaço e desgaste permanente, tornando-se num terreno propício para o adoecer e, inclusivé, para a somatização. Nestes modos de funcionamento não havia lugar para o pensamento, mas apenas um modo de funcionamento linear, directo, concreto e reactivo, sem qualquer mediação ou elaboração mental. Para tratar estes (e outros) casos é preciso gostarmos dos pacientes, sendo isso essencial para o sucesso da relação terapeutizada. O tratamento deve ser pessoal, flexível, empático, visando um encontro real possibilitando outra identificação com o objecto modelo da relação, que activa o *self*, permite o renascer, a transformação do ser e o desenvolvimento da sua capacidade de auto-análise *versus* um atendimento impessoal que permeia a intervenção clínica tradicional.

O adoecer é sempre individual, singular e com características próprias. Em relação ao atendimento impessoal, Ribeiro (1993) define o hospital como sendo muitas vezes, “(...) uma oficina e o médico seu principal mecânico. Cumpre a ele fazer com que a máquina humana-homem retorne o mais depressa possível à circulação como mercadoria ambulatória”. Mas como descurar o imaginário já que a doença é sempre existencial e vivida ou fantasiada de modos diferentes consoante os sujeitos? Pode-se dizer, que o imaginário é o determinante número um do êxito ou fracasso do tratamento e não apenas, o tratamento em si. Ou seja, a repercussão da doença, o seu

prognóstico, depende essencialmente, das ideias criadas no imaginário do paciente que, por isso, devem ser tidas em conta. As condições emocionais são bastante significativas no processo de evolução ou involução do paciente. Cercear, coarctar ou condicionar as emoções, por uma relação impessoal de alguns técnicos de saúde, é então um verdadeiro logro. É fácil estar nessa “relação” impessoal ou até na “relação” através da tecnologia de ponta, que mitiga a dor, mas não dá lugar ao existir humano. A fim de se terem em conta os aspectos emocionais dos pacientes, o terapeuta também tem de ter em conta os seus. Ou seja, não podemos descurarmo-nos de nós próprios, da nossa estrutura pessoal, muitas vezes necessitando de um espaço pessoal para também reflectir, (sobre as nossas dificuldades e angústias, pois lidamos com uma gama de sentimentos penosos e pesados, como o desespero, a angústia, a impotência, a insegurança, medos e frustrações), realizar um trabalho digno, adequado e pensar nos outros. Podemos concluir que o adoecer é sempre um adoecer humano e não biológico. Sobretudo, apenas o tratamento biológico revela-se insuficiente ao nível da manutenção das melhoras, com a possibilidade fácil de recidivas. Pensamos que não é cairmos no “exagero” da psicossomática, em sentido lato, ou no extremo oposto, dando primazia ao humano sobre o biológico. A nossa perspectiva do Homem é integrada, apesar de se poder e/ou dever focalizar o problema com intervenções específicas, mas nunca perdendo de vista, a visão totalista ou globalista do Homem e as relações funcionais e dinâmicas entre o psíquico e o soma, bem como as relações que estabelece com o seu meio circundante. Independentemente dos casos dos pacientes psicossomáticos a perspectiva subjacente a todas as enfermidades deveria corresponder a este modelo integral do ser humano.

Não pensamos que nos casos psicossomáticos haja, efectivamente, uma incapacidade de simbolização (apesar de, por vezes, funcionarem como tal, podendo falar-se numa pseudoincapacidade), a menos que hajam causas orgânicas profundas com lesões cerebrais. Só estes casos com base orgânica, é que podem conduzir à morte psíquica em diversos graus. Nos pacientes

psicossomáticos há uma dificuldade de uma adequada capacidade de pensar, pela intensidade emocional que, por ser traumatizante, o indivíduo defende-se e até se exclui de si e dos outros. Ficando à mercê da sorte ou do azar, em que tudo poderá acontecer, dependendo do meio e do seu sistema nervoso vegetativo, autónomo ou involuntário (parte biológica), em interacção com o meio circundante. Há, portanto, uma dificuldade de dar significado às suas emoções e representações e de as gerir, porque se ligam a maior parte das vezes a afectos negativos, mas não há um vazio emocional. Nem pensamos que haja uma dificuldade de expressão dos afectos, no sentido da alexitimia, apenas não se permitem manifestar as suas emoções ou os seus sonhos, porque são muitas vezes pesadelos, com um carácter pesado, no sentido do termo, revelando uma impotência viciosa e angústia intensa, sem vislumbrar uma saída. Por outro lado, não ousam sonhar como se isso fosse proibido ou criminoso em consonância com os princípios da conformidade. Há, então, uma urgente e “permanente” capacidade de *rêverie* da terapeuta, auxiliar da precária capacidade onírica da paciente, a fim de desenvolver esta capacidade e a construção de significados e de projectos.

Foi uma longa e tortuosa “aventura humana”, esta a da complexidade da psicossomática, mas também apaixonante pelo livre florescimento daí decorrente, pensando que crescemos e produzimos algo e que, à imagem de um parto, as noções de doença e saúde possam continuar a amadurecer, sobretudo ao nível da realidade ou da prática clínica. A elaboração desta tese conduziu-nos ao nível do funcionamento protomental ou às origens do pensamento, do mundo interno, o que não deixou de ser uma tarefa árdua, “perigosa”, dados os momentos regressivos teórico-práticos por que passámos, numa implicação afectiva inerente a toda esta investigação, obrigando-nos a tolerar as dissonâncias, implicando, em simultâneo, uma distância essencial e asséptica para um trabalho de recriação e integração de anti-teses, fruidora de uma experiência emocional e estética. Assim, apesar da aparente banalização com reenvio constante ao concreto e real externo, esta problemática assumiu-se

como um desafio em encontrar e desvendar o sentido oculto/latente, a riqueza e o drama das emoções e a subjectividade que se encontravam hibernadas e, segundo diversos autores, até seriam inexistentes. A possibilidade de transformar a fenomenologia do banal, das superfícies ou da impessoalidade pessoal na fenomenologia das *nuances* era algo de difícil mas convidativo, cientes de que iríamos encontrar vida emocional, mesmo enquistada que fosse e de que poderíamos ajudar os pacientes neste trabalho de transformação. Se já foi escrito que não envelhecemos com o passar dos anos e sim quando deixamos morrer os nossos ideais ou os nossos sonhos, poderíamos concluir que os pacientes psicossomáticos, mal nascem, ficam desde logo velhos, dado o comprometimento da sua personalidade logo ao nível do seu *self* nuclear, não se permitindo sonhar, porque têm por resolver uma situação antiga, onde o sonho que deveria haver, parece nunca ter tido lugar e foi, por isso, traumatizante e verdadeiramente desmotivante. Concluimos, também, que “todas” as pessoas, para além dos pacientes psicossomáticos, que não tenham as características do funcionamento mental que lhes são inerentes e comuns, em alguns momentos da sua vida, também são psicossomáticos, perante a cegueira e surdez das suas emoções e/ou representações mentais. Cabe-nos a nós, especialistas da Saúde, da escuta e da palavra, ajudar a resolver e obviar essa situação, criando outras condições, outras respostas e outro tipo de relacionamento que propicie e promova a expansão do *self*, da capacidade onírica e mnésica, para uma mais eficaz e realizada *performance* da vida.

BIBLIOGRAFIA

Amado, G.; Guittet, A., 1978, A dinâmica da comunicação nos grupos, Zahar Editora, Rio de Janeiro.

Amaral Dias, C., 1980, A influência de factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano, tese de doutoramento, Universidade de Coimbra.

Amaral Dias, C., 1992, Aventuras de Ali-Bábá nos Túmulos de Ur: Ensaio Psicanalítico sobre a somatopsicose, Fenda.

Amaral Dias, C., 1993, Palcos do Imaginário: Textos psicodramáticos, Fenda.

Anderson, 1978, Thoughts on Fathering: Its Relation Ship to the Bordeline Condition in Adolescence and to Transitional Phenomeno, in Adolescent Psychiatry, 377-395.

Angerami-Camon, V. A.; Chiatone, H. B. C.; Sebastiani, R. W.; Fongaro, M. L. H.; Santos, C. T., 1996, e a Psicologia Entrou no Hospital..., Editora Pioneira, São Paulo.

Anzieu, D., 1985, Le Moi-Peau, Ed. Bordas, Paris.

Assal, J. P.; Gfeller, R.; Kreinhofer, M., 1981, Stades de l'acceptation du diabète. Leur interférence avec le traitement, leur influence sur l'attitude de l'équipe soignante, Journ. Annu. Diabétol Hôtel-dieu, 223-235.

Athanassiou, C.; Gibeault, M., 1992, Argument in Rev. Franc. Psychanalyse, 3, P.U.F..

Atlan, H., 1979, Entre le cristal et la fumée. Essai sur l'organisation du vivant, Editions du Seuil, édit, Paris, 289.

Atlas das doenças do pêlo e do couro cabeludo, 1977.

Bahnson, C. B., 1978, Psychotérapie chez les malades cancéreux en phase terminale, in Psychologie et Cancar, Masson.

Baker, R., 1993, Patient's discovery of the Psychoanalyst as a new object, Ed. Inter. J. Psycho-Anal., 74-6, p. 1223-1233.

Balint, M., 1993, A Falha Básica: aspectos terapêuticos da regressão, Artes Médicas.

Bazin, N.; Mathis, P.; Féline, A., 1991, Alexithymie et dépression, In "La dépression, études, sous la direction de A. Féline, P. Hardy, M. de Bonis, Masson et Cié, Paris.

Bellak, L. & Small, L., (1980) Psicoterapia de Emergência e Psicoterapia Breve, Porto Alegre, Artes Médicas.

Benedetti, G., 1982, Le problème de l'alexithymie, Psychothérapies, 1, 9-13.

Bergeret, J., 1979, Toxicomanies et réalités, Presses Universitaires de Lyon.

Bergeret, J.; Reid, W., 1991, Narcisismo e Estados Limite, Escher, Lisboa.

Besançon, G., 1983, A propos de Mars, de Fritz. Zorn, Litterature, Médecine et Société, 5, 297-312.

Besançon, G., 1992, Théories en psychosomatique, Editions Techniques,

Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37400C¹⁰, 8p.

Bick, E., 1968, The Experience of the Skin in Early Object-Relations, Int. J. Psycho-Anal., 49: 484-486.

Binswanger, L., 1935, Introduction a l'analyse existentielle, Ed. Minuit, Paris, 1971.

Bion, W. R., 1963, Elements of psychoanalysis, Ed. Heinemann, London.

Bion, W. R., 1991, O aprender com a experiência, Imago.

Brisset, C., 1990, Hystérie et psychosomatique. Les rapports de la structure et de l'histoire, Evol. Psy, 35, 377-404.

Brunetière, R. A., 1983, Psychiatrie et dermatologie, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37670B¹⁰, 7-1983.

Cady, S., 1991, Rêve et équivalents de rêve, Le Journal des psychologues, Novembre, n°92, 31-33.

Cain, J., 1971, Le symptôme psychosomatique, Privat, Toulouse.

Cain, J., 1990, Le champ psychosomatique, PUF, Paris.

Caldas de Almeida, J. M., 1986, Adaptação do I.R.C. à Hemodiálise, Tese de doutoramento, F.C.M., Lisboa.

Caldas de Almeida, J. M.; **Xavier**, M.; **Nabais**, F.; **Santos**, F.; **Morais**, J., 1992, Morbilidade Psiquiátrica nos Doentes Internados no Hospital Geral, Acta Médica Portuguesa, 5: 575-579.

Canguilhem, G., 1943, *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris.

Carvalho, T. J.; **Leal**, I. P., 1994, *Psicologia da Saúde: Contributos para a Descrição do seu Estado Actual e Perspectivas Futuras*. In T. M. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (p. 177-190). A.P.P.O.R.T..

Chabert, C., *Les méthodes projectives en psychosomatique* - *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, *Psychiatrie*, 37400D¹⁰, 6-1988, 4p.

Coimbra de Matos, A., 1991, *La función analizante*, *Anuário Ibérico de Psicoanálisis II*, Congresso Luso-Espanhol, p. 89-100.

Consoli, S. M., 1988, *Psycho-immunologie* - *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, *Psychiatrie*, 37402E¹⁰, 11-1988, 7p.

Consoli, S. M., 1990, *Approche psychosomatique en pathologie cardiovasculaire* - *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, *Psychiatrie*, 37402E²⁰, 4-1990, 10p.

Craig, R. M., 1991, *Entrevista Clínica e Diagnóstica*, Artes Médicas, Porto Alegre.

Crammer, J.; **Gillies**, C., 1981, *Psychiatric aspects of diabetes and depression*, *Br. J. Psychiatr.*, 139, 171-172.

Croiset, G. e al., 1987, *Modulation of the immune response by emotional stress*, in *Life Science*, 40, 775-782.

Dantchev, N., 1989, *Stratégie de "coping" et pattern A coronarogène*. *Rev. Méd. Psychosom.*, 30, 21-30.

Dantzer, R., 1990, *L'illusion psychosomatique*, Odile Jacob, Paris.

Debray, R., 1983, *L'équilibre psychosomatique. Organization mentale des diabétiques*, Dunod, Paris, 258p.

Debray, R., 1984, A propos des troubles somatiques dans l'oeuvre de Freud et celles de certains de ses sucesseurs. *Rev. Franç. Psychanal.*, 5, 1133-1141.

Debray, R., 1986, Equilibre psychosomatique de l'âge scolaire, *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37960D¹⁰, 9-1986, 4p.

Debray, R., 1991, Consultations et traitements conjoints de la triade père-mère-bébé, "Psychotérapie et idéal psychanalytique". *Rev. Franç. Psychanal.*, 55, n° 3, 685-702.

Debray, R., 1991, Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique, *Rev. Française de Psychosomatique et Psychanalyse*, n°1, P.U.F..

Déjours, C.; Marty, P.; Herzberg; Poloniecka, R., 1980, Les questions théoriques en psychosomatique, *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37400C¹⁰, 7-1980, 9p.

Diatkine, G., 1992, Les limites du contre-transfert et l'éthique, in R. F. *Psychanalyse* 3, P:U.F..

Dunbar, H. F., 1943, *Psychosomatic diagnosis*, Paul B. Hoeber, ed., New York, London.

Dunbar, H. F.; Wolfe, T. P.; Rioch, J. M., 1986, Psychiatric aspects of medical problems: phyhic component of disease process (including

convalescence) in cardiac diabetic and fracture patients, *Am. J. Psychiatry*, 93, 649-679.

Dunn, S. M.; Turtle, J. R., 1981, The myth of the diabetic personality, *Diabetes Care*, 4, 640-646.

Duparc, F., 1992, Analyse avec bord et analyse sans bord, in *Rev. Fr. Psychanalyse*, 3, P.U.F..

Duparc, F., 1995, La réalité psychique, *Rev. Fr. Psychanalyse*, Tome LIX, P.U.F..

Erikson, H. E., 1972, Adolescence et crise, la quête de l'identité, Ed. Flammarion, Paris.

Evans, E., 1926, A psychological study of cancer, New York: Dodd Mead.

Fain, M., 1971, Prélude à la vie fantasmatique, *R.F.P.*, 35, n°2-3, 291-364.

Fava, G. A.; Baldaro, B.; Osti, R. M. A., 1980, Towards a self-rating scale for alexithymie. A report on 150 medical patients, *Psychoter. Psychosom.*, 34, n°1, 34-39.

Ferreri, M., 1981, L'adolescent et le narcissisme, *Soins Psychiatriques*, 11, 12-16.

Ferreri, M.; Godefroy, M.; Mirabel, V.; Alby, J. M., 1990, Dismorfofobias, Ed. Técnicas, *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France) Psychiatrie*, 37146 A¹⁰, 4-1990, 10.

Fine, A., 1995, La réalité psychique, in *R.F.P.*, tome LIX, P.U.F..

Fisher, S.; Cleveland, S. E., 1958, *Body image and Personality*, Van Nostrand, Edit. Princeton, New York, 420.

Foque, E., 1931, *Le problème du cancer dans les aspects psychiques*, *Gaz. Hop.*, nº 104, 824.

Fonseca, N., (s.d.), *Algumas considerações acerca da alopecia areata e da alopecia universal*, Manuscrito do autor.

Frances, R., 1968, *Psychologie de l'esthétique*, P.U.F., Paris.

Freud, S., 1900, *A interpretação dos sonhos*, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. IV e V, Imago.

Freud, S., 1910, *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. XI, Imago.

Freud, S., 1914, *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. XIV, Imago.

Freud, S., 1920, *Para além do princípio do prazer*, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. XVIII, Imago.

Freud, S., 1923, *Le Moi et le Ça: Essais de Psychanalyse*, Ed. Payot, Paris, 1980, p. 177-195.

Freud, S., 1924, *O problema económico do masoquismo*, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. XIX, Imago.

Freud, S., 1930, *O mal-estar na civilização*, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. XXI, Imago.

Freud, S., 1937, Análise terminável e interminável, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. XXIII, Imago.

Freud, S., 1895, Projecto para uma psicologia científica, Ed. Standard Brasileira das Obras Psicol. Completas de S. Freud, vol. I, Imago, 1950.

Froli, G., 1991, Rêve, allergie et transfert, Le Journal des psychologues, Novembre, nº92, 34-37.

Gachelin, G., 1986, Vie relationnelle et immunité. Corps et Histoire, Les Belles Lettres, Paris.

Ghiglione, R.; Matalon, B., 1993, O Inquérito; Teoria e Prática, Ed. Celta.

Goldberg, D. P.; Huxley, P., 1980, Mental illness in the community, London Tavistock.

Gorot, J., 1991, Rêve et diagnostic, Le Journal des psychologues, Novembre, nº92, 28-30.

Grinberg, L., 1957, Perturbaciones en la interpretación proyectivas, Rev. de Psicoanál., 14.

Grinberg, L., 1958, Aspectos mágicos en la transferencia y en la contratransferencia: Identificación y contra-identificación proyectivas, Rev. de Psicoanál., 15.

Grinberg, L., 1962, On a specific aspect of counter-transference due to the patient's projective identification, Int. J. Psycho-Anal., 43: 436-440.

Grinberg, L., 1979, Countertransference and Projective Counteridentification,

Contemporary Psychoanalysis, 15, n°2.

Grinberg, L., 1987, Dreams and Acting out, *Psycho-Anal.*, 56: 156-176.

Groddeck, 1923, *Le livre du Ça*, Ed. Gallimard, Paris, 1963.

Guia Médico, 1985, Salvat Editora do Brasil, Lda., vol. 8.

Harter, M.; Couadau, A., 1977, Diabète et psychosomatique, In *Précis de diabétologie* (M. Derot ed.), Masson et Cie, éd, Paris, 662-667.

Heimann, P., 1950, On counter-transference, *Internat. J. Psycho-Anal.*, 31: 81-84.

Husserl, E., 1930, *Méditations cartésiennes*, Ed. Vrin, 1953, Paris, 136.

Ihanus, J., 1984, Anatomical Rorschach responses of gravely psychomatic patients - *Percep. Mot. Skills*, 59, 337-338.

Isaacs, S., 1948, The Nature and Function of Phantasy, *Int. J. Psycho-Anal.*, 29: 73-97.

Jasmin, C., 1991, Cancer et psyché: le renouveau, *R.F.P.*, 3, 827-845.

Jones, E., 1916, *The Theory of Symbolism*, in *Papers on Psycho-analysis*, Beacon Press, Boston.

Klein, M., 1930, On the importance of symbol formation in the development of the ego, in *Contribution to Psycho-Analysis*, 1921-45 (*Obras Completas*, Paidós, Buenos Aires, 1973, Tomo II).

Klein, M., 1946-1963, Inveja e gratidão, Imago.

Klein, M., 1952, Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infancy, in *Developments*, P.U.F..

Klein, M., 1952, Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia, in *Scritti, 1921-1958*, Trad. it., Boringhieri, Torino, 1978, p. 460-493.

Klein, M., 1967, *Essais psychanalytiques*, Ed. Payot, P.U.F..

Klein, M., 1975, *La psychanalyse des enfants*, P.U.F..

Kreisler, L.; Fain, M.; Soulé, M., 1974, *L'enfant et son corps*, P.U.F..

Kronfol, Z.; Greden J.; Carroll B., 1981, Psychiatric aspects of diabetes mellitus: diabetes and depression, *Br. J. Psychiatr.*, 139, 172-173.

Lacan, J., 1949, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu' elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique, in *R.F.P.*, tome XIII, 4.

Lacan, J., 1978, *A Família*, Assírio & Alvim, Lisboa.

Lani, M., 1991, Qu'est ce père?, *Le Journal des Psychologues*, Novembre, n° 92, 58-61.

Laplanche, J.; Pontalis, J. B., 1958, *Vocabulário de Psicanálise*, Moraes.

Lebovici, S.; Diatkine, R.; Soulé, M., 1985, *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 3 tomes, P.U.F., Paris.

- Lemaigre, B.**, 1995, La réalité psychique, in R.F.P., tome LIX, P.U.F..
- Lemgruber, V. B.**, 1990, Psicoterapia Breve. A técnica Focal, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Le Shan, L. L.**, 1966, An emotional life story pattern associated with neoplastic disease, Ann. New York Acad. Sciences, n° 125, 807.
- Lipowski, Z. J.**, 1977, Psychosomatic medicine in the Seventies: an overview, Am. J. Psychiatry, 134, 233-244.
- Little, M.**, 1951, Counter-transference and the Patient's Response to It., Int. J. Psycho-Anal., 32: 171-182.
- Machado, J. P.**, 1995, Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, Livros Horizonte, Lda, Vols. I e IV.
- Mahler, M.**, 1973, Symbiose humaine et individuation. Psychose infantile. Payot, Paris.
- Mancia, M.**, 1990, No Olhar de Narciso: Ensaio sobre a memória, o afecto e a criatividade, Escher, Lisboa.
- Mancia, M.**, 1991, O Sonho como Religião da Mente, Escher, Lisboa.
- Marques, M. E.**, 1994, Análise Psicológica, n°4, série XII.
- Marty, P.; De M'Uzan, M.; David, C.**, 1963, L'investigation psychosomatique, PUF, Paris.
- Marty, P.; De M'Uzan**, 1963, La pensée opératoire, R.F.P., 27, 345-356.

Marty, P., 1976, Les mouvements individuels de vie et de mort, Essai d'économie psychosomatique, Payot, Paris, 244.

Marty, P., 1980, L'ordre psychosomatique. Désorganisations et régressions. Payot, Paris, p. 299.

Marty, P., 1985, Essai de classification psychosomatique de quelques maladies somatiques graves. *Psychiatrie Française*, 5, 27-37.

Marty, P., 1988, Dispositions mentales de la première enfance et cancers de l'âge adulte - Psychothérapies, 177-182.

Marty, P., 1991, Psychanalyse et Psychosomatique. *Rev. Franç. Psychanal.*, 3, 615-625.

Marty, P., 1993, A Psicossomática do Adulto, Artes Médicas, Brasil.

Masterson, J. F., 1978, The Borderline Adolescent: an Object Relation in Adolescent Psychiatry, 344-359.

McDougall, J., 1978, De la douleur psychique et du psychoma. In: Plaidoyer pour une certaine anormalité, Gallimard, Paris.

Mello F^o, J. e col., 1984, Psicossomática Hoje, Artes Médicas, Brasil.

Meltzer, D., 1980, Deux Modeles du Fonctionnement Psychique selon M. Klein et selon W. R. Bion, *Ed. R.F.P.*, 355-367.

Meltzer, D., 1984, Dream-Life. A Re-examination of the Psycho-analytical, Theory and Technique, Clunie Press.

- Meltzer**, D., 1984, Concepts d'identification projective, in R.F.P., 541-569.
- Meltzer**, D., 1985, Object Esthétique, Crise de la métapsychologie, in R.F.P., P.U.F., 1385-1389.
- Meltzer**, D., 1989, Le rôle du père dans le premier développement en relation avec le conflit esthétique, Ed. Denöel, 63-70.
- Meltzer**, D., 1989, Appareil protomental et les phenomenes somato-psychotiques, Ed. R.F. P., 1417-1430.
- Meltzer**, D., 1990, Conflito Estético: o seu lugar no processo de desenvolvimento, Ed. Rev. Port. Psicanál., 5-29.
- Meltzer**, D., 1991, La dimensionalité comme paramètre du fonctionnement mental: sa relation a l'organisation narcissique, Edit. Delachaux et Niestlé, 225-233 in Textes de Base en Psychologie.
- Merle-Béral**, A. M., 1996, La mort dans la vie psychique, in R.F.P., tome LX, P.U.F..
- Mirouze**, J; **Augustin Pascalis**, I; **Touchon**, J, 1988, Diabète et psychiatrie, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 1-37665 A¹⁰, 6- 1988, 1^a éd..
- M' Uzan**, G. de, 1981, Relaxation et psychanalyse in Revue Française de Psychanalyse, XLV, n°2, 379-390.
- Palombo**, S. R., 1978, Dreaming and Memory. A New Information-processing Model, Basic Books, New York.
- Pedinielli**, J. L., 1985, Analyse et critique du concept d'alexithymie,

Psychiatrie Francaise, 5, 39-42.

Peller, S., 1940, Cancer and its relations to pregnancy, to delivery and to marital and social status, Surg Gynes and Obst., nº70, 1.

Pike, H. V., 1921, Significance of diabetes mellitus in mental disorders, Jama, 76, 1571-1572.

Poligny, O.; Graciansky, 1970, Psychosomatique en dermatologie, Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie, 37445 A¹⁰, 3.

Popper, K., 1959, The Logic of Scientific Discovery, Hutchinson, London.

Racker, H. (1968), Studi Sulla Tecnica Psicoanalítica, Armando, Roma, 1970.

Reich, A., 1951, On Counter-transference, Int. J. Psycho-Anal., 32: 25-31.

Reich, W., 1927, La fonction de l'orgasme, Ed. L'Arche, Paris, 1970.

Ribeiro, H. P. 1993, O Hospital, História e Crise, Ed. Cortez, S. Paulo

Ribeiro, J. L. P., 1994, A Psicologia da Saúde e a segunda Revolução da Saúde. In T. McIntere (Ed.). Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras. Braga: Associação dos psicólogos portugueses.

Robert; M., 1991, Entre acte et symtôme somatique, Le Journal des Psychologes, Novembre, nº 92, 22-27.

Rodin, G. M., 1983, Psychosocial aspects of diabetes mellitus, Can J. Psychiatry, 28, 219-223.

- Sami-Ali**, 1987, Pensar o Somático. Imaginário e Patologia, I.S.P.A., Lisboa.
- Sami-Ali**, 1990, Imaginaire et Pathologie. Une théorie de la psychosomatique, in R.F.P., vol. 3, P.U.F., 761-767.
- Sami-Ali**, 1993, Corpo Real Corpo Imaginário, Artes Médicas, Porto Alegre.
- Sandler**, J., 1989, Projectção, Identificação Projectiva, Artes Médicas.
- Sapir**, M., 1980, Soignant-soigné: le corp à corps, Ed. Payot, Paris.
- Schafer**, R., 1954, Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing Theory and Application, New York: Grune and Sttaton.
- Schavelzon**, J. e al., 1965, Psicologia y Cancer, Buenos Aires: Paidós.
- Scheider**, P. B., 1986, Relations entre la psychanalyse et la médecine psychosomatique, Rev. Méd. Psychosom., 27, 8, 23-32.
- Schilder**, P., 1935, L'image du corps, Trad. Fr. par F. Gantheret et P. Truffert, Ed. Gallimard, Paris, 1968.
- Schindler**, B. A., 1985, Stress affective disorders and immune function, Med. clin. North Am., 69, 585-597.
- Segal**, H., 1957, Notes on Symbol Formation, Int J. Psycho-Anal., 38: 391-397.
- Segal**, H., 1975, Introdução à Obra de Melanie Klein, Imago.
- Segal**, H., 1977, Countertransference, Int. J. Psycho-Anal. Psychotherapy, 6.

Segal, H., 1981, The Function of Dreams, in *Do I Dare Disturb the Universe?* (J. S. Groststein Ed.), Caesura Press, Beverly Hills.

Selye, H., 1936, A syndrome produced by diverse nervous agents, *Nature*, nº148, 32.

Serra, A. V. e 'Membros da Consulta de Risco da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C., 1991, Coping e Doentes de Prognóstico Reservado, in *Reacções Emocionais à Doença Grave: Como Lidar*, 1ª ed., Psiquiatria Clínica, Coimbra.

Spitz, R., 1958, *De la naissance à la parole. La première année de la vie*, Paris, P.U.F., 1979.

Tattersall, R. B., 1981, Psychiatric aspects of diabetes: a physician's view, *Br. J. Psychiatry*, 139, 485-493.

Taylor, G. J., 1990, La pensée opératoire et le concept d'alexithymie, *R.F.P.*, 3, 769-787.

Ubbels, J., 1995, La réalité psychique, in *R.F.P.*, tomo LIX, P.U.F..

Vidart, J. N.; **Alby**, J. M., 1971, Les drogues psychotropes en allergologie, *Rev. Méd.*, Paris, 12, nº13, 739-742.

Waisman, M.; **Sutton**, R. L., 1975, *The practitioner's dermatology*, Yorke Medical Books, New York, 467-474.

Watzlawick e col., 1993, *Pragmática da Comunicação Humana*, Ed. Cultrix.

Weiss, E., 1960, *The Structure and Dynamics of the Human Mind*, New York:

Grune & Stratton.

Widlöcher, D.; Allilaire, J. F., 1979, La clinique psychosomatique, Psychosomatique, Rev. Prat., 29, 2477-2488.

Wills, T., 1684, Practice of physic treatise II. Pharmaceutice nationalis ist pig., Hayer Leigh, ed., London.

Winnicott, D. W., 1953, Transitional objects and transitional phenomena, Int. J. Psychoanal., 34, 89-97 and in Collected Papers, London Tavistock.

Winnicott, D. W., 1956, Primary maternal preoccupation, Collected Papers, New York, Basic Books.

Winnicott, D. W., 1970, Processus de la maturation chez l'enfant, P.U.F., Paris.

Winnicott, D. W., 1971, Le corps et le self, Nouv. Rev. Psychanalyse, 2, 37-48.

Winnicott, D. W., 1975, Jeu et réalité, Gallimard, Paris.

Winnicott, D. W., 1978, De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris.

Wolberg, L., 1967, The Technique of Psychotherapy, New York, Grune & Stratton.

Zorn, F., 1979, Mars, Gallimard, Paris.