

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

LÚPUS, IDENTIDADE E DEPRESSÃO

**Joana Isabel Viegas Pereira**

Dissertação orientada por Mestre Helena Germano

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade Psicologia Clínica

**2008**

Dissertação de mestrado realizada sob a orientação de Mestre Helena Germano apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGSE, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Agradecimentos**

E assim começou a construção de um caminho de conhecimento e de sentimento, como um rendilhado de novas descobertas.

Um caminho com um propósito.

Encontro com os parceiros desta viagem, de encontro a um sentir partilhado e por mim guardado no coração para poder recordar.

Para a elaboração desta monografia gostaria de expressar o meu agradecimento particularmente,

À Mestre Helena Germano que pela sua disponibilidade e dedicação fez crescer o meu interesse pela área da Psicossomática.

À Mestre Ana Pina Martins pela sensibilidade que utiliza na leitura das realidades e que nos ajuda a pensar.

À Associação de Doentes com Lúpus, Maria Helena e Ana Paula por me terem ajudado a compreender a dimensão do sofrimento de uma doença crónica.

De nada serve o saber livresco se não tiver eco no partilhar das experiências mais profundas do ser humano.

## **Resumo**

O presente trabalho resulta de uma reflexão compreensiva sobre a complexidade das relações existentes entre corporal e psíquico, num olhar atento sobre o funcionamento psicossomático de duas pessoas com uma doença auto-imune – o Lúpus. Neste âmbito, a problemática identitária assim como a problemática depressiva constituem aspectos fundamentais a considerar na compreensão global do sujeito na sua dimensão psicológica, emocional, relacional, biológica e imunológica. A investigação desenvolve-se através da metodologia de estudo de caso, baseando-se numa revisão teórica acerca da problemática psicossomática que contribui para a compreensão dos casos apresentados. São estudados dois casos clínicos – sujeitos adultos do género feminino com história de Lúpus, das duas classes principais – Lúpus Eritematoso Discóide (LED) e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), através dos seguintes procedimentos: entrevista semi-directiva, aplicação da prova projectiva de Rorschach e observação directa dos sujeitos num contexto de acompanhamento psicológico. Nos sujeitos estudados verificou-se que existe perturbação de aspectos da identidade, assim como uma problemática depressiva a nível psicológico, imunológico e relacional.

**Palavras-chave** Lúpus, Psicossomática, Auto-Imunidade, Identidade, Depressão.

## ÍNDICE

<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>2. Revisão de Literatura</b>	
<b>2.1 Lúpus</b>	<b>2</b>
<b>2.2 Teoria Psicossomática</b>	<b>5</b>
<b>3. Metodologia</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Objectivo de estudo</b>	<b>11</b>
<b>3.2 Participantes</b>	<b>11</b>
<b>3.3 Problema a Investigar</b>	<b>11</b>
<b>3.4 Método</b>	<b>11</b>
<b>3.5 Procedimento</b>	<b>12</b>
<b>4. Resultados</b>	<b>14</b>
<b>Caso Isabel</b>	<b>14</b>
<b>Caso Maria</b>	<b>21</b>
<b>5. Discussão/Conclusões</b>	<b>27</b>

<b>6. Referências Bibliográficas</b> .....	<b>29</b>
<b>7. Anexos</b>	
<b>Resumo das sessões do acompanhamento psicológico do caso Isabel</b> .....	<b>33</b>
<b>Protocolo de Rorschach do caso Isabel</b> .....	<b>47</b>
<b>Psicograma</b> .....	<b>49</b>
<b>Análise do psicograma</b> .....	<b>50</b>
<b>Análise qualitativa</b> .....	<b>52</b>
<b>Análise qualitativa global</b> .....	<b>56</b>
<b>Resumo das sessões do acompanhamento psicológico do caso Maria</b> .....	<b>57</b>
<b>Protocolo de Rorschach do caso Maria</b> .....	<b>64</b>
<b>Psicograma</b> .....	<b>69</b>
<b>Análise do psicograma</b> .....	<b>70</b>
<b>Análise qualitativa</b> .....	<b>72</b>
<b>Análise qualitativa global</b> .....	<b>75</b>

## ÍNDICE

1. Introdução	1
<b>2. Revisão de Literatura</b>	
2.1 Lúpus	2
2.2 Teoria Psicossomática	5
<b>3. Metodologia</b>	<b>11</b>
3.1 Objectivo de estudo	11
3.2 Participantes	11
3.3 Problema a Investigar	11
3.4 Método	11
3.5 Procedimento	12
<b>4. Resultados</b>	<b>14</b>
Caso Isabel	14
Caso Maria	21
<b>5. Discussão/Conclusões</b>	<b>27</b>
<b>6. Referências Bibliográficas</b>	<b>29</b>

## **7. Anexos**

<b>Resumo das sessões do acompanhamento psicológico do caso Isabel</b>	<b>33</b>
<b>Protocolo de Rorschach do caso Isabel</b>	<b>47</b>
<b>Psicograma</b>	<b>49</b>
<b>Análise do psicograma</b>	<b>50</b>
<b>Análise qualitativa</b>	<b>52</b>
<b>Análise qualitativa global</b>	<b>56</b>
<b>Resumo das sessões do acompanhamento psicológico do caso Maria</b>	<b>57</b>
<b>Protocolo de Rorschach do caso Maria</b>	<b>64</b>
<b>Psicograma</b>	<b>69</b>
<b>Análise do psicograma</b>	<b>70</b>
<b>Análise qualitativa</b>	<b>72</b>
<b>Análise qualitativa global</b>	<b>75</b>

## 1. Introdução

A ideia a partir da qual se desenvolveu este trabalho foi a de abordar uma doença auto-imune – Lúpus - numa perspectiva psicossomática. Do conhecimento mais profundo desta doença sabe-se que se trata de uma patologia do sistema imunitário caracterizada por um disfuncionamento da capacidade de reconhecimento do que é, ou não, constituinte do indivíduo e que leva o organismo a atacar as suas próprias estruturas. Numa abordagem psicossomática procura-se compreender como poderão os aspectos psicológicos, emocionais e relacionais estar envolvidos nesta doença. É actualmente reconhecida a relação existente entre o sistema nervoso central, o sistema imunitário e com certas doenças auto-imunes. Este trabalho baseia-se na reflexão de uma abordagem teórica psicossomática e do contributo de diversos autores sobre a compreensão da problemática da identidade e da depressão no Lúpus, constituindo-se no problema a investigar: *Verifica-se uma problemática da identidade e da depressão nos dois sujeitos com Lúpus do presente estudo?* Importa também perceber que alterações imunológicas ocorrem no corpo real para que se possa falar de doença auto-imune, sendo assim necessário abordar o quadro imunológico e clínico do Lúpus. Partindo do estudo de caso, este pretende ser um trabalho de proximidade e de compreensão do sujeito, que assenta na relação e em que o papel do subjectivo intrínseco à clínica assume enorme relevância. Assim, no que se refere à metodologia deste estudo, e porque se propõe investigar uma situação concreta, a entrevista clínica é entendida como espaço relacional e lugar de mudanças intra e intersubjectivas envolvendo a escuta, compreensão e evolução das transferências. Sentiu-se assim a necessidade de utilizar um teste projectivo que permitisse ir ao encontro daqueles movimentos, tendo a escolha, dadas as qualidades de apreensão do funcionamento relacional e de fiabilidade recaído sobre o teste projectivo de Rorschach. Este trabalho é o resultado de uma reflexão pessoal prolongada e por esse facto, a que se acrescenta a complexidade intrínseca que reveste cada caso, não pretende qualquer tipo de generalização. Deu-se o contributo para a compreensão do problema colocado, decorrendo no entanto alguns movimentos por elucidar e ficando o tema em aberto para futuros desenvolvimentos.

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1 Lúpus**

O Lúpus é uma doença auto-imune, ou seja, uma patologia do sistema imunitário que se caracteriza pela produção de auto-anticorpos contra as células do próprio organismo (auto-antígenos) e que impossibilita o sistema imunitário de distinguir a diferença entre corpos estranhos ao organismo e as células e tecidos do próprio, de que resulta lesão orgânica. O encontro do auto-anticorpo com o auto-antigene resulta na coagulação de diferentes vasos sanguíneos ou articulações, afectando estruturas tais como a pele, ossos, membranas do coração, dos pulmões, e do abdómen, rins, tracto gastrointestinal, sistema cardiovascular e cérebro, produzindo inflamação, dor e lesões nestas estruturas. Os sintomas mais comuns incluem dor articular, erupções cutâneas, cansaço ou fadiga e dificuldade na respiração. A etiologia da doença não está totalmente esclarecida, mas sabe-se que existe uma base genética, assim como variáveis psicológicas e diversos factores ambientais que podem actuar como desencadeantes (luz ultravioleta, infecções (especialmente virais), gravidez e diversos fármacos). Sabe-se que o Lúpus incide mais frequentemente em mulheres jovens, na fase reprodutiva, na proporção de nove a dez mulheres para um homem. Esta diferença entre a susceptibilidade à doença é, pelo menos em parte, uma consequência das diferenças hormonais que influenciam o sistema imunitário. Actualmente descrevem-se duas classes principais de Lúpus. A forma mais benigna de Lúpus é designada por Lúpus Eritematoso Discóide (LED). Apresenta um tipo particular de lesões na pele, podendo os doentes por vezes sentir dores nas articulações e fadiga. Neste caso a extrema sensibilidade da pele ao sol é o maior problema a considerar. A forma mais grave e generalizada, o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é caracterizado pela presença de diversos auto-anticorpos designados por anticorpos antinucleares (ANAs). O LES evolui com as mais variadas manifestações clínicas, pode atingir vários aparelhos e sistemas designando-se multissistémico, e é acompanhado muitas vezes de manchas avermelhadas na pele designadas eritemas. Ambas as formas são manifestações de uma doença que é crónica, isto é, que persiste por longos períodos de tempo, mas que se pode apresentar controlada nas suas manifestações ou com períodos de remissão. Estes períodos de melhoria podem durar semanas, meses e em alguns casos anos, antes que a doença se apresente de novo. Verifica-se que alguns doentes sofrem simultaneamente de síndromes secundárias ao LES, tais como o Síndrome de Sjögren, que se

caracteriza por um quadro de atrofia das glândulas exócrinas com secura da pele e das mucosas, e o Síndrome dos Anticorpos Antifosfolípidos, que se caracteriza por um conjunto de manifestações clínicas tais como trombooses venosas e arteriais, abortos de repetição e trombocitopenia, isto é, baixa de plaquetas. Os actuais critérios de classificação do LES do Colégio Americano de Reumatologia (CAR), actualizados por Hochberg et al. em 1997, consideram que se pode diagnosticar LES quando simultânea ou seriadamente, durante dias, semanas, meses ou até anos, surgem, pelo menos, 4 das seguintes manifestações:

1<sup>a</sup>. – rash malar em asa de borboleta, isto é, manchas vermelhas na cara abrangendo as bochechas e o nariz, desenhando na face uma espécie de borboleta;

2<sup>a</sup>. – lúpus discóide, isto é, uma lesão cutânea em placas avermelhadas, frequentemente localizada na face, evoluindo para a descamação e atrofia da pele;

3<sup>a</sup>. – fotossensibilidade cutânea, isto é, pele demasiado sensível, ficando avermelhada quando em contacto com o Sol, ainda que esta exposição solar seja curta;

4<sup>a</sup>. – úlceras orais, isto é, aparecimento de pequenas feridas mais ou menos profundas na boca;

5<sup>a</sup>. – artrite não erosiva, quer dizer, dores e inflamação ao nível das articulações (destruições) ósseas ou articulares;

6<sup>a</sup>. – pleurisia ou pericardite, isto é, inflamação, por vezes com líquido, da pleura e do pericárdio, que são duas membranas que revestem, respectivamente, o pulmão e o coração;

7<sup>a</sup>. – proteinúria, isto é, aparecimento de proteínas ou albumina na urina das 24 horas superior a 500 mg, ou aparecimento na urina de cilindros celulares, quer dizer, de células agrupadas em forma cilíndrica;

8<sup>a</sup>. – alterações neurológicas traduzidas por convulsões e por psicose. A psicose é uma doença mental grave caracterizada por modificações profundas da personalidade, alterando a compreensão da realidade e desorganizando o comportamento afectivo e social, sem que o

doente tenha consciência disso. Alguns doentes com LES iniciam a sua doença por uma psicose e são erradamente internados em hospitais psiquiátricos;

9<sup>a</sup>. – alterações hematológicas, isto é, anomalias no sangue, que podem consistir em anemia hemolítica (hemólise significa destruição dos glóbulos vermelhos), leucopenia inferior a 4000 glóbulos brancos por milímetro cúbico (leucopenia é a diminuição do número dos glóbulos brancos), linfopenia inferior a 1500 linfócitos por milímetro cúbico, ou trombocitopenia inferior a 100 000 plaquetas (trombocitopenia significa diminuição do número de plaquetas);

10<sup>a</sup>. – presença no sangue de células LE, ou de anticorpos anti-SM, de anticorpos anti-ADN, ou de anticorpos antifosfolípidos;

11<sup>a</sup>. – presença no soro de anticorpos antinucleares, isto é, de anticorpos que reagem com diferentes materiais dos núcleos das células.

O LES pode afectar de forma relevante o sistema nervoso central (SNC), desencadeando manifestações psiquiátricas, de maior ou menor gravidade tais como: disfunção cognitiva, distúrbios do humor e da ansiedade, episódios psicóticos e depressão major, entre outras. A depressão e a ansiedade são os problemas psiquiátricos mais frequentemente documentados em pacientes com LES. Recentes pesquisas sugerem que quadros de depressão e de ansiedade estão associados à gravidade da actividade da doença, no entanto a etiopatogenia destas perturbações ainda permanece inconclusiva. (Nery et al., 2007) Como a depressão se repercute no soma é um problema complexo e ainda não suficientemente esclarecido. Com o presente trabalho procuramos elaborar uma reflexão e dar o nosso contributo para a compreensão deste tema em constante desenvolvimento e que tantas questões ainda nos deixa em aberto. Para tal baseamo-nos no contributo teórico de autores que consideramos relevantes e que nos ajudam a pensar.

## 2.2 Teoria Psicossomática

O actual debate científico acerca do papel dos factores psicológicos e emocionais na doença é influenciado por um debate mais antigo e mais vasto. O conceito de Psicossomática foi utilizado pela primeira vez em 1818 por Helmholtz e desde então vários autores têm contribuído para um corpo teórico que procura abrir caminhos para a compreensão do fenómeno psicossomático. Muitos autores são unânimes em ressaltar a importância da qualidade da relação mãe-filho e das suas vicissitudes no desenvolvimento da estrutura psicossomática do indivíduo. Acerca deste tema Sami-Ali (2002) remete-nos para a complexidade de uma relação que pré-existe ao nascimento e que nos faz pensar que todo o processo psíquico não é unicamente interno mas sim em relação a uma situação, constituindo-se segundo o autor o facto psicossomático mais elementar, o do *par funcionamento psíquico – situação relacional*. Para Sami-Ali, a mãe é em primeiro lugar um sincronizador dos ritmos e exerce uma função determinante no estabelecimento dos ritmos do sono-vigília e da regulação térmica. Segundo o autor, a representação do espaço e do tempo elabora-se na relação primordial com a figura materna, ou cuidadora, assumindo a sua organização enquanto não se obtém a autonomia corporal do sujeito. Sami-Ali (2002), faz referência à depressão da mãe que nesta relação muito precoce deve ser considerada como um factor no despoletar da doença orgânica e das perturbações dos ritmos que surgem muito cedo na vida do indivíduo. O autor analisa também a relação que existe entre o afecto e a patologia orgânica, considerando que o medo e a tristeza são os afectos que fundamentalmente estão associados à patologia orgânica. Segundo o autor verifica-se na estrutura psíquica dos doentes a existência de um recalçamento da função do imaginário, que se traduz numa não mentalização dos acontecimentos e que submetem o corpo aos efeitos directos. Neste sentido reflectimos acerca do tema fazendo referência a Winnicott (1990) que nos diz que o bebé nasce num estágio não integrado e que gradualmente na relação com a mãe vai adquirindo uma coesão entre a mente e o corpo (psique e soma na linguagem do autor). Este aspecto vem favorecer a personalização, que é a possibilidade da psique residir no soma, constituindo o sentimento de “Eu Sou”. Dentro desta perspectiva, o bebé no início ainda não estabeleceu uma distinção entre aquilo que constitui o Eu e aquilo que constitui o outro. A interrelação entre psique e soma constitui o ponto central a partir do qual o sentimento de self se desenvolve. Muitas vezes a mãe usa o corpo do filho como

prolongamento do seu e no qual investe preenchimentos narcísicos e libidinais. Assim, o corpo não fica controlado de forma autónoma e é sentido como estranho e pertencente ao mundo externo, isto é, pertencente à mãe. A ausência de uma *mãe suficientemente boa*, no sentido de Winnicott, não permite a internalização de um objecto interno vivo, o qual é procurado no exterior, (característica clássica do pensamento operatório), subsistindo, uma dissociação na psique-soma. Uma mãe suficientemente boa no sentido de Winnicott tem a função de *holding* e de *handling*. O *holding* caracteriza-se pela forma como o bebé é sustentado no colo pela sua mãe, e é, ao mesmo tempo, uma experiência física e uma vivência simbólica, que significa a firmeza com que é amado e desejado como filho. A etapa seguinte é o *handling*, que significa a experiência de entrar em contacto com as diversas partes do corpo do bebé através das mãos cuidadosas da mãe, facilitando a formação de uma ligação entre o corpo de ambos, é a maneira como o bebé é tratado, cuidado, manipulado. Neste sentido, Coimbra de Matos (1999), diz-nos que a pessoa predisposta à patologia psicossomática não foi ou foi insuficientemente investida como indivíduo único e excepcional, desde o princípio pelos seus pais. “Não ficou no foco dos seus olhares. Não recebeu aquele olhar apaixonado que cria a beleza do rosto, a coesão do *self* e a intencionalidade do eu.” Segundo o autor (2003), o investimento parental é essencial para a vida mental do bebé, que é despertada e animada pelo desejo entusiástico, a paixão dos pais. Se não existir este investimento a mente do bebé não se desenvolve e refere, “se escasseia, apenas se desenvolve uma protamente operativa, linear, tangente ao real; uma mente prisioneira da contigência, deformável (não resiliente), que não anima o corpo”. (Ibid.) No título do artigo “Ser Único e ter Rosto: o Binómio Resiliente” (1999), o autor defende que o ser único e com rosto, constitui a condição determinante de uma auto-estima estável e forte permitindo o desenvolvimento da resiliência necessária, isto é, da capacidade de voltar ao estado natural depois de alterado pelos acontecimentos traumáticos. Sobre a resiliência, reflectimos no pensamento de Boris Cyrulnik (2004) que considera a importância da teoria de vinculação de John Bowlby no desenvolvimento da qualidade de resiliência de cada indivíduo. Segundo o autor o grau de resiliência perante os acontecimentos perturbadores da vida é fortemente determinado pelo estilo de vinculação desenvolvido nos seus primeiros anos de vida. As crianças que desenvolveram um estilo de vinculação seguro na primeira infância têm mais condições de se tornarem grandes resilientes ao sofrerem um acontecimento traumático. Neste sentido pensamos que a um menor grau de resiliência do indivíduo corresponde uma maior vulnerabilidade psíquica e somática. Fazemos referência a dois conceitos que consideramos relevantes para o entendimento destas questões. A Rêverie

(função alfa) referido por Bion origina-se do francês *revê* (sonho), ou seja, alude à função da mãe de permanecer numa atitude livre e espontânea de receber, acolher, decodificar, significar, nomear as angústias do filho e somente depois disso devolvê-las, devidamente significadas. Uma adequada condição de *revêrie* implica uma suficientemente boa capacidade de função alfa que permite dar coerência e ordem ao que está disperso e em estado de caos no psiquismo e possibilita se necessário por à disposição o seu próprio modelo de aparelho para pensar os pensamentos. Acerca deste tema Bion fala-nos da capacidade de ser continente da mãe em que tem condições de acolher as angústias e necessidades do bebé, de contê-las dentro de si o tempo suficiente para decodificá-las e entendê-las e de reconhecer um significado e um nome, para, só então, devolve-las devidamente trabalhadas. Muitas vezes na história de vida dos doentes psicossomáticos verifica-se que falhou a função de continência que acontece no vínculo mãe-filho. Segundo Coimbra de Matos, para o bebé, criança, ou o mesmo para o adulto torna-se essencial o olhar atento da mãe que regule a auto-estima e ateste o seu valor e competências - o que quer dizer, revele a sua capacidade para ser amado e desejado. O processo de narcisização da imagem sexuada pelo olhar da mãe ou da figura cuidadora começa já na fase genital precoce dos zero aos dezoito meses que induz a primeira imagem sexuada do sujeito e do seu valor. Segundo o autor, é necessária uma relação constante, de permanência para que se forme o narcisismo essencial, constituinte da coesão e coerência do self e do vigor e harmonia funcional do aparelho psíquico. Segundo Coimbra de Matos (1996), falar da identidade pressupõe descrever os processos de identificação, pois a identidade é o resultado, mais ou menos estável, das identificações. Segundo o autor não nascemos com uma identidade psíquica, antes construímos a nossa identidade subjectiva. A identidade é, pois, uma construção pessoal. Parte-se da identidade biológica, objectiva e de um programa genético para o seu desenvolvimento. Trata-se de um programa aberto que permite um conjunto relativamente amplo de evoluções possíveis. O meio, sobretudo o ambiente afectivo-humano e sócio-cultural, modela-nos e, até certo ponto, pode transformar-nos. O percurso natural e evolutivo da identidade faz-se, no sentido de uma progressiva diferenciação, por transformações que vão enriquecer uma identidade no sentido da sua distinção e qualidade e mesmo depois de relativamente estruturada, no início da idade adulta, a identidade vai mudando. Como refere Coimbra de Matos (2003), “a identidade própria dos doentes psicossomáticos funde-se ou molda-se na identidade do outro, que é a sua forma ou molde”. São indivíduos muito dependentes e inseguros com adesão à ordem instituída e aos valores e convicções prevalecentes no meio objectal em que se movem. “Apresentam um narcisismo dependente, com locus de regulação externo, ou vários loci no

exterior, restando-lhe a adaptação e o desenvolvimento cognitivo”. Segundo o autor, a clivagem razão/emoção com desprezo pelo afecto e hiperinvestimento no real e lógico será, porventura, o processo efectivo no desenvolvimento da vulnerabilidade somática. “Aqui, o sujeito cresce por identificação maciça ao objecto ideal preconcebido. O que acarreta duas consequências desastrosas: a) não tem uma identidade própria e exclusiva, pois não fez uma identificação diferencial; e b) não conhece o objecto real, que é puro suporte da projecção do objecto ideal. Assim, os choques com o objecto real são inevitáveis e a culpa que se vai acumulando canaliza a agressão para o *self* corporal (...)” (Ibid.) A finalidade da idealização objectal primitiva e constante é manter a segurança para não perder o objecto. O sujeito inscreve-se sempre num contexto relacional, passado e actual, em que entram em jogo sentimentos de perda do objecto de amor, de aspectos do eu ou de toda a identidade. Assim, podem-se verificar alterações do sistema imunológico relativas às modificações negativas na vida relacional dos pacientes. O conceito de *Identificação Imagoico-Imagética* do autor refere que o sujeito identifica-se por incorporação, com assimilação da imago e/ou imagem com que o outro o define. É o processo primitivo mas persistente de identificação. “É uma identificação especular: eu – bebé reconheço-me na imago/imagem que a minha mãe de mim me devolve ou *fornece* – pois é de um espelho vivo, criador e transformador (para o bem e para o mal) que se trata.” (Ibid., p.25) “Esta identificação é importantíssima podendo ser promotora de evolução (desenvolutiva) e sanígena (produtora de saúde), ou ao contrário, obstrutiva e patogénica, desviante ou mesmo alienante quando distorce a verdade do sujeito. Então, o sujeito, alvo de projecções, só pode construir uma identidade falsa e alienada – constroi-se “outro”.” (p.26) *Na Identificação Idiomórfica* através deste processo, o sujeito constrói a sua identidade por uma interiorização das suas formas visíveis e comportamentos observados. É uma identificação por aprendizagem directa – experiência de se ver e experiência de fazer. Na adolescência, em que se dão profundas transformações identificativas, a identificação idiomórfica acentua-se: são os meus valores, os meus ideais e o resultado da minha aprendizagem *com a experiência* que me guiam e determinam a minha identidade.” (Ibid., p.27) *A Identificação Alotriomórfica ou Xenomórfica* “É a identificação ao modelo. O indivíduo identifica-se ao objecto eleito, o escolhido. É o objecto amado, admirado e também invejado, ao qual procuro assemelhar-me – introjectando atributos seus, reais e/ou imaginados. (...) (Ibid., p.28) Segundo Sami-Ali & Col. (2004), nas pessoas com doenças auto-imunes são normalmente determinadas confusões relativas ao sexo, à lateralidade, ao espaço, ao tempo, e à expressão dos desejos e dos gostos. A confusão entre o eu e o outro é permanente no clima relacional dos pacientes portadores destas doenças. Neste

sentido, o Lúpus é uma doença do sistema imunitário caracterizada por um disfuncionamento da capacidade de reconhecimento do que é, ou não, constituinte do indivíduo e que leva o organismo a atacar as suas próprias estruturas. As doenças auto-imunes estão ligadas a perturbações mais arcaicas do funcionamento psíquico ao nível da constituição da identidade. Estes pacientes são muito dependentes do seu ambiente e mais particularmente de um dos elementos deste meio, sendo provenientes de uma família em que se tende a manter a não diferenciação dos seus membros. Observa-se que os acontecimentos da vida, perdas ou conflitos que obrigam a ter em conta a diferença, aparecem como factores desencadeadores da doença. Segundo Sami-Ali (1997), o sistema imunológico pode deprimir-se em concomitância com uma depressão relacional que abre caminho à doença orgânica. O autor refere a angústia do oitavo mês (conceito postulado por Sptiz) como um marco importante para o desenvolvimento da identidade do sujeito. Perceber o rosto da mãe na sua diferença com outros rostos é pressentir a possibilidade de ser um rosto diferente do da mãe. O bebé ao se aperceber do rosto da mãe na sua diferença com outros rostos, percebe a diferença do seu próprio rosto relativamente ao da mãe, o que vem provocar uma ruptura identitária ao nível do rosto. A existência de um rosto estranho gera um processo de angústia de despersonalização ligada à possibilidade de perda da identidade. Para Sami-Ali, a angústia tem portanto como eixo principal de referência a questão da identidade de si e do outro. Segundo o autor esta questão é relacionada com a patologia auto-imune que implica um disfuncionamento do sistema imunitário associado a uma problemática identitária, que pode progressivamente dar lugar à depressão numa situação de perda potencial. O autor considera que na depressão, a problemática identitária deriva da relação que se estabelece com a ausência do objecto em situações de depressão materna precoce, que geram na criança um impasse (conflito que se apresenta irresolúvel), existindo uma neutralização da valoração afectiva das interacções. A solução imediata deste impasse resulta numa negação de si com o estabelecimento e manutenção de uma relação de dependência que impede o funcionamento autónomo, transformando-se numa relação de objecto único, onde este outro assumirá um papel de superego corporal, o que significa que o sujeito não obtém a sua autonomia corporal na relação e é este outro que assegura a sua organização ao nível do estabelecimento, regulação e sincronização dos ritmos, bem como na representação do espaço e do tempo do sujeito. Tal como refere Coimbra de Matos (2003), “o doente psicossomático vive um *impasse* afectivo e relacional: não sentem e não vivem a depressão. É como se não tivessem um aparelho psíquico para sentir os sentimentos – e estes não são mentalizados, escoando-se na vertente somática, como estados corporais. A insatisfação não é percebida como estado

afectivo (alexitimia) e muito menos reconhecida como ligada ao acontecimento insatisfatório (não integração afectivo-cognitiva).” (Ibid.) Nos momentos de crise a organização caracterial dos sujeitos mantém-se, ao mesmo tempo que favorece o aparecimento das doenças verdadeiramente orgânicas. “A ausência ou insuficiência do bom objecto interno – o mesmo é dizer, a inconstância e condicionalidade do amor do objecto pelo sujeito – geram um clima afectivo interior, que ou se sofre – e o indivíduo deprime-se -, ou se nega – e o sujeito adoecer”. “A personalidade à partida assim condicionada/construída fica *aquém da depressão*, numa organização pré-depressiva, de depressão larvada ou depressividade – que situamos depois do caos psicótico e na proximidade do limiar da depressão.” (Ibid.) De acordo com o autor, a depressividade é sobretudo um tipo de carácter depressivo e uma perturbação estável, egossintónica e permanente que predispõe à doença depressiva, “quer como depressão introjectiva (depressão propriamente dita) quer como depressão anaclítica («depressão» *borderline*).” (Ibid., p.33) “Os factores psicopatológicos da depressividade agrupam-se em quatro feixes:

- a) submissão a um supereu disperso e infiltrante, não integrado, unificado e delimitado (supereu primitivo e imaturo);
- b) abatimento geral, desânimo e propensão à desistência;
- c) inibição fóbica;
- d) baixa auto-estima.” (Ibid.)

A sua origem relaciona-se com perdas afectivas acumuladas na primeira infância, limitação e/ou proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo, ou seja, carência afectiva e repressão precoces. “Nos momentos de crise/descompensação, o sujeito não se deprime mentalmente, faz uma depressão falhada: uma «depressão» sem depressão (psíquica) com abatimento (depressão) das funções biológicas, sobretudo ao nível do aparelho imunitário, com perturbação dos sistemas auto-reguladores neuroendócrinos e instinto-afectivos” (Ibid.). Por último, a frustração, não vivida psicologicamente, produz apenas uma irritabilidade no funcionamento orgânico, por acumulação de tensões sem descarga pelo comportamento dirigido a objectivos. “É a raiva desconhecida (ou zanga amordaçada, quando consciente e vivida num nível mental mais elevado). A depressão falhada diminui, dada a falta de ressonância afectiva, a capacidade de mentalização e de expressão da zanga; isto é, leva ao sonho falhado e à raiva amordaçada. É a tríade psicopatológica da doença psicossomática: depressão falhada. Sonho falhado, raiva amordaçada” (Ibid.). O conflito psíquico não é considerado factor psíquico causal único ou sistemático e nem sempre sequer o mais

importante. O conflito é predominantemente pré-genital e pré-edipiano na doença psicossomática; e, desde logo, menos simbolizável, mesmo não susceptível de simbolização.

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Objectivo do estudo**

Este trabalho baseia-se na reflexão de uma abordagem teórica psicossomática onde se evidencia a problemática da identidade e da depressão no contexto da doença auto-imune, mais especificamente do Lúpus. Torna-se assim pertinente constituir como objectivo do estudo a compreensão acerca desses aspectos do funcionamento psíquico de dois sujeitos com Lúpus.

#### **3.2 Participantes**

Os participantes do presente estudo são dois sujeitos com patologia de Lúpus das duas classes principais, Lúpus Eritematoso Discóide (LED) e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), sendo os dois sujeitos do género feminino, com 33 e 50 anos respectivamente. Ambos foram acompanhados na Associação de Doentes com Lúpus durante um período de 16 meses.

#### **3.3 Problema a Investigar**

Neste estudo pretendemos compreender a problemática da identidade e da depressão de dois sujeitos com Lúpus. Neste sentido formula-se o seguinte problema: Verifica-se uma problemática da identidade e da depressão nos dois sujeitos com Lúpus do presente estudo? Na sequência da formulação do problema colocam-se as seguintes questões de investigação:

- 1) Verifica-se uma problemática identitária nos dois sujeitos com Lúpus do presente estudo?
- 2) Verifica-se uma problemática depressiva nos dois sujeitos com Lúpus do presente estudo?

#### **3.4 Método**

O método utilizado nesta investigação é o método clínico, centrado no estudo de caso, consistindo numa investigação aprofundada do indivíduo e sendo o mais apropriado ao estudo do problema formulado. Embora o método clínico se destine acima de tudo a

responder a situações concretas de sujeitos que sofrem, ele só se pode centrar sobre o caso, isto é, a individualidade. Nesta investigação a posição clínica é dupla: é simultaneamente clínica e de investigação. No contexto específico da investigação é feita uma compreensão muito mais aprofundada dos casos tendo uma base teórica de referência pretendendo dar resposta ao problema e às questões de investigação formuladas. De acordo com Pedinielli (1999), a investigação centrada no estudo de caso assenta na ideia de que a situação clínica é a fonte de inspiração e o lugar de elaboração da investigação. Ora para que o objectivo desta investigação se concretize, procura-se não só a compreensão do sujeito psicológico, mas sobretudo a compreensão do sujeito psicossomático, na interligação relacional do psicológico e do orgânico. O estudo de caso perspectiva um trabalho de relação e de compreensão e não a busca de uma explicação linear para o fenómeno em causa. Ele tem a vantagem de conceder uma maior importância ao subjectivo e ao intersubjectivo da relação, e de criar um espaço de projecção. O método clínico de estudo de caso não permite qualquer tipo de generalização devido ao número de participantes.

### **3.5 Procedimento**

Foram realizadas para os dois casos um conjunto de sessões de acompanhamento psicológico (13 e 25 sessões respectivamente) durante um período de 16 meses. Como instrumentos de investigação foi utilizada a entrevista clínica e o teste projectivo de Rorschach. A entrevista clínica procura apreender e compreender o funcionamento psicológico de um sujeito, centrando-se sobre o seu vivido e acentuando a relação. A entrevista clínica faz parte do método clínico, constituindo um dos melhores meios para aceder às representações subjectivas do sujeito. Em clínica a entrevista permite obter informações sobre o sofrimento do sujeito, as suas dificuldades de vida, os acontecimentos vividos, a sua história, a maneira como ele gere as suas relações com os outros, a sua vida íntima, os seus sonhos, os seus fantasmas. Surge portanto como um instrumento que procura compreender o sujeito na sua especificidade e pôr em evidência o contexto em que surgem as suas dificuldades. A entrevista clínica constitui um importante espaço de encontro de subjectividades, um espaço relacional que se revela um modo privilegiado de compreensão do outro. Na entrevista clínica as informações acerca do paciente não passam unicamente através do discurso mas também através da comunicação não verbal. As mímicas do rosto podem traduzir expressões afectivas e outros elementos na comunicação não verbal dão indicações pertinentes, como o olhar, a postura, ou a importância significativa dada ao silêncio. O tipo de entrevista clínica

utilizado foi a entrevista semi-directiva, que favorece a expressão livre e associativa a partir de uma questão aberta, orientando pontualmente o sujeito para questões precisas sobre as quais se pretende obter resposta. No quadro da avaliação, a entrevista clínica é portanto um meio e um método para aceder a informações sobre as perturbações actuais e passadas de um indivíduo, sobre a sua personalidade, sobre o seu modo de funcionamento psíquico, mas também sobre as suas aptidões ou dificuldades em apreender a mudança. O objectivo da entrevista de avaliação é também terapêutico por ter uma acção benéfica imediata e na maior parte das vezes estabelecer uma relação que permite o acompanhamento psicológico e a elaboração de um projecto terapêutico. Não esquecendo a problemática central deste estudo, a doença orgânica, a psicossomática apresenta-se como maneira de pensar, quadro entre o que é o biológico e o que é relacional e que promove esta interligação preocupando-se com uma vertente unificadora. No âmbito da entrevista clínica, a utilização das provas projectivas nomeadamente o teste de Rorschach, tem como função completar e mesmo esclarecer dados clínicos insuficientes que podem ter um sentido determinante na compreensão do sujeito. Por outro lado, a referência aos elementos obtidos pelos testes projectivos e a sua confrontação com informações obtidas por outros meios, segundo Chabert (1999), conduzem a uma apreensão do funcionamento psíquico de um indivíduo muito mais exaustiva e fiável. Neste sentido a técnica Rorschach é uma forma de observação que vem cimentar a entrevista clínica. Neste teste adquire importância fundamental a associação da percepção e da projecção à dimensão inconsciente, bem como a ausência ou excesso de qualquer destas dimensões. Esta questão interessa, particularmente, sob a perspectiva da teoria psicossomática – relacional – pois é a partir da projecção, do sonho e equivalentes da vida vigil como o jogo, o fantasma, o delírio ou o afecto, entre outros, (que são fenómenos onde se projecta uma subjectividade que se constrói através do corpo), que é determinado todo o funcionamento psicossomático. Procura aceder a aspectos do funcionamento da pessoa tais como a identidade e a depressão.

## **4. Resultados**

### **Caso Isabel**

O presente estudo de caso resultou da análise e compreensão de 25 sessões de acompanhamento psicológico que se sucederam ao longo de um período de 16 meses. Procuramos aceder à complexidade do caso, através da compreensão dos aspectos do seu funcionamento psíquico, da problemática afectiva, modo relacional (relação de objecto), bem como do tipo de personalidade, tipo de angústia e mecanismos de defesa utilizados. Passamos então à apresentação de Isabel. Tem 50 anos, vive há 4 anos com um companheiro. Tem um filho (diagnosticado com Lúpus há 5 anos) de 26 anos do primeiro casamento. É filha única. Trabalhou por um período de 11 anos num hospital, exercendo a função de administrativa. O diagnóstico de LES foi realizado há 5 anos, no entanto os sintomas da doença já se manifestavam há alguns anos. No período da adolescência começa a ter dores articulares e aos 17 anos é acompanhada em consulta de psiquiatria com diagnóstico de depressão. Aos 27 anos, após sucessivos abortos espontâneos, foi-lhe diagnosticada uma endometriose. Devido a este problema foi operada por diversas vezes e realizou uma histerectomia aos 38 anos. Foi vítima de violência doméstica no seu casamento. Fez tentativas de suicídio. Esteve casada durante 17 anos. Isabel vem à primeira consulta acompanhada pela mãe. Apresenta uma expressão corporal defensiva, uma expressão facial triste mas estabelece contacto ocular fácil. Tem dificuldade na exploração e orientação no espaço, com desequilíbrio, hesitação, apresenta insegurança, fragilidade e dependência face ao outro, parecendo evocar um superego corporal que lhe dita as coordenadas, que lhe diz como agir. Começa por falar do seu filho, diagnosticado com Lúpus há 5 anos. Ambos os diagnósticos (Isabel e filho) foram realizados no mesmo período. Refere que se sente culpada pela doença do filho. No entanto refere que não consegue chorar pois não tem lágrimas nem saliva explicando que tal facto se deve ao síndrome de Sjogren. Tem dificuldade em expressar emoções. Refere lacunas na atenção e na memória e dificuldade em recordar acontecimentos. Apresenta desorganização espacial e no tempo de reacção. Tem medo de se perder na rua. Quando conduz não consegue reagir adequadamente avançando na luz

vermelha dos semáforos e parando nos verdes. Frequenta consultas de psiquiatria, com diagnóstico de depressão e toma medicação. Isabel refere que se sente muito triste, deseja não se sentir tão triste e compreender porque se sente triste em determinadas situações. Tem dificuldades no emprego que se prendem com situações de separação e de adaptação a um novo local de trabalho. É sobrecarregada de trabalho. Sente dificuldade nas relações com outras pessoas, nomeadamente com a mãe e colegas do novo trabalho. É insegura e dependente. Sente-se rejeitada. Apresenta baixa auto-estima e subestima as suas capacidades. Refere que procura sempre agradar os outros e que se sacrifica por medo de aborrecer as pessoas.

### **Infância e adolescência. Relação com a mãe e com o pai:**

Refere que a mãe é uma figura muito forte, que se zanga muito e não permite que Isabel fale sobre os seus problemas, que se queixe da sua dor ou que esteja triste. Não lhe permite expressar desagrado ficando até zangada e sem lhe falar. A mãe reage assim com o pai de Isabel e nessas alturas Isabel defende o pai, no entanto quando está só com a mãe tenta corresponder às suas expectativas. Refere que a mãe tem comportamentos repetidos de abandono para com ela. Discute e zanga-se com a filha e depois vai-se embora. Durante o acompanhamento psicológico o pai adoece com uma neoplasia. Isabel vive intensamente a doença do pai com uma preocupação constante com a sua saúde, acompanha-o às consultas e internamentos. Perante a doença do pai, a sua dor é uma dor que ainda não consegue elaborar. Isabel pensa muito na morte do seu tio que morreu com cancro há um ano. Todos os irmãos do seu pai que eram 5 morreram de cancro. Isabel refere-se à mãe da seguinte forma: *a minha mãe é uma mulher forte. Às vezes penso que as minhas inseguranças são por causa da maneira como a minha mãe me tratava.* Isabel não tem confiança nela própria, não se atribui valor. Refere que sempre foi muito depressiva. Era uma criança triste, brincava sozinha, fazia tudo o que lhe diziam, era sossegada. Refere que a mãe lhe dizia coisas horríveis, que não era filha dela mas sim de uma cigana. Deixava-a sozinha na rua, sujeitava-a a abandonos repetidos. Isabel começou a trabalhar com 14 anos com os pais na fábrica onde estes trabalhavam. Refere que não consegue zangar-se com a mãe e que teme muito o conflito. Fica sem reacção perante o conflito. Teme a morte dos pais, especialmente o pai. Tem muito medo que o pai morra. Vê o pai morto quando ele está a dormir. Em ocasiões, sonha com a avó paterna falecida. Isabel refere que é muito parecida ao pai e à avó paterna. A mãe é muito diferente do pai, vai sempre à frente, ela é que sabe e manda. A relação com a

mãe agrava-se, o que lhe provoca um enorme sofrimento e tristeza. Refere que lamenta profundamente não ter o amor da mãe dizendo que nada substitui o amor dos pais. No entanto diz sentir pena da mãe, pois esta sofreu muito por ter sido abandonada pelos pais aos 10 anos e levada a trabalhar como doméstica longe de casa. Os pais foram viver para uma casa ao lado quando Isabel se separa do marido. Refere que durante os 8 anos em que esteve separada e que viveu sozinha custava-lhe muito adormecer, mantinha as luzes e a televisão ligadas. Tinha muitas insónias e o sono desregulado. Às vezes ouvia a voz dos pais a chamarem por ela.

### **Do diagnóstico à actualidade:**

Isabel tem muitas dores e cansa-se muito, o actual companheiro pega-a ao colo para que se consiga levantar da cama e para sair de casa. Chega a casa muito cansada. Responde aos pedidos do exterior mesmo que isso signifique um grande esforço para si. Tem muita dificuldade na relação com algumas pessoas, é muito susceptível, refere que tudo a afecta e que existem muitas injustiças. Isabel refere que tem dificuldade em nomear e reconhecer emoções e afectos face a certos acontecimentos. Finge estar alegre quando se sente profundamente triste. Refere que quando devia sentir-se radiante abate-se sobre ela uma enorme tristeza. Refere-se a problemas na relação com o filho que separado mas sempre tentado a reconciliação com a qual Isabel não concorda. Refere dificuldades de relação com o actual companheiro Isabel que tem reacções muito estranhas e diz que tanto ele como o filho deviam ir ao psicólogo porque têm reacções muito estranhas. Isabel refere que o seu actual companheiro é muito desconfiado, com reacções hostis e imprevisíveis que contrastam com outras ocasiões em que cuida e é atencioso. Refere que o companheiro tem um discurso falso e de aparências. Isabel refere que se julga masoquista na relação com o actual companheiro, ele diz-lhe coisas que a magoam. Submete-se a situações em que apenas ela oferece amor e dedicação. Isabel é uma carente de amor contentando-se apenas em dar, não se zangando com medo de perder o outro e mantendo relações de dependência afectiva. A forma de comunicar a zanga passou por agredir-se a si própria, a sua agressividade está introjectada. Isabel refere que o mundo está repleto de injustiças, fortemente desvalorizado quando frustrante, o bom e o mau não estão integrados no mesmo objecto. Refere que por vezes, quando está deitada durante algum tempo e coloca as mãos sobre a barriga começa a sentir o corpo a subir. Ouve o telefone a tocar mas não consegue atender. Quando está na cama a tentar dormir começa a sentir um peso muito grande nas mãos e começa a sentir o corpo a

flutuar. Pensando na teoria psicossomática de Sami-Ali, a desorientação no espaço e no tempo, permite apreender melhor a relação entre um rosto que não se possui e um mundo de que se tem dificuldade de conservar a imagem. Esta dificuldade de orientação no espaço e no tempo surge como uma problemática de identidade. Isabel sofre fenómenos de despersonalização durante os quais o corpo próprio, tendo perdido a sua densidade, converte-se no espaço circundante. Como um sonho onde pensar e sentir se fundem e já não se opõe, as coisas aparecem sem relevo, sem peso, irrealis, fazendo pensar numa alucinação hipnagógica. A doença piora durante a interrupção das consultas no período de férias. Isabel refere que se sente mais triste, com muitos conflitos internos e dificuldade em se relacionar com as pessoas. Não lhe apetece fazer nada. Isabel não vivenciou o amor genuíno que permite o desenvolvimento pleno do ser humano. É uma vítima submissa. Coloca-se repetidamente em situações que se revelam traumáticas. Muitos dos acontecimentos sucederam-se por não se defender das situações colocando-se numa posição passiva numa constante procura de amor e atenção, sendo este o seu estilo relacional aprendido precocemente, um esquema que vai ser repetido ao longo da sua vida. Certos aspectos psicológicos, relacionais e a vulnerabilidade biológica poderão ter criado as condições para o aparecimento da sua doença orgânica. Isabel tem uma forte tendência à idealização objectal, respeitando e venerando o objecto amado, que por ser idealizado não é posto em questão, adaptando-se ao desejo do outro, abdicando do desejo próprio. O sacrifício próprio é intenso e permanente, colocando-se numa situação em que se deixa explorar, submetendo-se a esforços exagerados, o que predispõe à doença. Isabel sente uma grande culpabilidade quando critica a mãe, patente no comentário: *que Deus me perdoe mas a minha mãe é ignorante*. No entanto vão-se notando pequenos movimentos em que é levada a admitir que afinal algo não está bem na sua vida o que se torna uma oportunidade de pôr tudo em causa. A angústia primordial que não foi pensada e que não foi expressa tem agora oportunidade de ser trabalhada, a sua realidade não lhe deu espaço para ser ela própria, sempre existiu uma submissão ao outro. A submissão à violência doméstica vivida durante o seu primeiro casamento assumiu-se como a outra face da dependência. Esta situação conflitual tornou-se impossível de ser resolvida, isto é, na impossibilidade de decidir entre a separação ditada pela norma e a impossibilidade de se separar porque implica uma perda, permaneceu nessa situação, sendo a mãe a resolver este impasse: *a minha mãe disse-me que eu já não tinha que aguentar esta situação*. Isabel segue a opinião da mãe e separa-se. Não desenvolveu uma verdadeira autonomia, não existe um verdadeiro sentimento de identidade. Evoca uma conformação à mãe que deriva do medo de uma perda sentida como abandono como quando

Isabel se faz ouvir na sua diferença e individualidade, implica que todo o seu funcionamento se tenha vindo a fazer pela adopção de regras impostas pelo exterior, o que a coloca perante a questão da identidade que se adquire na relação e que se traduz pela posse de um rosto próprio. Isabel receia o conflito e por isso evita-o, duvidando se sobreviverá ao conflito. Neste caso na relação mais precoce a mãe não é sincronizadora mas sim impositora dos ritmos do bebé. Isabel refere que a sua mãe foi sempre à frente sem escutar o outro, esquecendo-se do outro sem fazer uma ressonância afectiva. Isabel sente-se perdida, hesitante e insegura se fizer o caminho sozinha. No período em que Isabel vive sozinha após a separação, ela sente-se de novo só, o que provoca insónias desgastantes. Paralelamente, há um agravamento do estado somático como se, para ela, ser autónoma, implicasse o perigo de abandonar e ser abandonada. Isabel pinta quadros com diversas cores mas não reconhece a sua beleza, assim como não sabe reconhecer os seus sentimentos porque não lhe foi permitido viver a paleta de cores das emoções. Isabel tem uma baixa auto-estima que não permite gostar de si própria e da sua produção sobre o mundo exterior. Para Isabel conflitualizar e ir à sua vida significa morrer, ter um “sopro no coração”. Mas se cala não se permite viver, não constroi uma relação, não se permite uma saída. Por isso a ideia de morte, a inexistência de solução. Isabel não tem autonomia, não adquiriu uma identidade distinta do outro. Antes oferece a sua dedicação às figuras parentais, *o pai é um bebé muito meigo* de quem ela cuida e protege da mãe. Isabel é muito dependente dos pais, como se procurasse neles um rosto próprio, apoio e auxílio. Cuida dos outros mas o que deseja é que cuidem dela. Procura o amor que não teve, contentando-se apenas em amar o outro. É submissa à agressividade com sentimentos profundos desamparo. *era uma criança triste e fazia tudo o que me diziam*. Mais tarde as suas relações revestem-se de carácter patológico, quando o ex-marido lhe batia Isabel não fazia nada e deixava que ele lhe batesse repetidamente. O traço masoquista da sua personalidade faz com que se coloque numa situação de tolerância às agressões, como sucedeu durante o seu primeiro casamento, sofrendo severos traumatismos ao longo do tempo e que predispõem à doença. A sua depressão é uma depressão de inferioridade e de culpa que vai favorecendo a aceitação de situações prejudiciais e de maior risco para si própria. Isabel tem uma personalidade depressiva com os seguintes traços principais: baixa auto-estima, culpabilidade, supereu severo, vulnerabilidade à perda, tendência à apatia e idealização do passado. A idealização e a desculpabilização que Isabel faz do objecto é um factor de inibição e de submissão perante as situações de desgaste e de perigo. A angústia de perda é vivenciada com grande sofrimento e a relação de objecto é anaclítica, centrada sobre uma dependência anaclítica. Verifica-se que certos conflitos

reactivam em Isabel uma forte angústia de perda e de abandono que desencadeia um agravamento da doença como se pode verificar quando Isabel se vê confrontada com a doença inesperada do pai vivendo a dúvida relativamente à sua gravidade, existindo simultaneamente um conflito com o filho, com a nora e com a mãe. A angústia pode progressivamente dar lugar à depressão, numa situação de perda potencial. Na depressão a problemática identitária deriva da relação que se estabelece com a ausência do objecto em situações de depressão materna precoce. Durante o período de 8 anos em que vive sozinha após o divórcio, diz ouvir as vozes dos pais a chamarem por ela. Tem muitas insónias, o sono desregulado e durante a noite mantém as luzes e a televisão ligadas e neste período da sua vida sente-se muito perdida e desamparada, reactivando a angústia de perda e de abandono que agrava a depressão, verificando-se uma desorientação no tempo e no ritmo sono-vigília. Observa-se o agravamento da sua doença e Isabel torna-se mais dependente da mãe que funciona como superego corporal, que a orienta e que corresponde a uma fragilização da sua identidade. A sua identidade diluída, as suas características únicas, pelas quais deveria ter sido investida, nos anos fulcrais para a construção da sua identidade e do seu sentido de si, foi sendo cada vez menos reconhecida e investida. Foi ficando cada vez mais perdida e desencontrada de si o que a impediu de se identificar, ou seja, construir a sua identidade própria, e de a reconhecer em todos os seus elementos, especialmente os afectivos. A sua identidade não é própria e exclusiva, mas antes funciona de forma superficial, moldando-se à dos outros por falta de firmeza ao nível das suas características próprias.

***Dados da análise global do teste projectivo de Rorschach:***

Nas respostas Rorschach de Isabel transparece uma enorme angústia corporal, onde se configura uma problemática da depressão e uma enorme angústia de perda. É portanto uma problemática da perda de objecto que está patente neste caso. Ao longo de toda a reflexão foi possível especificar as modalidades de um funcionamento limite onde a organização psíquica constitui um arranjo singular da problemática depressiva que nele ocupa um lugar central. A angústia face à perda do objecto revê-se na sensibilidade aos brancos na situação Rorschach. Vê-se reactivada a fragilização da identidade e a sensação de ausência pela perda do objecto. O protocolo de Rorschach impressiona pelo elevado número de respostas anatomia. A utilização do corpo como metáfora de representações da psique dá conta nos funcionamentos limites, de uma porosidade das fronteiras dentro-fora: é certo que estas existem, mas estão

sempre ameaçadas de dano, quer pela hipersensibilidade ao material, quer pela sua ressonância interna, que solicita vivamente os mecanismos de projecção. Isabel manifesta uma profunda problemática ao nível da própria existência, sob a forma de um superego corporal repressivo no acesso a uma autonomia pessoal e criativa: numa palavra, destruidor. Assim, o sujeito vive com um profundo sofrimento corporal, de intensa perda de si, num questionamento muito profundo da sua identidade e das suas origens, sem fronteiras dentro-fora bem delimitadas, numa indistinção eu-outro, sendo o seu corpo e a sua existência vividos em função do olhar do outro, tratando-se portanto de uma problemática identitária e depressiva.

## Caso Maria

Maria tem 33 anos e é solteira. É filha única e vive com os pais. É economista e trabalha num banco. O diagnóstico de LED foi realizado há 5 anos. A alopecia, as alergias de pele e a fadiga acompanhada de dores articulares são as manifestações que surgem com mais frequência. Na primeira sessão, Maria começa por descrever as manifestações da doença. Refere-se à queda do cabelo e o seu discurso incide principalmente sobre o receio da queda do cabelo e sobre a dificuldade de relação que tem com os colegas e chefes do seu emprego.

### **Infância e adolescência. Relação com a mãe e com o pai:**

Maria é filha única e vive com os pais. Diz que é uma menina mimada e que não pensa sair de casa dos pais para já. Adormece no quarto e a mãe desliga-lhe a televisão e tira-lhe os óculos para que não se partam. Refere que o quarto dela e dos pais sempre tiveram as portas abertas. Refere que a mãe viveu a gravidez na sua terra natal e que Maria já nasceu noutra cidade, onde o pai trabalhava. Refere que a mãe gostaria que ela ainda tivesse lá nascido. Remete para algo de bom vivido no início da gravidez que se perde quando os pais mudam de cidade. Evoca a primeira grande angústia de separação. Parece-nos remeter para uma idealização narcísica do período fetal. Maria refere que o pai sempre esteve muito tempo fora de casa e passava muito tempo com a mãe. Têm uma relação muito próxima. Na adolescência viveu muitos conflitos com a mãe, não deixava que fosse ao cinema com as amigas nem às festas de anos, nem mesmo a casa da amiga que vivia na mesma rua. Maria não podia dizer nada porque não valia a pena, pois *o que ela dizia estava dito*. Refere que o pai por vezes a compreendia e falava com a mãe mas não servia de nada. Maria refere que houve situações em que a mãe exagerou mas acha que não lhe fez mal. Existe uma ambivalência entre o desejo da mãe e o seu próprio. Maria não consegue assumir por culpabilidade de atacar o objecto interno. *A minha mãe dizia-me, “quando tiveres 18 anos logo fazes o que te apetecer” mas quando chegou essa altura já não tinha vontade de fazer nada. Já me tinha passado a vontade*. Na adolescência a segunda tentativa de separação-individação também falhou, já tinha desistido de lutar. Maria foi a discotecas quando estava de férias, mas os pais também iam, era uma terra pequena toda a gente se conhecia,

encontrava-se com os primos e amigos. Maria refere que queria estudar longe do local onde vivia e candidatou-se à faculdade mas a mãe não queria que Maria estudasse longe de casa. *A minha mãe não me deixava sair de casa. No 12º ano até lhe disse que me ia candidatar a faculdades fora mas depois acabei por ficar por cá. Acho que ela exagerou em algumas coisas mas acho que não me fez mal. E também não valia a pena eu dizer alguma coisa, não resolvia nada, ela dizia e estava dito.* Provavelmente nunca terá existido uma verdadeira separação, existe um apego patológico à filha. Não se construiu um eu autónomo. A preocupação materna deve dar lugar gradualmente à autonomização. A ausência de diferenciação psíquica é característica desta falha precoce. Maria refere que a mãe sempre foi uma pessoa muito nervosa, com problemas cardíacos e teve uma crise grave quando Maria tinha 8 anos. Refere que o pai queria ter mais filhos mas o médico desaconselhou essa situação.

#### **Do diagnóstico à actualidade:**

Os pais de Maria mudaram-se recentemente para uma nova casa e disseram-lhe que o antigo apartamento onde viviam seria para ela. Fizeram obras de remodelação, ia para lá ao fim-de-semana, mas quando ficou pronto não lhe deram a chave. Maria não vai pedir a chave porque diz que eles é que devem dar. Refere que os pais lhe tinham dito que a casa seria para ela mas já se passou um ano e nunca mais lhe disseram nada. Maria é sempre a primeira a chegar ao trabalho e a última a sair. Chega a casa muito cansada e só lhe apetece dormir. Refere ter sido diagnosticado Lúpus Eritematoso Discóide (LED) há cerca de 5 anos e desde essa altura a mãe não quer que Maria se esforce com tarefas domésticas, está muito nervosa e muito preocupada com a filha. Quando Maria está a tomar banho a mãe entra na casa de banho para ver se ela tem manchas na pele. *Agora ando sempre a ver se tenho peladas, e fico muito preocupada se vejo muitos cabelos no pente ou na almofada. Também costumo ver se tenho manchas na pele.* Maria não conquistou a diferenciação e individualidade. Maria refere que já não convive com os amigos como era hábito. Refere, *estou muito cansada, chego a casa do trabalho e só me apetece deitar e ao fim de semana não tenho vontade de fazer nada e fico em casa a dormir.* Gosta mais do ambiente onde trabalha actualmente embora não conviva com colegas mulheres. Maria diz que prefere falar com colegas homens porque não são tão intrigistas nem se metem na vida das pessoas. Refere que fala com os colegas sobre carros. Maria refere que os colegas dizem que ela é como se fosse um homem e têm com ela conversas de homens. Neste comentário põe-se em evidência a questão da identidade. Existe

uma falha precoce que compromete a identidade. A bissexualidade psíquica não está resolvida. Maria apresenta um agravamento da doença no período de férias e de interrupção do acompanhamento psicológico. Sente-se desamparada pela separação. Na primeira sessão após as férias Maria fala dos dias que passou em casa de uma amiga. A amiga tinha um cão e Maria não conseguiu desfrutar daqueles dias devido à presença do cão da amiga. Maria refere que não teve e nem liga muito a animais porque a mãe tem medo de cães e se vê um cão ao longe muda de caminho. Remete para uma confusão de identidade, para uma não diferenciação da figura materna. Maria regressa mais cedo de férias porque se sente muito incomodada com a situação. Fica com uma alergia de pele muito extensa no peito, fica admirada pois tivera cuidado para não apanhar sol. O discurso de Maria parece-nos um discurso operatório, muito repetitivo, alexitímico que se refugia no racional, um discurso vazio de afecto, não é possível fazer a ressonância afectiva através do seu discurso. Maria recorre aos mecanismos de intelectualização e de racionalização, a intelectualização abrangendo o pensar em vez de sentir é um evitamento da intimidade e a racionalização dá explicações lógicas e credíveis para comportamentos irracionais que foram desencadeados por desejos inconscientes. No seu trabalho é exigente em relação aos outros. A aparente segurança revela uma dependência em relação aos que a rodeiam, agora agravada pela doença e pela excessiva preocupação da mãe, o que acentua o conflito e mobiliza mais energia para esquecer e banalizar uma situação. O cansaço e apatia são sentidos mais intensamente, *chego a casa muito casada e vou-me deitar*. Os seus esforços de autonomia sempre foram em vão, o conflito era evitado porque não valia a pena. A realidade é percebida como pobre, vazia de afectos, faltam a fantasia, a criatividade e o sonho. O tempo é uma problemática que surge no caso de Maria com alguma frequência, o tempo que estende e não controla na consulta, o tempo que não consegue aproveitar ao fim de semana. Remete para a falta de limite eu-outro, para uma ausência de limites. Segundo Sami-Ali, “(...) pode-se supor, que, a exemplo do espaço, a representação do tempo, antes de reflectir o jogo subtil dos sistemas intrapsíquicos, elabora-se na relação primordial do sujeito com a figura materna. (1993, p.45) A mãe, depressiva e extremamente ansiosa teve dificuldade em assumir o papel materno e o médico aconselhou-a a não ter mais filhos. Uma mãe depressiva perde suas possibilidades expressivas; para a criança, isso equivale à perda do rosto materno, mas, ao mesmo tempo, à perda de seu próprio rosto. O rosto vazio, o bebé não consegue perceber quando a mãe está bem ou mal, não aprende a lidar com as suas emoções, não se espelha no rosto do outro, compromete a construção da identidade e do eu corporal. Maria esquece-se de si e das suas necessidades. Maria teme o conflito, teme aborrecer a mãe, entristece-la, perder

o seu amor. O que sucede no caso de Maria é que os sentimentos de revolta e de agressividade são reprimidos e permanecem introjectados pois alimentam-se da culpa e do medo. Maria está a autodestruir-se com uma identificação ao objecto e introjecto maligno, para não atacar a mãe ataca-se a ela própria. Não mentaliza as emoções e canaliza-as para o corpo. Não consegue atacar os objectos malignos interiorizados pois todos estão indiferenciados e confundidos. O sofrimento não é sentido, empenha-se muito no seu trabalho, no que é funcional e não relacional ou afectivo, o que revela uma problemática de recalçamento do afecto. Maria é pouco autónoma e ainda dependente dos pais. Maria não sai de casa porque diz que é comodista e também não se importou quando os pais não lhe deram a chave da casa. Por outro lado esperava que lhe tivessem dado a chave. A doença tornou-a ainda mais dependente dos pais. Maria vive um impasse relacional pois não se autonomizou relativamente aos pais, existindo um conflito subjacente, os pais não permitem a sua autonomização, não lhe dando a possibilidade de estar só, autónoma e de viver a sua sexualidade fora do casamento. Neste sentido, impasse é uma situação de conflito que remete para uma dificuldade de autonomização. Autonomização no sentido de prosseguir o seu caminho para a maternidade, e que tem a ver com a aquisição de uma identidade sexual. O corpo erótico não foi desenvolvido. A sua identidade não é própria e exclusiva, mas antes funciona de forma superficial, moldando-se aos pais por falta de firmeza ao nível das suas características próprias. A identificação imagóico-imagética tornou-se obstrutiva e patogénica e neste caso constituiu-se uma identidade falsa e alienada sem a possibilidade de ser diferente, ou seja, ela própria. O funcionamento de Maria é uma constante busca de adaptação à norma e à realidade imposta pela sua cultura familiar. Este tipo de funcionamento predispõe à doença. Maria vive uma problemática identitária e depressiva. Na depressão, a problemática identitária deriva da relação que se estabelece com a ausência do objecto em situações de depressão materna precoce, que se prende à gravidez e ao nascimento de Maria noutra cidade e à mudança sentida como hostil pela mãe. Funcionar num espaço simbiótico constitui o momento em que tudo passa a resumir-se à existência de um objecto único, o que equivale a dizer que deixa de haver relação e se passa a funcionar de forma aconflitual, correspondendo ao momento de perda da sua identidade. Uma relação de dependência impede o funcionamento autónomo, transformando-se numa relação de objecto único, onde este outro assumirá um papel de superego corporal, despojando o sujeito da vivência do seu corpo. Maria não foi reconhecida como individualidade, vivendo uma relação objectal predominantemente narcísica, que não permitiu a separação. Parece não se ter formado um espaço tridimensional. O pai esteve ausente perante a relação simbiótica, não

separou a “díade”. No caso de Maria verificam-se lacunas na relação materna e nas questões do holding e do handling, a falta de uma mãe mais continente capaz de lhe dar uma pele psíquica própria, um eu-pele. A Dimensão do eu adquire-se precocemente na forma como a mãe toca o bebé. Existiram falhas precoces na relação com a mãe que a remeteram para uma depressividade, linha depressiva não mentalizada pelo sujeito.

***Dados relativos à análise global do teste projectivo de Rorschach:***

No Rorschach de Maria pode verificar-se uma enorme angústia, e a procura obsessiva do controlo sobre a realidade que ocupa um lugar central. Os cartões cinzentos-escuros ou com o contraste negro-branco atingem neste caso a sensibilidade do sujeito e dão origem a manifestações da ordem da inquietação, ansiedade, ou angústia mais ou menos intensas. A angústia num protocolo rígido, é perceptível no reforço das defesas, quer nos modos de apreensão em que se encontra um aumento dos G (preocupação de domínio), quer numa multiplicação de recortes com a preocupação constante de se colar à realidade do estímulo (respostas F), como se pode verificar neste protocolo. A defesa consiste, aqui, em valorizar uma realidade que se desejaria objectiva, contra a emergência de representações angustiantes e de afectos associados. Neste sentido o Rorschach de Maria enquadra-se num procedimento rígido e são agrupados nesta categoria todas as manifestações que dão conta da utilização dos dados perceptivos do material, quer para evitar ou minimizar o aparecimento de elementos em relação com a realidade interna do sujeito, quer para lhe permitir exprimir-se graças a uma estratégia de justificação e de racionalização objectivantes. As reacções qualitativas neste caso traduzem a preocupação do sujeito em ajustar ao máximo a imagem associada que fornece à realidade perceptiva do cartão. Sendo elas, neste caso específico, as precauções verbais, rumações, muitas vezes próximas da dúvida. A denegação parece também na verbalização, segundo Chabert (1999) refere-se, ao nível do discurso manifesto, ao aspecto externo da percepção (e não à representação associada): *Não é claro; Não vejo bem*. O apego aos pormenores pode traduzir-se nos comentários, independentemente do modo de apreensão: o sujeito descreve minuciosamente as diferentes partes da imagem percebida, mesmo que este seja apreendido globalmente. No entanto o procedimento determinado na globalidade da prova aponta para um procedimento lábil com condutas defensivas que se observa através de uma certa precipitação na multiplicação das respostas, sendo o TRI extratensivo misto dilatado. Observa-se uma certa labilidade das reacções emocionais muitas vezes contrastadas em relação estreita com a qualidade cromática dos cartões, o que sublinha

a sugestionabilidade, a vulnerabilidade e a sensibilidade ao meio envolvente: os cartões negros suscitarão comentários negativos, ansiosos e depressivos, enquanto os cartões pastel associações mais positivas. A defesa maníaca e a luta anti-depressiva desenha-se claramente neste Rorschach, através dos procedimentos lábeis típicos: há uma grande produção (logorreia), maciça e confusa, o sujeito parece literalmente esvaziar-se: não há espaço de reflexão. O menor desvio é preenchido pois as lacunas são insuportáveis, à semelhança do lugar deixado pelo objecto ausente ou perdido. (Ibid., p.229). A problemática identitária também está patente nas respostas que se referem ao céu com nuvens que se dissipam, e nos *cortezinhos e branquinho de céu*, algo que não consegue definir, como se fossem *pinceladas que por acaso ficaram assim...* A difusão que é a base de certos EF, como nuvens que se dissipam é um sinal de ansiedade, pois comporta essa impressão de carência, de firmeza, de solidez dos elementos que estão prestes a dissolver-se, denotando uma fragilidade e falta de consistência o que pode revelar uma problemática identitária. Mostra-se sensível ao carácter instável, móvel e fugidio do objecto exterior é provar a sua sensibilidade interior e a sua própria fragilidade.

## 5. Discussão/Conclusões

A depressão surge associada ao Lúpus, não sendo de ignorar o envolvimento de aspectos relacionais. É neste sentido relevante explorar a problemática da identidade e da depressão no contexto do Lúpus, e que se constitui no problema de investigação colocado, tendo por suporte teórico os estudos dos autores referidos e procurando estas duas dimensões no âmbito dos dois casos aqui apresentados. Certas formas de depressão acompanham-se de patologia orgânica mais ou menos grave. Nos casos apresentados, aspectos do desenvolvimento emocional, relacional e psicológico com o meio, apontam para uma grande dependência e falta de autonomia dos pacientes, evidenciando-se a problemática da identidade e da depressão. Verificou-se em ambos os casos que existe comprometimento na constituição da identidade. Ambos os casos apresentam fragilidade ao nível da constituição da organização corporal, da organização da temporalidade, bem como da espacialidade e expressão dos desejos e dos gostos. Os pacientes são muito dependentes do seu meio e mais particularmente de um dos membros deste meio, sendo provenientes de uma família em que se tende a manter a não diferenciação dos seus membros. São os acontecimentos de vida, perdas ou conflitos que obrigam a ter em conta a diferença, que aparecem como factores concomitantes com o desencadeamento das doenças. Relativamente à primeira questão de investigação colocada – *Verifica-se uma problemática identitária nos dois sujeitos com Lúpus do presente estudo?* A confusão entre o eu e o outro é permanente no clima relacional em ambos os sujeitos, Esta questão liga-se a uma segunda questão de investigação que se relacionam entre si *Verifica-se uma problemática depressiva nos dois sujeitos com Lúpus do presente estudo?* Na depressão, a problemática identitária deriva da relação que se estabelece com a ausência do objecto em situações de depressão materna precoce, que geram na criança, um impasse, existindo uma neutralização da valoração afectiva das interacções para ambos os casos. Neste sentido as problemáticas da depressão e da identidade nas patologias do sistema imunitário estão relacionadas numa problemática circular e multidimensional. A depressão é a perda de si pela perda do objecto, e em Isabel, as problemáticas depressiva e identitária podem considerar-se graves. Aqui a criança não tem rosto, perde o rosto que pode ter, tem dificuldade em reconhecer um rosto através da mãe que não está, a ausência da possibilidade de ser amada e reconhecida na sua identidade. Nos sujeitos com lúpus tal como é patente em ambos casos, a

depressão relaciona-se de facto com uma problemática identitária. A problemática identitária cria fragilidades estruturais com um carácter depressivo e a sua origem relaciona-se com perdas afectivas acumuladas na primeira infância, limitação e/ou proibição excessiva do comportamento espontâneo e reactivo, ou seja, carência afectiva e repressão precoces. Sem possibilidade de exprimir por emoções, pensamentos, comunicar por palavras e gestos o caminho está aberto para a doença. Nestes doentes a identidade própria funde-se na identidade do outro, não têm uma identidade própria e exclusiva, pois não fazem uma identificação diferencial, não conhecem o objecto real, o que faz com que não se saibam defender de situações que eventualmente se tornam traumáticas. A realidade é percebida como pobre, vazia de afectos, numa falta total de fantasia, de criatividade e de sonho. A problemática depressiva vem em consequência de um processo de identificação que se revelou insuficiente para a constituição de uma identidade estável e segura. A interligação com a organicidade é o que nos faz viver, tem importância na vivência com o mundo e com os aspectos psicológicos. O reflectir, o projectar o futuro, o fantasiar, são particularidades do pensamento do ser humano na busca incessante da sua identidade. É o que faz do indivíduo o que ele é e que o distingue de todos os outros. Igual a si e diferente do outro. A problemática da identidade e da depressão verifica-se e de acordo com os dois casos apresentados a fragilidade identitária desenvolve vulnerabilidades estruturais mais ou menos graves de características depressivas a nível psicológico, imunológico e relacional. Foram relevantes e concordantes os dados fornecidos pela entrevista clínica e teste projectivo de Rorschach para as conclusões retiradas deste estudo e que apoiam a pertinência do problema e das questões de investigação. Este trabalho é o resultado de uma reflexão pessoal prolongada e que por esse facto, a que se acrescenta a complexidade intrínseca que reveste cada caso, não pretende qualquer tipo de generalização. Deu-se o contributo para a compreensão do problema colocado, decorrendo no entanto alguns movimentos por elucidar e ficando o tema em aberto para futuros desenvolvimentos.

## 6. Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2002). *Mini DSM-IV-TR: Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico*. Lisboa: Climepsi. (Obra original 2000).

Bénovy, H., & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi. (Obra original 1999).

Burmester, G-R. & Pezzutto, A. (2003). *Color Atlas of Immunology*. Stuttgart: Thieme.

Chabert, C. (1999). *O Rorschach na Clínica do Adulto*. Lisboa: Climepsi. (Obra original 1997).

Damásio (1997). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. (17ª Ed). Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.

Filho, J. M. (Coord.) (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fleming, M. (2003). *Dor sem nome – Pensar o sofrimento*. Porto: Edições Afrontamento.

Iverson, G. L. (1995). The Need for Psychological Services for Persons with Systemic Lupus Erythematosus. *Rehabilitation Psychology*, 40, 39-49.

Kostyak L. R. (1995). Systemic Lupus Erythematosus. In Goreczny A. J. (Ed.), *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology* (pp. 535-548). New York: Plenum Press.

Martin, P. (2001). *A Mente Doente. Cérebro, Imunidade e Doença*. Lisboa: Editorial Bizâncio

Matos, A. C. (1996). Percursos da Identidade: Processos Transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, nº11 p. 23-33

Matos, A.C. (1999). Ser Único e Ter Rosto: O Binómio Resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática* – vol.1, nº 1 (1999), p.11-21.

Matos, A. C. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do Seu Sentido*. Lisboa: Climepsi.

Matos, A. C. (2003). *Mais Amor – Menos Doença. A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi.

Milheiro, J. (1997). Psicossomática Estrutural: O Facto Psicossomático. *Revista Portuguesa de Psicossomática* – vol.1, nº 2 (1999), p.17-29.

Nery, F.G. & col. (2007) Major depressive and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry* – nº 48 (2007), p. 14 – 19.

Pedinielli, J-L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi. (Obra original 1994).

Queiroz, M. V. (2003). *Doenças Reumáticas – Manual para Doentes*. Lisboa: Lidel.

Sami-Ali (1993). *Corpo Real, Corpo Imaginário: Para uma Epistemologia Psicanalítica*. Porto Alegre: ArtMed. (Obra original 1984).

Sami-Ali (1997). *Le rêve et láffect : Une theorie du somatique*. Paris : Dunod.

Sami-Ali (2002). *O Banal*. Lisboa: Dinalivro. (Obra original 1980).

Sami-Ali (2002). *Pensar o Somático: Imaginário e Patologia*. (2ª Ed). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. (Obra original 1987).

Sami-Ali & col. (2004) *Manual de Terapias Psicossomáticas*. Porto Alegre: ArtMed. (Obra original 2001).

Senécal, J. L. (1990). *Lúpus : A doença das mil faces*. Montreal: Notre-Dame Hospital.

Traubenberg, N. R. (1975). *A Prática do Rorschach*. São Paulo: Cultrix (Obra original 1970).

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original 1988).

### ***Resumo das sessões do acompanhamento psicológico***

***Nome: Isabel***

***Idade: 50 anos***

***Paciente com LES diagnosticado há 5 anos***

#### ***1ª Sessão***

*Estou a passar uma fase muito difícil na minha vida.*

Inicia a primeira sessão a falar da doença do filho, diagnosticado com Lúpus há 5 anos. Descreve com pormenores técnicos o tipo de problema que levou o filho ao internamento. Isabel refere ter realizado exames na mesma altura que comprovaram que tal como o filho também tem Lúpus e Síndrome Antifosfolípido. Para além destas patologias, Isabel refere que não tem lágrimas nem saliva devido à Síndrome de Sjögren.

#### ***2ª Sessão***

Isabel queixa-se de lacunas na atenção e na memória. Desorienta-se na rua, esquece-se dos sítios onde em casa arruma as coisas. A família brinca com os seus enganos. Quando conduz não consegue reagir adequadamente avançando nos vermelhos e parando nos verdes. Faz-se acompanhar da mãe à consulta por medo de se perder na rua e não conseguir chegar à sessão. Isabel é observada mensalmente na consulta de psiquiatria no hospital onde trabalhou como administrativa durante 11 anos. Refere que trabalhou

vários anos com médicos e sabe muito sobre doenças. Refere ter necessidade de fazer uma psicoterapia porque o psiquiatra limita-se a receitar medicamentos e fala pouco. Isabel diz que se sente muito triste e que está muito em baixo, refere que o que deseja é não se sentir tão triste e compreender porque se sente triste em determinadas situações.

*O psiquiatra às vezes pergunta se costumo sonhar mas agora não tenho sonhado, nem sempre me lembro.*

Refere que actualmente já não trabalha no hospital. Recorda que tinha muitas amigas e sentia-se muito bem nesse serviço. Organizava formações para médicos e professores. Tem no currículo 70 formações. No hospital sentia-se em casa. Há 5 anos deixou de trabalhar no hospital pois um médico convidou-a para trabalhar numa empresa a organizar o mesmo tipo de eventos ganhando muito mais e permitindo que descontasse para a segurança social. No entanto custou-lhe imenso a adaptação quando saiu do hospital para o prédio velho e pequeno, onde funcionava a empresa, um palacete com salas forradas de madeira onde não se sentia bem. Cerca de um ano depois de começar a trabalhar nesta empresa sentiu-se muito sobrecarregada pois tinha toda a responsabilidade nas tarefas, transportava e descarregava material para os eventos e organizava sozinha as formações. Nessa altura, coincidindo também com a doença do filho começou a sentir dificuldades ao nível da atenção e da execução das tarefas e não conseguia fazer trabalhos no computador.

*Inicialmente viam-me como uma deusa.*

Isabel refere que foi muito elogiada por fazer uma página na internet, mas quando começaram a surgir os problemas de atenção e de memória já não a compreendiam nem falavam com ela apesar de saberem que o filho estava doente. Uma médica deu-lhe com um livro na cabeça depois de um incidente em que Isabel escreveu nas costas de um teste, (por falta de outra folha onde o fizesse) as respostas a esse mesmo teste que seria passado numa formação. Esqueceu-se da folha no meio dos outros testes, ficando os formandos a saber as respostas. Tratavam-na *tu cá tu lá*. Não a compreendiam.

### **3ª Sessão**

Procedeu-se à apresentação da prova projectiva de Rorschach para efeitos do trabalho de investigação. A paciente mostrou-se disponível embora durante a passagem da prova, algumas pranchas, especialmente a II e a IV, tenham suscitado uma angústia que se manifestou também em reacções não verbais.

#### **4ª Sessão**

Isabel refere sempre agradecer os outros e que se sacrifica por medo de aborrecer as pessoas. Durante os oito anos em que esteve divorciada costumava ir ao norte visitar os pais,

*fazia um “show de hollywood” quando estava com os pais*

tentava transparecer uma enorme alegria e boa disposição na sua presença, mas no regresso vinha o caminho todo a chorar. Refere-se à mãe como uma figura muito forte que se zanga muito e que não permite que fale sobre os seus problemas, que se queixe da sua dor ou que esteja triste. Não permite que Isabel expresse desagrado ficando até zangada e sem lhe falar. A mãe também reage assim com o pai de Isabel e nessas alturas Isabel defende o pai, no entanto quando está com a mãe tenta corresponder às suas expectativas. Refere que a mãe tem comportamentos que não compreende, como por exemplo, quando Isabel e a mãe estão no carro, Isabel conduz e ao discutirem durante o caminho a mãe ordena-lhe que pare o carro, sai e faz o restante caminho a pé.

#### **5ª Sessão**

Muitas vezes não lhe apetece sair de casa pois tem muitas dores e cansa-se muito mas ao fim de semana o actual companheiro convence-a a irem passear ao centro comercial,

*... tem de me pegar ao colo para eu me conseguir levantar. Vou só para lhe fazer a vontade mas ele anda muito e eu canso-me muito, peço-lhe para voltar para casa, chego a casa muito cansada.*

Isabel refere que esteve oito anos separada, durante essa altura saía muito pouco e actualmente quer aproveitar para sair. Durante o tempo em que viveu sozinha custava-lhe muito adormecer, mantinha as luzes e a televisão ligadas. Tinha muitas insónias e o sono desregulado. Refere que por vezes tinha a sensação de ouvir a voz dos pais a chamarem por ela. Refere que os pais estão sempre muito presentes na sua vida mesmo que estejam a viver com ela.

#### **6ª Sessão**

Refere que se sente triste ou mais eufórica mas na maior parte do tempo sente-se muito em triste. Refere que sempre teve muitas depressões, durante o casamento tentou o

suicídio com comprimidos. Tem muita dificuldade em relacionar-se com as pessoas e refere que é muito sensível às injustiças.

*tudo me afecta*

Isabel refere que não percebe porque se sente tão triste. Fala da viagem que fez a Paris há 3 anos, com o actual companheiro. Questiona-se porque se sentiu triste em vez de se sentir alegre durante a viagem, e porque se sente inexplicavelmente triste noutras ocasiões em que acha que deveria estar alegre. A viagem a Paris era muito ansiada e recorda-a com muito pormenor. Refere que não percebe porque se sentiu triste.

### **7ª Sessão**

Após se ter ausentado das consultas durante três semanas Isabel regressa justificando a impossibilidade de vir às consultas devido à doença inesperada do pai.

*Tenho andado numa preocupação constante com a saúde do meu pai... está muito doente... com um tumor...*

Isabel está muito preocupada com o estado de saúde do seu pai, acompanha-o às consultas e nos internamentos. A doença do pai aflige-a e ocupa muito do seu tempo neste momento. Fala também nos problemas que tem com o filho que está separado da mulher, mas sempre tentando uma reconciliação com a qual Isabel não concorda.

*não entendo como ele pode querer voltar para aquela mulher que o tem feito sofrer tanto...*

### **8ª Sessão**

*Isabel tem vivido problemas com o companheiro e refere que este tem reacções muito estranhas. Diz que tanto ele como o filho deviam ir ao psicólogo porque têm reacções muito estranhas. Quando foram de viagem a Paris ele zangou-se muito por causa das malas que não estavam bem colocadas no carro, tirando-as para fora com muita agressividade,*

*eu por acaso tenho isso gravado em vídeo porque tinha levado a câmara de vídeo e estava a filmar nessa altura... mas gosto dele porque é muito carinhoso noutras ocasiões...*

### 9ª Sessão

*O companheiro de Isabel encontra-se em processo de divórcio da sua ex-mulher. Este foi ao psiquiatra para que comprovasse que foi vítima de danos morais e assim conseguir uma indemnização pois a ex-mulher tirou-lhe todo o recheio da casa sem ele saber, casa essa onde Isabel vive actualmente com o companheiro e que decorou e arrumou, fazendo móveis para a decorar. Isabel, tirou um curso de pintura e artes decorativas, refere que fez trabalhos a folha de ouro, carpintaria e restauro de móveis. Refere que deu ao filho a casa onde viveu durante o tempo que esteve divorciada. Refere que essa casa uma grande paz quando lá se entra. Os seus pais adquiriram uma outra casa ao lado da sua na altura em que Isabel se separou mas refere que actualmente e que na maior parte do tempo os pais estão na casa do norte. Isabel refere que o seu companheiro é muito desconfiado, fala sem parar e tem um discurso falso. Por exemplo diz a Isabel estar muito bem, mas ao telefone com a mãe já diz estar muito mal, e se telefonar aos amigos faz de novo uma grande festa. Na altura em que Isabel esteve a arrumar a casa do companheiro, e ao levar roupa num saco para lavar, este perguntava constantemente o que levava dentro do saco,*

*Ficou desconfiado e perguntava se eu estava a tirar-lhe alguma coisa eu dizia-lhe, “são rosas meu senhor, são rosas”, até que ele deixou de perguntar...*

É muito agressivo na condução, já agrediu um condutor e refere que agora começa a entender porque o companheiro teve dois casamentos que terminaram.

### 10ª Sessão

Isabel diz não reacar que a agressividade do companheiro se vire contra ela, refere que não tem razão para pensar que tal possa acontecer pois durante o casamento sofreu agressão por parte do ex-marido, com quem esteve casada durante 17 anos, e refere que o actual companheiro não o faria.

*É uma situação diferente... sofri muito com a família do meu marido principalmente com a minha sogra que não gostava de mim... eu trabalhava na fábrica onde os meus pais trabalhavam, na fábrica que era do meu sogro...comecei a trabalhar com 14 anos. Quando conheci os pais dele a mãe disse-me que eu era uma merda... Mas eu gostava muito do meu sogro. Quando ele adoeceu eu cuidava dele. Nessa altura estava grávida e tive problemas de saúde. A minha mãe não me foi ver e era a minha sogra que cuidava*

*de mim, mesmo que cuidasse mal. Cheguei a ficar deitada na cama de hospital ao lado da cama do meu sogro. Ele já estava muito mal nessa altura.*

*O meu ex-marido batia-me... eu dizia para o meu filho que estava na barriga que ele ia ser só meu... quando o meu filho nasceu eu não sei porque o fiz... foi horrível... (chora) estava com o meu filho bebé e tentava sufocá-lo e só parava quando ele já estava roxo... não sei porque o fiz, foi horrível... (chora)*

*Pela altura da separação o meu ex-marido agrediu-me e cortou-me com uma garrafa, o meu filho apareceu e começou a bater no pai quando me viu.... fiz queixa na polícia mas ficou tudo na mesma.*

### **11ª Sessão**

Segundo Isabel, a sogra tentava fazer crer ao filho que em vez de ir para o trabalho Isabel o enganava com outro homem, chegando a sujar-lhe o carro com terra e folhas de árvores.

*Telefonava para o emprego a contar-lhe mentiras.*

Quando chega a casa o ex-marido agride Isabel e tenta estrangulá-la,

*quase me matou mas consegui fugir para a casa de uma vizinha. O meu filho avisou os meus pais que estavam no norte, eles vieram buscar-me e levaram as minhas coisas, a minha mãe disse que nunca mais tinha que voltar a viver com ele. Soube que depois ele agrediu a mãe e que a matou... porque eu não estava lá...*

### **12ª Sessão**

*Hoje estou num dia sim. Vendi uns quadros meus. Fui com a minha mãe e vendi algumas peças, trouxe dinheiro para casa. O meu marido também não está em casa e estou em paz, vejo tv, não tenho que cozinhar, estou à vontade em casa a fazer o que gosto. Sinto algumas dores mas fui até ao hospital, colocaram-me um penso e sinto-me melhor.*

*Fiquei a pensar e acho que estou a transmitir a ideia errada de que não gosto do meu actual marido. Eu gosto muito dele só que ele cansa-me muito com conversas e também mente muito nas mais pequenas coisas.*

Isabel refere que faz um grande esforço para lhe fazer ver que as coisas não são bem como ele pensa. É muito desconfiado e quando tenta dizer-lhe alguma coisa ele grita-lhe e a conversa fica por ali. O filho diz que é por causa do companheiro que Isabel se esquece das coisas, que é ele que a deixa assim.

*Eu gosto dele e não me vou separar mas é verdade que ando mais cansada da cabeça. Encontrei um envelope com as fotografias da ex-mulher e não sei porque o fiz mas coloquei-as num álbum e depois dei-lhe o álbum. Conteí isto à minha sogra e ela disse-me que deveria ter rasgado as fotografias.*

O companheiro aceitou o álbum e arrumou-o na estante. Quando Isabel o questionou acerca das fotografias ele disse-lhe que era para provar em tribunal que tinha sofrido danos morais com a separação.

*Não percebi porque o fiz. Às vezes penso que devo ser... masoquista... O que me apetecia era pendura-las na parede. Isto acontece muitas vezes como se levantasse a saia para me darem mais tau-tau... perdoe-me a expressão.*

### **13ª Sessão**

*Afecta-me tanto que as pessoas sejam assim.*

*Sinto-me mais ou menos bem. Amanhã é para mim um dia crucial. Vou saber o resultado das análises que o meu pai fez depois de ter sido operado ao tumor no dia 5. Retiraram-lhe uma bolsa de células muito antigas que estava entre o pulmão e o coração, o médico com quem falei disse-me ser um linfoma de baixa malignidade.*

O pai vai ter que ir para oncologia mas Isabel não sabe como é que ele vai reagir. Não lhe contou que se tratava de um tumor mas diz que o pai já deve desconfiar.

*A minha mãe é uma mulher forte, ela diz para eu não ser parva, que estou a sofrer por antecipação e que o meu pai não tem nada, para eu ter fé. Mas que Deus me perdoe, a minha mãe é ignorante, não está a ver que o meu pai vai ter que ir para oncologia.*

**14ª Sessão**

*O meu pai é tudo para mim.*

Isabel não sabe como vai reagir se o pai morrer. Diz que o pai é um bebé muito meigo e dependente da mãe de Isabel, que não sai de casa sem lhe perguntar para onde pode ir e o que leva vestido. Descreve o pai como um homem bonito e alto com um cabelo muito branco e farto.

*O meu pai tem 77 anos mas tem um aspecto muito jovem, as mãos com a pele muito fina e sem rugas. O meu pai é tudo para mim, não sei o que faria se o meu pai morresse. O meu pai reagiu muito bem à operação, de aspecto ninguém nota que tem o problema que tem. Há cerca de 3 anos fez um raio X aos pulmões que denunciou uma mancha no pulmão mas a médica nessa altura não deu importância ao facto. No fim do ano que passou o meu pai voltou a fazer um raio X e nessa altura insisti para que fizessem um TAC para saber do que se tratava aquela mancha.*

**15ª Sessão**

*Há cerca de 8 meses tive um pressentimento, olhava para o meu pai e dizia para comigo, já tens 77 anos, estou quase a perder-te e não sei o que farei se tal acontecer. Os resultados dos exames foram como uma constatação deste meu pressentimento.*

Isabel pensa muito na morte do seu tio que morreu com cancro há um ano. A imagem dele está muito presente. Refere que todos os irmãos do seu pai que eram 5 morreram de cancro.

*Por isso eu já estou a ver o fim de tudo isto, não vou ser capaz de encarar a morte do meu pai e vou querer ir com ele também. Não vou conseguir ir ao funeral nem ao velório, nem vê-lo no caixão.*

**16ª Sessão**

*O meu pai é tudo para mim. Somos muito parecidos. Somos os dois muito mimalhas. Gosto de estar com o meu pai, ter o colo do meu pai, passo muito tempo com eles durante o tempo que estão em Lisboa. Os meus pais têm também uma casa no norte, na terra da minha mãe, que construíram há 15 anos. Todas as pessoas da aldeia gostam do*

*meu pai. Não há ninguém que não goste do meu pai. As pessoas da aldeia têm telefonado porque estranham a sua ausência e souberam do que se passava.*

*Sempre que vou à terra da minha mãe vou a uma capelinha e rezo bastante... depois de todos os problemas que sofri no passado prometi acender uma vela da minha altura sempre que lá fosse... Mandei fazer uma santa para pôr na minha casa onde tenho um pequeno santuário... rezo bastante por todos e também para que os meus pais tenham saúde.*

*Quando soube da doença do meu pai senti que aconteciam coisas que não deveriam acontecer. Ontem quando vi na televisão a morte do jovem jogador Feher pensei que acontecem muitas injustiças. Pedi tanto pela saúde dos meus pais que me sentei no chão com a figura da santa entre as mãos dizendo-lhe que ela não merecia nada do que eu tinha feito e rezado.*

### **17ª Sessão**

*Sempre que os meus pais estão em Lisboa gosto de estar na companhia deles, faço tudo por eles. Só me têm a mim e precisam muito de mim.*

No final da consulta refere com preocupação que às vezes quando está deitada durante algum tempo e coloca as mãos sobre a barriga começa a sentir o corpo a subir. Ouve o telefone a tocar mas não consegue atender. Quando está na cama a tentar dormir começa a sentir um peso muito grande nas mãos e começa a sentir o corpo a flutuar. Quando estava a fazer o 12º ano à noite o professor de filosofia disse-lhe que não o devia fazer porque podia não voltar mais.

### **18ª Sessão**

*Fui com o meu pai à consulta de oncologia e a médica mandou fazer uma análise à medula. O meu pai ficou cheio de dores, retiraram-lhe uma amostra de medula do osso. Penso que agora é que ele se está a aperceber da doença que tem, vai-me custar muito se ele tiver que fazer quimioterapia e perder o cabelo.*

*O meu marido diz que eu vou ter que apoiar a minha mãe mas a minha mãe é uma mulher forte e eu digo ao meu marido que eles é que vão ter que me apoiar a mim, pois nessa altura não terei forças para mais nada. Às vezes penso que as minhas inseguranças são por causa da maneira como a minha mãe me tratava.*

Isabel não tem confiança nela própria, não dá valor às pinturas que faz. Pintou uma caixa de madeira que o marido disse estar lindíssima mas Isabel não lhe deu valor.

### **19ª Sessão**

*Sempre fui muito depressiva. Quando era pequena era triste, brincava sozinha, fazia tudo o que me diziam, era sossegada. Por volta dos 17 anos comecei a ir ao psiquiatra.*

Isabel começou a ir às consultas de psiquiatria depois de um episódio em que ela e uma amiga apanharam hepatite B nas piscinas. Isabel ficou de cama durante um mês e na mesma altura o namorado da amiga que se ia casar morreu num acidente. Na mesma altura em que soube da notícia a mãe tinha vindo de um casamento e trouxe-lhe botões de rosa e atirou-os para cima da cama onde estava deitada. Isabel chorou e gritou recusando a sua atitude pois sentiu-se como se estivesse morta num caixão. A mãe reagiu negativamente dizendo-lhe que era uma ingrata, jurou nunca mais lhe dar flores e refere que até hoje não lhe dá flores.

*A minha mãe dizia-me coisas horríveis quando eu era pequena, que eu não era filha dela, que era filha de uma cigana e deixava-me sozinha na rua. Eu tinha uma rolinha de que gostava muito e um dia quando cheguei a casa a minha mãe estava a fazer arroz com ela. Disse-lhe que se a comesse morria e ela foi enterrá-la no quintal. Quando o meu marido diz que devo apoiar a minha mãe eu digo que não vou ter forças para nada. Eles é que me vão ter que ajudar pois eu já vou estar muito mal.*

Isabel quando por nós questionada refere que não consegue zangar-se com a mãe e que teme muito o conflito. Refere um episódio em que assiste a uma discussão entre os vizinhos, o homem agrediu a mulher, discutiram muito e que perante o conflito Isabel teve um sopro no coração, os pais tiveram de a levar ao hospital,

*Quando tinha 7 anos tive um sopro no coração.*

Isabel refere que actualmente perante o conflito fica sem reacção. Quando esteve casada e o ex-marido a agredia, Isabel não conseguia fazer nada e deixava que ele lhe batesse.

### **20ª Sessão**

Segue-se um período de ausência de Isabel na consulta. Isabel esteve muito doente com os pés e mãos inchados, com muitas dores nos ossos e com dificuldade em deslocar-se. Agravou-se uma hérnia cervical. Quando regressou tinha uma ferida na parte do antebraço até ao cotovelo, é uma ferida que por vezes surge devido ao Lúpus, designada por eritema discóide. Trazia colocado um colar cervical devido ao agravamento da hérnia cervical. Isabel refere que se sente triste, com muitos conflitos internos e dificuldade em se relacionar com as pessoas. Não tem feito nada e não lhe apetece fazer nada, só tem pintado e às vezes vai às piscinas. Isabel refere-se aos conflitos com o filho que foi traído pela mulher e da qual já se separou duas vezes,

*O meu filho deu-lhe o dinheiro que ela queria para o divórcio mas já estão novamente juntos.*

Isabel não fala à mulher do filho, diz que não consegue falar com pessoas assim porque não é assim. A família toda inclusive já testemunhou a mulher a trair o filho, ficaram dentro de casa a ver, pois os avós que moram na casa ao lado aperceberam-se da situação. O filho passou pela humilhação de ver a mulher a levar outro homem para dentro de casa mas mesmo assim voltou para ela,

*o amor dele deve ser tão grande que ultrapassa toda essa humilhação*

Isabel não consegue ver o filho assim, ele já não lhe fala como dantes, sempre se deram muito bem mas o filho já não liga à família. Quando Isabel fez uma biópsia ao lábio não a foi ver estando embora estivesse no hospital nessa dia também a fazer exames.

*Vive ao lado dos avós mas não os visita, não quer saber, quando o avô esteve internado e fez análises não o foi ver nem telefonou para saber como estava. Na semana passada o meu filho esteve doente. Fui a casa dele com os avós levar-lhe os benurons e ele não disse nada. Nem agradeceu nem convidou para entrar.*

Em certa ocasião Isabel foi jantar com o companheiro e com o filho. Isabel durante o jantar brincava com o filho dizendo-lhe que tinha um quadro de 1000 euros para vender e se ele o queria comprar. O filho não lhes disse nada e no fim nem se despediu nem agradeceu.

## **21ª Sessão**

*Disse-me que se a família aceitar a mulher dele que o têm de volta. É ela quem o manipula, pediu-lhe dinheiro para o divórcio mas já estão juntos outra vez.*

*... o meu filho já esteve muito mal*

Isabel fala da doença do filho que em Dezembro de 2000 esteve internado com uma trombose, tem síndrome antifosfolípido e anticorpos a frio. Refere que tem baixo número de hemoglobina e ficou com 3 de hemoglobina quando esteve doente. Na mesma altura apareceu-lhe a mancha em forma de borboleta na face e logo se soube que era Lúpus. Desde que tomou cortisona ganhou muito peso. Isabel também tem síndrome antifosfolípido e anticorpos a frio, só pode dar sangue a 37°C e não pode apanhar frio. O filho também tem este problema e fez uma trombose, o sangue coagula e forma trombos. Isabel refere que nunca teve trombose mas não pode apanhar frio. Tem sempre muitos arrepios e sempre se lembra de ter tido estes arrepios. Teve muitas dores articulares, costumava andar coxa, ou então tinha dores nos pulsos e nos joelhos. O psiquiatra do hospital sabia que Isabel sempre se sentiu muito em baixo, com muitas depressões, desde os seus 16, 17 anos. Medicava-a mas a depressão não passava. Isabel teve episódios graves de depressão. Refere que o psiquiatra começou a associar as coisas e mandou-a à reumatologista que depois de um ano de exames finalmente lhe diagnosticou o Lúpus. Isabel não toma a cortisona porque não quer engordar, quando tomou, não tinha dores nos ossos mas engordou muito, sempre fez dietas e já foi ao Tallon.

### **22ª Sessão**

Isabel recorda episódios da sua vida em que se sentiu muito em triste. Há um ano assistiu a um acidente, nessa altura trabalhava na empresa do médico a organizar congressos e estudos pós-graduados. Isabel tinha conhecimento e experiência de como funcionava a assistência médica e estava no carro com o companheiro quando vê um outro carro à sua frente a despistar-se e a cair sobre as rochas. Isabel tenta socorrer o homem que, refere,

*estava a sufocar com alguma pedra ou dentes. A assistência médica chegou minutos depois mas não o socorreram como deviam. Deixaram o homem sufocar. Segui a ambulância com o meu marido, eles iam a 10 à hora. O médico da assistência médica que o assistiu era um cirurgião que não percebia nada de entubar, só percebia de cirurgia e de cortar, segundo me disse um médico conhecido do hospital para onde o levaram.*

Passados dois dias Isabel foi ver o homem ao hospital e estava lá a mulher dele. Esta sabia que umas pessoas tinham acompanhado o marido e agradeceu muito. Isabel disse-

lhe que o marido tinha sido mal assistido, não tinha morrido mas tinha ficado muito mal, e que um médico conhecido até o tinha confirmado. Esta situação chegou aos ouvidos do chefe de Isabel que escreveu uma repreensão para ficar no seu processo e disse-lhe que não se metesse nos assuntos que não lhe diziam respeito porque para a próxima seria despedida. Por tudo isto Isabel refere que não gosta do emprego, tem mau ambiente, o chefe é um mentiroso e falsifica facturas. Isabel tinha que pagar a gasolina do carro que utilizava para as deslocações. Já se encontra de baixa há 3 anos e refere que o chefe ainda não lhe pagou o subsídio de férias porque diz que não trabalhou durante esse tempo. Isabel levou a queixa ao tribunal de trabalho por influência do companheiro.

*Sou muito imatura nestas coisas, tudo me faz confusão, não percebo como há pessoas assim, é tão difícil para quem trabalha. Não suporto estas situações conflituosas, o meu marido acha que devo fazer queixa da minha situação. Só me sinto bem em casa junto da família. Também me sentia muito bem no hospital onde trabalhava dantes. Eram médicos e pessoal mais velho que me tratavam com muito carinho. Estive a almoçar no restaurante com o meu marido e encontrei um médico amigo que veio ter à mesa perguntar como eu estava, disse-me que todos sentiam muita a minha falta, e pediu ao meu marido para me tratar bem que eu merecia tudo de bom, disse-lhe que o meu marido não me podia tratar melhor, que era um amor para mim.*

Em relação aos conflitos no trabalho Isabel sente-se culpada, acha que não devia ter levado a sua situação para o tribunal e que o seu ordenado deveria cobrir todas as despesas que tinha, ou então que deveria ter ido de táxi. Mas não percebe porque é que o chefe não lhe pagava a gasolina e mentia dizendo-lhe que não tinha feito os quilómetros que dizia ter feito. Refere que tem medo dele porque pode arranjar uma situação para a prejudicar. Refere que a pior situação para ela seria ter de voltar a trabalhar na empresa. Só se sente bem em casa.

### **23ª Sessão**

Isabel refere que em certa ocasião, estava com o companheiro e viu os pais a irem embora para o carro, disse-lhe que não aguentaria se aquele cenário terminasse, se os pais morressem e sabe que isso vai acontecer um dia. Isabel olha para o pai e pensa,

*um dia vou perder-te, estou quase a perder-te e não o vou suportar*

Aconteceu há uns dias ver o pai a dormir a sesta numa cadeira de espaldar de boca aberta, olhou para ele e viu-o morto. Foi acordá-lo só para não o ver assim, dizendo-lhe que estava muito calor e que era melhor sair do sol porque podia fazer-lhe mal.

*O meu pai é muito mas mesmo muito diferente da minha mãe. A minha mãe é 8 anos mais nova. Vai sempre à frente, ela é que sabe tudo, ela é que manda... (faz uma expressão acenando com a mão como se quisesse dizer “vai lá longe, ninguém a apanha”). O meu pai já tem quase 80 anos, “já tem qualquer coisa que roça a senilidade”, esquece-se das coisas, de onde está. A minha mãe zanga-se com ele. Eu digo-lhe “não devias dizer isso ao pai, não vês que o pai fica triste?” ela responde, “o que é que queres? Ele irrita-me.”*

Isabel refere que é muito parecida com pai e com a avó paterna, sonha com a avó paterna falecida, e tem medo que o pai morra. Tem muito receio de não aguentar. O companheiro diz-lhe que ela vai aguentar, que é assim a vida. Isabel sente-se mal por falar nisto ao companheiro sabendo que ele já não tem o pai vivo.

#### **24ª Sessão**

*Não devia contar-lhe estas coisas porque ele já não tem o pai vivo.*

Isabel defende o pai e tenta explicar à mãe que o pai já tem uma certa senilidade que é mais velho, e que já passou por uma anestesia geral recentemente,

*foi muito corajoso, ficou muito bem depois da operação, é um grande homem*

Isabel refere que depois de uma anestesia geral “fica-se um bocado abalada” e que sabe como é porque já passou por 8 anestésias gerais. Isabel tirou o útero, tinha problemas na barriga, uma endometriose, bocados de endométrio espalhado na cavidade abdominal. Teve abortos espontâneos. Disseram-lhe que este problema poderia estar relacionado com o Lúpus. Dos 27 aos 38 anos teve sempre problemas e operaram-na várias vezes e finalmente retiraram-lhe o útero.

#### **25ª Sessão**

Após a interrupção para férias Isabel fala de um agravamento da sua relação com a mãe, o que lhe provoca um enorme sofrimento e tristeza. Devido a um desentendimento entre os seus pais e o seu filho a relação familiar agravou-se. Isabel conta que sonhou com a avó paterna e com o pai, o pai tinha morrido e dois

reencontraram-se. Na sequência do desentendimento com os pais Isabel sentiu uma vez mais a indiferença da mãe que não lhe telefona e que não lhe fala quando se encontram na rua. Numa das tentativas que fizera no sentido de falar com a mãe, esta chegou a desejar a sua morte dizendo que não queria mais falar com ela, que ela era uma ingrata que não sabia os sacrifícios que fizera por ela. Refere que igualmente desejou mal ao neto indo a uma bruxa com intenção de lhe fazer mal. Isabel tem o apoio do companheiro mas lamenta profundamente não ter o amor da mãe dizendo que nada substitui o amor dos pais, como se tivesse dentro dela um enorme vazio irreparável num horizonte sem esperança, e para além de tudo acredita que a mãe coloca o seu pai, de quem tanto gosta, contra ela. No entanto refere sentir pena da mãe que sofreu muito em pequena e abandonada quando aos 10 anos a enviaram para Lisboa para trabalhar como empregada doméstica.

## Protocolo de Roschach - Isabel

<b>I</b>		
<p>8''</p> <p>1 - ^ Aqui imagino um morcego.</p> <p style="text-align: right;">10''</p>		G F+ A Ban
<b>II</b>		
<p>16''</p> <p>^</p> <p>2 - Esta aqui imagino um útero... É um útero, sei lá, se calhar menstruada.</p> <p>3 - Aqui vejo a vagina.</p> <p>4 - Vejo uma imagem feminina.</p> <p style="text-align: right;">42''</p>	<p>Aqui vejo uma cavidade que me parece um útero (Dbl central)</p> <p>(Dd inf. central)</p>	<p>Dbl F- Anat</p> <p>Dd CF Anat</p> <p>G F- H</p>
<b>III</b>		
<p>8''</p> <p>^</p> <p>5 - Eu aqui vejo também, sei lá, posso dizer, fossas ilíacas.</p> <p>6 - Aqui é a cavidade abdominal novamente.</p> <p>7 - Também me parecem duas pessoas a olharem uma para a outra.</p> <p>8- Aqui parece-me uma borboleta.</p> <p style="text-align: right;">36''</p>	<p>D inf.</p> <p>Dbl central</p> <p>D central</p>	<p>D F- Anat</p> <p>Dbl F- Anat</p> <p>G K H Ban</p> <p>D F+ A Ban</p>
<b>IV</b>		
<p>10''</p> <p>^</p> <p>9 - Nesta parecem-me duas botas com saltos.</p> <p>10 - Uma pessoa disforme de costas, vejo a terminação aqui dos membros inferiores e superiores, não vejo a cabeça, mas, talvez seja isso.</p> <p style="text-align: right;">28''</p>	<p>D inf.</p>	<p>D F+ Vest</p> <p>G F+- Hd</p>

<p style="text-align: center;"><b>V</b></p> <p>6'' 11- ^ Parece-me assim um insecto, um morcego se calhar também, não sei... 11''</p>		G F+ A Ban
<p style="text-align: center;"><b>VI</b></p> <p>8'' 12 - ^ Vejo um animal com bigodes. 15''</p>	Não consigo ver mais nada.	G F+ A
<p style="text-align: center;"><b>VII</b></p> <p>16'' 13 - ^ Mapas. Mais nada. 29''</p>		G F+ Geo
<p style="text-align: center;"><b>VIII</b></p> <p>4'' 14 - ^ Olhe, aqui vejo dois ratinhos!... 11''</p>	Vejo dois ratinhos, só, mais nada	D F+ A Ban
<p style="text-align: center;"><b>IX</b></p> <p>8'' ^ 15 - Aqui vejo em cima no laranja claramente para mim é uma disputa entre dois animais.  16 - Olhe por exemplo vejo uma coluna vertebral com dois rins, talvez.  17 - Aqui parecem-me as ancas e a coluna. 41''</p>	<p style="text-align: center;">Dinf. rosa</p> <p style="text-align: center;">D central</p>	<p style="text-align: center;">D Kan A</p> <p style="text-align: center;">D FC Anat</p> <p style="text-align: center;">D F+ Anat</p>

<p><b>X</b></p> <p>2'' ^</p> <p><b>18</b> - Aqui vejo uns pulmões.</p> <p><b>19</b> - Depois talvez aqui o botãozinho de uma rosa.</p> <p style="text-align: right;">25''</p>	<p>Rosa central</p> <p>D inf. lateral amarelo</p>	<p>G CF Anat</p> <p>D FC Bot</p>
---	---	----------------------------------

**ESCOLHAS:**

- (+) - Pr. X - “esta basicamente a côr, as flores, não me faz lembrar nada de mal pelo contrário.”  
Pr. VIII – “aqui também por causa dos dois ratinhos que gosto muito.”
- (-) - Pr. IV – “esta aqui não gosto porque me faz lembrar um animal que eu detesto e que acho muito escuro, a côr, não gosto.”  
Pr. II – “isto aqui, porque me faz lembrar sangue.”

**Psicograma**

R = 19	F% = 68,4%
T. total = 4'8''	F+% = 65,4%
Tempo/Resp. = 13''	G% = 42,1%
Tempo Lat. Med. = 8,6''	D% = 42,1%
G = 8	Dd% = 5,3%
D = 8	Dbl% = 15,8%
Dd = 1	A% = 31,6%
Dbl = 3	H % = 15,8%
Σ F = 13	Ban% = 21%
F+ = 8	
F+- = 1	
F- = 4	
K = 1	

kan = 1

FC = 2

CF = 2

Sucessão Tipos de Apreensão: G D Dd **DbI**

A = 6

T.R.I – 1K / 3 ΣC - Extratensivo Misto

H = 2

F.Comp. – 1 k / ΣE

Hd = 1

R.C. % - 31,6%

Bot = 1

Geo = 1

Anat = 7

Ban = 4

### Análise do Psicograma

O total de respostas encontra-se entre os valores considerados médios segundo Rorschach (15 a 30), no entanto mais próximo do limite inferior (R=19). Segundo Traubenberg (1975), uma produtividade reduzida pode voluntária ou espontaneamente, reflectir a fadiga, a depressão, a falta de meios ou o bloqueio. G% está um pouco acima do valor médio (entre 20 a 30), sendo 42,1%. O valor de D está um pouco abaixo da média uma vez que a média será de 2D para 1G, sendo o valor de D é igual ao valor de G. F% encontra-se dentro dos valores normais constituindo uma indicação muito valiosa sobre o modo de reacção espontânea a uma situação, durante a prova, um modo que sugere uma abordagem mais intelectual e socializada do que afectiva e pessoal. O F+% óptimo correspondendo ao valor de 85, nível que permite uma adaptação intelectual mais flexível, no entanto os valores para este protocolo estão abaixo deste valor (65,4%), revelando uma adaptação intelectual um pouco mais rígida. O TRI é extratensivo misto. Segundo Traubenberg, o carácter extratensivo não é patológico em si mas pode vir a sê-lo pelo exagero de algumas das suas reacções de base. Verificando-se a acentuação da sugestionabilidade e do egocentrismo, no terreno da instabilidade e da hiperemotividade. Sendo o TRI extratensivo misto dilatado para a direita, é revelador de uma reacção mais emocional do que imaginária própria de

indivíduos mais primários e imaturos. Existe portanto uma grande reactividade à cor de forte movimento pulsional, sobretudo nas pranchas II e III com a emergência de fantasmas destruidores e ameaça de desintegração corporal. O sujeito consegue no entanto aceder a um controle, através da inibição e do conformismo. É nesse sentido que vai a FC, contrária ao TRI. Ao nível dos conteúdos, verifica-se que os conteúdos humanos estão muito diminuídos relativamente aos conteúdos animais, o que indicia uma abordagem do mundo defensiva, conformista e com manifesta dificuldade na relação humana. De  $C = 4$  pode deduzir-se que o sujeito é perturbado pela cor, revelando alguma dificuldade em organizar os afectos. Na prancha II verifica-se um baixo tempo de latência numa resposta directa, indicando que o vermelho provoca baixo controlo do impulso de conotação sexual com dificuldade em integrar o pulsional revelando-se assim o grande impacto do vermelho na sua resposta. Na prancha VIII, a resposta *dois ratinhos* – temática infantil - revela forte labilidade em oposição à temática de destruição que impera no restante protocolo. É igualmente muito sensível ao vazio e  $Dbl\%$  encontra-se bastante elevada neste psicograma, sendo um tipo de apreensão bastante marcado (15%). Recheado de anatomias, ( $anat = 7$ ), o protocolo revela uma grande angústia corporal e uma grande preocupação com os temas do corpo funcional e dos órgãos internos.

## **Análise Qualitativa**

### ***Análise qualitativa prancha a prancha***

#### ***Prancha I***

Relativamente à dimensão da construção da imagem de si, a resposta morcego suscitada no cartão I “atesta uma integração correcta da unidade corporal percebida como um todo”. (Chabert, 1999). O simbolismo materno do cartão I, sendo primeiro cartão, é por isso mesmo talvez um apelo à relação com o primeiro objecto. É frequente o aparecimento de uma imago materna pré genital concebida por vezes essencialmente na sua dimensão ameaçadora inquietante, mesmo persecutória e destrutiva, como se verifica neste caso na resposta “morcego”. Estando este facto patente na prancha I – a entrada na situação de teste faz-se de forma adaptativa, através de uma banalidade. Observa-se também uma rigidez adaptativa na manipulação das pranchas, já que o sujeito mantém durante todo o teste a posição inicial das pranchas. Este facto parece evidenciar uma problemática à volta da organização espacial pois o sujeito parece

manter uma posição que corresponde à esperada, num ponto de vista único que obedece a regras impostas a partir do exterior.

### ***Prancha II***

Trata-se de uma prancha de solicitação pulsional forte que nas suas formas mais arcaicas “é apreendida como um todo disperso em que a lacuna mediana é sentida como fenda interna, falha corporal fundamental.” (Ibid). As manchas vermelhas reforçam a vivência destrutiva, por dano no interior do corpo. O sujeito vivência esse vazio, que é real, o vazio da histerectomia. As manchas vermelhas são reconhecidas por ela como sangue e vão reforçar a sua vivência destrutiva que envolveu os sucessivos abortos e posteriormente a histerectomia. O sujeito anima-se de mecanismos de defesa não reconhecendo o estímulo como sangue puro e verbalizando *menstruação*. No entanto uma das escolhas negativas diz respeito a este cartão e nessa altura as suas defesas caem, referindo-se a sangue de forma repugnada e angustiada. A prancha II parece reenviar a uma problemática da ordem da angústia de castração ao nível do seu conteúdo latente. O branco central é apreendido como buraco, ferida de ausência como sucede neste caso, vivência de impotência, de insuficiência e de incompletude pela remoção do útero. Sendo a primeira prancha com cores, reactiva sobretudo os modos relacionais nos quais os investimentos pulsionais são maciçamente mobilizados em especial na sua valência agressiva. A sua resposta é uma resposta que ilustra a vertente relacional agressiva., reactivada na situação de sucessivos abortos.

### **Prancha III**

Apesar de não suscitar imagens de explosão tão mórbidas como as da prancha II supõe igualmente a referência a uma representação do corpo humano inteiro na medida em que o seu conteúdo manifesto é muito próximo da realidade de silhuetas humanas consideradas alias como uma resposta banal. A resposta dada revela preocupações corporais que se traduzem nas anatomias viscerais e de ossos mostrando a possível angústia ligada ao corpo e as tentativas de luta contra essa angústia pelo recurso ao eixo

e à simetria. A respeito da vivência corporal, pode arrastar associações que revelam uma angústia de desintegração patente, referindo-se a fossas ilíacas no D inferior. O sujeito é extremamente sensível ao vazio, Dbl central, reconhecendo-o como a cavidade abdominal. No cartão III a dificuldade de escolhas identificatórias aparecem também em todas as respostas neutras do tipo dois seres, duas personagens, duas pessoas, como se verifica neste caso. O cartão III pode dar lugar à emergência de fantasmas relacionais mais arcaicos destrutivos e fusionais, sensibilidade ao vazio da prancha como fantasma destrutivo, angústia de castração e aspecto fusional persecutório na resposta “duas pessoas a olharem uma para a outra”. Esta resposta remete para a repetição do mesmo em espelho, “a imagem especular não cria a alteridade, ela confirma o sujeito na sua alteridade primordial que nasce das vicissitudes da percepção do rosto do outro.” (Sami-Ali, 1993 p.125). A repetição da angústia, advém do descobrir-se como realmente duplo; ela não se deve à perda do objecto, mas à perda de si: é a angústia de despersonalização.

#### *Prancha IV*

A prancha IV é apreendida na sua dimensão dinâmica e fálica através de representações masculinas de potência. Neste caso vê uma pessoa disforme de costas e não vê a cabeça, e neste sentido a figura é desqualificada e danificada. Este cartão constitui uma das suas escolhas negativas e nessa altura as defesas do sujeito ficam menos eficazes ao referir que não gosta da prancha porque é uma animal que detesta. Existe a representação de uma imago materna perigosa e poderosa.

#### *Prancha V*

O Cartão V é o cartão da identidade e da representação de si. Nesta prancha é possível verificar a extrema sensibilidade à prancha que revela um atingimento ao nível da integridade corporal, reveladora de uma fragilidade narcísica. Verifica-se que não é dada uma resposta definida para este cartão. Hesita entre insecto e morcego, não dando a resposta definitiva. Podem-se descobrir movimentos que apontam no sentido de uma não diferenciação e de uma não construção da identidade e de falhas ligadas à fragilidade da representação de si. A identidade da representação é mal destacada como

se os processos de individuação não tivessem chegado a constituir uma imagem de si estável. São referidas duas banalidades não existindo definição por nenhuma das duas. Revela uma indefinição, incerteza, no sentido de uma não diferenciação.

#### *Prancha VI*

A prancha VI evoca sobretudo imagens de potência. Estas imagens de potência serão melhor ou pior organizadas consoante revelem ou não a integração de uma construção corporal delimitada e bem definida. “Gato com bigodes”, não parece ser uma resposta com um valor positivo relativamente à imagem do corpo.

#### *Prancha VII*

O cartão VII é considerado como cartão materno por excelência. Qualquer que seja a qualidade destas respostas e destas evocações elas inscrevem-se sempre na dialética das relações com o primeiro objecto. Segundo Chabert, esta prancha favorece igualmente as encenações relacionais em particular femininas o que constitui uma modalidade suplementar das relações com a imago materna. A resposta geografia neste caso, “mapas” pode revelar um relação fria e distante.

#### *Prancha VIII*

O cartão VIII é o cartão dos contactos com o mundo exterior e testemunha eventualmente enquanto primeiro cartão pastel o tipo de investimento do meio, que neste caso é conseguido de forma ingénua e imatura, revelando a sua labilidade afectiva e imaturidade pré-genital, “dois ratinhos!” dito de uma forma emocionada e com doçura.

#### *Prancha IX*

*Relativamente a preocupações hipocondríacas e/ou de angústia de fragmentação, é sobretudo no cartão IX que suscita o aparecimento de interiores do corpo, na desordem dos limites dentro-fora e na evocação de uma espécie de transparência do envelope que deixaria a descoberto os órgãos e as vísceras, como se pode constatar nas respostas dadas, coluna vertebral, dois rins, ancas. Segundo Traubenberg, o cartão IX é considerado como um cartão uterino. O clima sentido nesta prancha dá conta muitas vezes do tipo de vivência das relações com o meio relacional, e que é sugerido pela resposta “Disputa entre dois animais”, onde afluem fantasmas destrutivos.*

### **Prancha X**

Por fim no cartão X, e pela sua dispersão, põe a prova de forma rude as capacidades de unificação corporal. Segundo Chabert, a dispersão perceptiva do cartão tem um eco doloroso na angústia de fragmentação, sendo como exemplo a resposta *pulmões* no D rosa central. Os cartões pastel solicitam também intensamente o narcisismo dos sujeitos que mais não seja pela intensa regressão que podem induzir. Isabel vivencia uma grande angústia corporal, através das respostas anatomia que dá nesta prancha.

### **Análise qualitativa global**

Todo o teste é feito com aparente angústia por parte do sujeito. As imagens desencadeiam expressões subjectivas que apontam para uma certa repugnância face ao material que lhe vai sendo apresentado, não se demorando sobre a situação e dando as respostas como elas surgem. Não explora o material e verifica-se uma tendência para dizer uma só resposta e para terminar a situação do teste o mais rapidamente possível. A entrada na prova é feita com uma banalidade, no entanto na prancha II é visível uma crescente angústia na voz e no olhar. A resposta é dada com a mesma prontidão, pulsional, muito sensível ao vermelho e ao vazio, numa angústia de despersonalização,

de castração e de perda muito patente. Verifica-se uma descarga pulsional muito forte, muito projectiva, sendo igualmente uma das pranchas referidas como escolha negativa, “*porque faz lembrar sangue*”. Na prancha III observa-se menos angústia, indo a sua resposta no entanto no mesmo sentido da desintegração e da falta de limites dentro-fora, com sucessivas respostas anatomia. Na prancha IV observa-se novamente uma grande angústia, sendo a prancha de escolha negativa dada em primeiro lugar. Nesta prova já não se trata de uma pessoa disforme mas sim de um animal que detesta, detestando igualmente a cor porque é escura. Na resposta da prancha V transparece uma angústia por não saber definir o que se trata: *morcego ou insecto?*... numa indefinição que lhe causa grande angústia. A resposta na prancha VI não é investida, num aparente desinteresse pela imagem e passando rapidamente à prancha seguinte. A resposta “*mapas*” na prancha VII, vai no mesmo sentido de uma resposta directa e sem grande envolvimento emocional e sem interesse na exploração do material. Nas pranchas cor, o sujeito está visivelmente mais descontraído, sorrindo, com emoção, quando no cartão VIII dá a resposta - *ratinhos!*, e sendo igualmente o cartão escolhido como sua segunda preferência na prova de escolhas. O tempo de latência é baixo em toda a prova, verificado-se um forte movimento pulsional por parte do sujeito. No entanto na prancha IX a angústia não aparece tão intensamente como nas pranchas anteriores. No entanto o sujeito é extremamente sensível à côr suscitando-lhe a resposta anatomia: *coluna, os rins e as ancas*. Na prancha X vê *pulmões* numa forte movimento pulsional, e logo a seguir um *botãozinho de uma rosa* com a mesma carga afectiva da resposta *ratinhos*, da prancha VIII.

### ***Resumo das sessões do acompanhamento psicológico***

***Nome: Maria***

***Idade: 33 anos***

***Paciente com LED diagnosticado há 5 anos***

***1ª e 2ª Sessões***

Maria começa por descrever as manifestações da sua doença. Refere-se à queda do cabelo e ao medo que sente quando o vê cair. O seu discurso incide principalmente sobre o receio da queda do cabelo e sobre a dificuldade de relação que tem com os colegas e chefes do seu emprego.

### **3ª Sessão**

Nesta sessão foi apresentada a prova projectiva de Rorschach para efeitos do trabalho de investigação. A paciente colaborou e mostrou-se muito empenhada em explorar o material apresentado.

### **4ª Sessão**

Maria refere uma dificuldade em conciliar o ritmo sono-vigília durante o fim-de-semana. Dorme muito e na segunda-feira acorda com uma sensação de vazio, pois o que desejava era ter feito muitas coisas durante o fim-de-semana. Refere que é raro recordar-se do que sonha, no entanto recorda-se de um sonho que a marcou especialmente: sonhou que o afilhado tinha morrido. É filha única e vive com os pais. Diz que é uma menina mimada e que não pensa sair de casa dos pais para já. Maria é sempre a primeira a chegar ao trabalho e a última a sair. Chega a casa muito cansada e só lhe apetece ir dormir. Adormece no seu quarto e é a mãe quem desliga a televisão e lhe tira os óculos da cara para que não se partam. O seu quarto é ao lado do quarto dos pais, refere que os quartos dos pais e o dela sempre tiveram as portas abertas. Refere ter-lhe sido diagnosticado Lúpus Eritematoso Discóide (LED) há cerca de 5 anos e desde essa altura a mãe não quer que se esforce com tarefas domésticas. Maria ficou apavorada quando soube que tinha Lúpus porque a médica não lhe explicou nada, disse-lhe apenas que algumas pessoas tinham essa doença e que mesmo assim podiam ter filhos.

*Fiquei apavorada por ela me ter dito aquilo assim. Comecei a tomar a medicação e o cabelo começou a cair, usava chapéu nessa altura. Tinha o cabelo comprido, assim como o seu. Agora ando sempre a ver se tenho peladas, e fico muito preocupada se vejo muitos cabelos no pente ou na almofada. Também costumo ver se tenho manchas na pele. Fico muito preocupada se vejo mais cabelos, começo logo a pensar que o cabelo me vai cair outra vez. Ele está assim curtinho mas desde que não caia...*

*Quando o cabelo começou a nascer houve uma parte que nasceu branco e fininho mas a médica disse que ia cair e nascer da minha cor natural. E assim aconteceu. Reconheço que a minha vida mudou um bocado.*

### **5ª Sessão**

Maria refere que já não sai à noite com os amigos como era hábito. Quando saía à noite com os seus amigos ficava até às 4, 5 da manhã e depois regressava com eles. Actualmente não lhe apetece sair.

*Estou muito cansada, chego a casa do trabalho e só me apetece deitar e ao fim de semana não tenho vontade de fazer nada e fico em casa a dormir.*

*Gosto muito de ir ao teatro e ao cinema mas já não vou há imenso tempo, já nem me lembro da última vez em que fui. Costumo ir com um amigo meu que também gosta muito de cinema. Também costumo estar com uma amiga minha mas ela está casada e já não a vejo tantas vezes. Costumava ir com eles de férias.*

Maria quando sai é por pouco tempo, prefere ir no seu carro caso queira vir mais cedo para casa.

### **6ª Sessão**

Na sessão seguinte Maria refere que tem tido muito trabalho no banco, trabalha na análise de crédito, está numa equipa com outros analistas, não percebe como há colegas que não dão atenção às coisas,

*a minha chefe não liga a nada, não se apercebe mas eu vejo colegas que não levam os assuntos a sério e de vez em quando aparecem erros*

Dantes trabalhava na análise de risco mas foi durante pouco tempo, não gostava do ambiente. Gosta mais do ambiente onde trabalha actualmente embora não se dê tão bem com as colegas mulheres. Maria diz que prefere falar com os colegas homens porque não são tão intrigistas nem se metem na vida das pessoas. Como Maria faz análise para crédito automóvel sabe de carros e fala com os colegas sobre carros. Maria refere que os colegas dizem que ela é como se fosse um homem e têm com ela conversas de homens, falam de carros e de mulheres.

### **7ª Sessão**

Maria tem estado em casa sozinha. Os pais estão no norte. Costuma passar férias no norte com os pais.

*Passo sempre lá uns dias, encontro os meus primos e os meus amigos. Aquilo é muito calmo não tem nada a ver com esta confusão de Lisboa. Não me importava de ir para lá viver um dia. É uma calma.*

*Os meus pais ainda viviam lá em cima na altura em a minha mãe estava grávida, o meu pai fazia negócios em Lisboa (tem armazém de venda a retalho e pequena loja de comércio) e acabaram por se instalar em Lisboa mas a minha mãe disse que eu nasci aqui por acaso, ela tinha gostado se eu tivesse nascido em Coimbra, mania dela.*

O pai sempre esteve muito tempo fora de casa e Maria passava muito tempo com a mãe.

### **8ª Sessão**

*Eu e a minha mãe tínhamos e temos uma relação muito próxima.*

Na adolescência Maria viveu muitos conflitos com a mãe que não deixava que fosse ao cinema com as amigas nem às festas de anos, nem mesmo a casa da amiga que vivia na mesma rua. Maria não podia dizer nada porque não valia a pena,

*o que ela dizia estava dito*

O pai às vezes compreendia-a e dizia alguma coisa mas não servia de nada.

### **9ª Sessão**

*Se alguma vez tiver um filho não vou ser tão exigente com ele.*

Maria refere que houve situações em que a mãe exagerou mas acha que não lhe fez mal.

*Ela não queria que eu faltasse à escola.*

No décimo ano a directora de turma dizia que as faltas eram para se dar enquanto não se excedesse o número das faltas e nessa altura Maria refere que faltou algumas vezes.

*A minha mãe dizia-me, “quando tiveres 18 anos logo fazes o que te apetecer” mas quando chegou essa altura já não tinha vontade de fazer nada. Já me tinha passado a vontade.*

Maria foi a discotecas quando estava de férias, mas os pais também iam, era uma terra pequena toda a gente se conhecia, encontrava-se com os primos e amigos.

**10ª Sessão**

Maria refere que gostaria de ter estudado fora do local onde vive e chegou a candidatar-se a outra faculdade mas a mãe não queria que isso sucedesse.

*A minha mãe não me deixava sair de casa. No 12º ano até lhe disse que me ia candidatar a faculdades fora de Lisboa mas depois acabei por ficar por cá.*

*Acho que ela exagerou em algumas coisas mas acho que não me fez mal. E também não valia a pena eu dizer alguma coisa não resolvia nada, ela dizia e estava dito.*

**11ª Sessão**

Quando os pais se mudaram para uma nova casa disseram-lhe que o antigo apartamento onde viviam seria para ela. Fizeram obras de remodelação, ia para lá ao fim-de-semana, mas quando ficou pronto não lhe deram a chave. Maria não vai pedir a chave porque diz que eles é que a devem dar. Os pais tinham-lhe dito que a casa seria para ela mas já se passou um ano e nunca mais lhe disseram nada.

*Mando umas indirectas mas eles fazem-se desentendidos.*

*Sinceramente não me importo nada que eles não tivessem dado a chave. Não fazia sentido eu pedir-lhes a chave porque para isso comprava eu uma casa com o meu dinheiro. Acho que eles é que têm de dar a chave. Não lhes vou pedir. Se não dão é porque não querem dar. Também não fazia muito sentido eu ir viver sozinha e eles ficarem sozinhos. Não deixo de fazer nada do que quero só por morar com os meus pais.*

**9ª Sessão**

*Tive um namorado nos primeiros anos de faculdade mas fiquei muito magoada com ele depois passaram-se muitos anos sem ter namorado.*

*Ele era muito infantil e queria tudo à maneira dele, aquilo foi mais uma brincadeira, ele acabou de repente.*

Maria ficou muito tempo sem namorar. Há pouco tempo teve um namorado que lhe deu muito apoio quando se sentia mais em baixo por causa da doença mas,

*não era a pessoa certa, era muito namoradeiro, era divorciado e tinha um filho*

Maria fala de um amigo que já conhecia há alguns anos e que também ia passar férias ao norte. Os pais de ambos conheciam-se e segundo Maria os seus pais gostavam muito dele. Em Lisboa costumavam sair juntos mas Maria começou a sentir-se incomodada porque ele não queria “nada de sério”. Diz que o acha muito estranho e que nunca lhe conheceu uma namorada. Maria e uma amiga brincam e dizem que talvez ele seja *maricas*.

### **10ª Sessão**

*Acho que a minha mãe é que precisava mais das consultas do que eu.*

a mãe está muito nervosa e muito preocupada desde que sabe que Maria tem Lúpus. Quando Maria está a tomar banho a mãe entra na casa de banho para ver se a filha tem manchas na pele. Maria refere que a mãe sempre foi uma pessoa muito nervosa, com problemas cardíacos e que teve uma crise grave quando Maria tinha 8 anos. O pai até queria ter mais filhos mas por causa desse problema o médico desaconselhou-a a ter mais filhos.

*Penso sempre que estou a ocupar o lugar de alguém que precise mais do que eu.*

Maria refere que quando foi à última consulta de Lúpus o médico esteve 1 hora com ela e que quando saiu da consulta viu tantas pessoas à espera que se sentiu mal por ter demorado tanto tempo.

### **11ª Sessão**

Na consulta que se seguiu à interrupção para férias Maria fala dos dias que passou no Algarve em casa de uma amiga. A amiga tinha um cão e Maria não conseguiu disfrutar daqueles dias devido à presença do cão da amiga. Maria refere que não teve e nem liga muito a animais porque a mãe tem medo de cães e se vê um cão ao longe muda de caminho. Maria regressa mais cedo de férias porque se sente muito incomodada com a situação. Fica com uma alergia de pele muito extensa no peito, o que acha muito estranho pois tivera cuidado para não apanhar sol. A mãe quando a vê assim fica muito preocupada e quer levá-la ao hospital mas Maria responde que não precisa de ir.

**12ª Sessão**

Maria fala da pouca vontade que tem para fazer alguma coisa ao fim de semana. Desejava poder aproveitar o tempo e fazer alguma coisa mas dorme muito. Diz que tem um monte de papéis há meses em cima da secretária que ainda não conseguiu arrumar e que gostava de tirar roupas velhas do armário para dar a uma instituição. Ajuda a mãe na limpeza da casa mas mesmo essa tarefa não consegue terminar pois está sempre a interromper para beber água ou para fumar. Fuma na casa de banho pois não quer que os pais a vejam a fumar. Refere que demora cerca de duas horas a limpar o pó das escadas. Depois vai à missa com a mãe, lancha e o fim-de-semana está terminado.

**13ª Sessão**

Tem sentido que já não vê as coisas a preto e branco, que só vê cinzentos o que a preocupa um pouco, já não tem certezas na sua vida. Gostava de sair com as amigas e está para ir a casa de uma amiga que teve um filho recentemente mas ainda não teve disposição para ir. Refere que não tem tempo mas também não lhe apetece.

*Não costumo sonhar...mas...tenho aqueles sonhos cor-de-rosa... ter muito dinheiro e fazer muitas coisas...*



<p style="text-align: center;"><b>I</b></p> <p>10'' ^</p> <p><b>1</b> – É um bocado falta de imaginação... é uma borboleta como fazíamos na escola primária... é o que basicamente me faz lembrar. Fazíamos pinceladas num papel, dobrávamos ao meio e ficava a borboleta.</p> <p><b>2</b> – Aqui em cima é um bocadinho uma cabecinha de um pássaro, não consigo ver muito além disto...</p> <p style="text-align: right;">1'30''</p>	<p style="text-align: center;">Dd sup. Central</p>	<p style="text-align: center;">Crítica subjectiva</p> <p style="text-align: center;">G F+ A Ban</p> <p style="text-align: center;">Dd F- Ad</p>
<p style="text-align: center;"><b>II</b></p> <p>8'' ^</p> <p><b>4</b> – Cortando esta parte de cima, poderei ver dois elefantes, virados um para o outro, sendo isto aqui a tromba, estando as trombas juntas.</p> <p><b>5</b> – Se cortar um bocadinho a parte de baixo do desenho parecem-me dois perfis virados um para o outro, de duas pessoas.</p> <p><b>6</b> – Neste vermelho aqui em baixo não consigo imaginar nada, talvez a crista de um galo, mas olhando para o desenho como um todo não consigo definir nada...</p> <p style="text-align: right;">1'25''</p>	<p style="text-align: center;">D central (verm. sup.)</p> <p style="text-align: center;">D central (verm. Inf.)</p>	<p style="text-align: center;">D kan A</p> <p style="text-align: center;">D K H</p> <p style="text-align: center;">Choque cor</p> <p style="text-align: center;">D FC Ad</p>
<p style="text-align: center;"><b>III</b></p> <p>20'' ^</p> <p><b>7</b> – Se me abstrair deste vermelhos poderá dar a entender ou assemelhar-se a duas pessoas numa posição com o rabo esticado para trás, a pegar qualquer coisa ou a fazer qualquer coisa neste</p>		<p style="text-align: center;">Choque cor</p> <p style="text-align: center;">D K H Ban</p>

<p>meio, sendo este meio um objecto qualquer que lá estivesse, ou pode ser um exercício qualquer de ginástica.</p> <p><b>8</b> – Com o vermelho não consigo imaginar nada, não faço a mínima ideia, poderá ser um coração na parede.</p> <p><b>9</b> – Estas patinhas aqui parecem mais as patas de um cavalo, poderia assemelhar-se a uma pessoa mas com as patinhas já não.</p> <p style="text-align: right;">1'49''</p>		<p>Choque cor</p> <p>D CF Anat</p> <p>Dd F+ Ad</p> <p>Crítica de objecto</p>
<p style="text-align: center;"><b>IV</b></p> <p>23'' ^</p> <p><b>10</b> – É uma sensação de nuvens principalmente esta parte de baixo, quando o céu está nublado.</p> <p><b>11</b> – Uma escadaria que vai dar a algum sítio, tipo a um monumento que seja num monte, e que esta parte central seja um caminho.</p> <p><b>12</b> – Cortando esta parte de cima e ficando esta parte de baixo, é o céu, é uma nuvem feia em que o céu até esteja relativamente claro e que esteja uma nuvem feia que está já a dissipar-se e ficam estes cortezinhos e este branquinho de céu, é a sensação que me dá, mas depois esta parte de cima não consigo definir parecem-me umas pinceladas que por acaso ficaram assim.</p> <p><b>13</b> – v Posso virar a prancha? Sinceramente não consigo, não sei o que diga, outra coisa que me poderá parecer é um animal estendido de barriga para cima, neste caso morto que às vezes se vê na estrada, cães e gatos que</p>		<p>D EF Nat</p> <p>(Dd)D EF Arq</p> <p>D bl EF Nat</p> <p>Crítica de objecto</p> <p>G FE A</p>

ficam assim. (fala em voz mais baixa)		
4'05''		

<p style="text-align: center;"><b>V</b></p> <p>3'' ^</p> <p><b>14</b> – Esta é nitidamente uma borboleta.</p> <p><b>15</b> – Se cortarmos estas perninhas e estes corninhos poderia ser talvez uma nuvem.</p> <p style="text-align: right;">58''</p>		<p style="text-align: center;">G F+ A Ban</p> <p style="text-align: center;">D F+- Nat</p>
<p style="text-align: center;"><b>VI</b></p> <p>42'' ^</p> <p><b>16</b> – Esta aqui é muito difícil... Excluindo esta parte de cima (D sup.) o que me poderá fazer lembrar à primeira vista é a pele de um animal estendida, é basicamente como aqueles tapetes de pele que havia antigamente.</p> <p><b>17</b> – Consideraria também uma espécie de animal em vôo, com as asas abertas como se voasse, mas depois considerando que aqui em cima fosse a cabeça acho que a cabeça é muito grande em relação ao resto do corpo. Não consigo saber mais nada.</p> <p style="text-align: right;">2'08''</p>		<p style="text-align: center;">D FE A Ban</p> <p style="text-align: center;">G kan (A)</p> <p style="text-align: center;">Crítica de objecto</p>
<p style="text-align: center;"><b>VII</b></p> <p>13'' ^</p> <p><b>18</b> – Esta imagem...é assim, acho que pode ser uma fotografia, não uma fotografia nítida. Dá-me a sensação de uma paisagem muito longínqua em que aqui seria um rio, com uma ponte muito ao longe com uma ogivazita e que apanhasse uma montanha de um lado e do outro e que aqui fosse céu.</p>	<p style="text-align: center;">Dd inf. Central</p>	<p style="text-align: center;">(Dd)G EF Fot.</p>

2'45''		
<p style="text-align: center;"><b>VIII</b></p> <p>11'' ^</p> <p><b>19</b>– A sensação que me dá é a de serem dois animais, leão, tigre, algo desse género.</p> <p><b>20</b> – Esta parte aqui seria uma borboleta</p> <p><b>21</b>– Dá-me a sensação aqui neste meio de haver qualquer coisa que eu não consigo explicar. Não consigo definir.</p> <p style="text-align: right;">2'25''</p>	D inf. central	<p>D F+ A Ban</p> <p>D F+ A</p>

<p style="text-align: center;"><b>IX</b></p> <p>13''</p> <p><b>22</b> – ^ É um monte de manchas que o único cuidado que tiveram foi o de colocar as cores mais ou menos do mesmo tipo.</p> <p><b>23</b> – v Se eu virar ao contrário aqui se calhar já consigo ver dois animais sentados assim sobre o rabo, definindo aqui como o perfil da cabeça, mas esta parte aqui em cima não faço a mínima ideia, são cores.</p> <p style="text-align: right;">1'10''</p>		<p>G C'F Mancha</p> <p>Crítica de objecto</p> <p style="text-align: center;">D kan A</p>
<p style="text-align: center;"><b>X</b></p> <p>14''</p> <p>^</p> <p><b>24</b> – Esta parte aqui de baixo dá-me a sensação de serem flores, não um desenho nítido mas que possa ter alguma relação com o desenho de flores.</p> <p><b>25</b>– Esta parte aqui dá-me a sensação de ser a Torre Eiffel, embora mal desenhada, que seja um caminho para chegar a um monumento e este o monumento em si, não é?...</p> <p><b>26</b> – v Se eu virar ao contrário poderá dar a sensação que é uma flôr ou um conjunto de flores em que seja o pé e que depois tenha várias cores mas depois o mais difícil é que a flôr tenha uma série de cores diferentes.</p> <p><b>27</b> – Aqui em baixo ao meio poderá dar a sensação embora mal desenhado que sejam uns pés. De resto mais nada.</p>		<p style="text-align: center;">D CF Pl</p> <p>Crítica de objecto</p> <p style="text-align: center;">D FC Arq</p> <p style="text-align: center;">G CF Pl</p> <p>Crítica de objecto</p> <p style="text-align: center;">D F+ Hd</p> <p>Crítica de Objecto</p>

2'15''

**ESCOLHAS:**

(+) - Pr. V - “Gosto da imagem em si, a única coisa que me desagrada é a cor por ser escura, mas gosto da imagem, dá a sensação de liberdade”

Pr. VIII – “esta aqui a imagem que me dá é uma imagem de cor, de diversidade”

(-) - Pr. IV – “estas duas não gosto delas, além de serem escuras dá-me a sensação de tristeza, são muito indefinidas. Na minha opinião não se assemelham com nada ou

com muito pouca coisa. Esta aqui é a sensação de algo velho a cair, parece que se

está a desprender

Pr. II – “Esta então aqui acho que não tem nada a ver com nada. Nem a cor, embora eu adore preto, o estranho é isso, mas não gosto destas imagens. Não me transmitem uma sensação boa, talvez mesmo pela cor ou talvez porque não as consiga definir, não se assemelha com nada.”

**Psicograma**

R = 27

F% = 55,6%

T. total = 20'30''

F+% = 83,3%

Tempo/Resp. = 45,6''

G% = 37%

Tempo Lat. Med. = 22,4''		D% = 44,4%
G = 7		Dd% = 7,4%
D = 16		A% = 40,7%
Dd = 4		H % = 11,1%
(Dd)D = 1		Ban% = 18,5%
(Dd)G = 1		Viragens - 3
D bl = 1		Choque Côr - 3
		Crit. Obj. - 7
$\Sigma F = 15$		Com. Subj. - 1
F+ = 12		
F - = 2	Sucessão Tipos de Apreensão – <u>G</u> D Dd	
F+- = 1	T.R.I – 1K / 4 $\Sigma C$ - Extratensivo Misto	
K = 1		F.Comp. – 1 k / 2 $\Sigma E$
kan = 1	H = 2	R.C. % - 33,3%
CF = 2	Hd = 1	
C'F = 2	Fot. = 1	
FE = 2	Pl. = 2	
EF = 2	Anat. = 1	
A = 8	Nat = 3	
Ad = 3	Arq. = 2	
(A) = 1	Ban = 5	

### Análise do Psicograma

Verifica-se uma produtividade que se encontra entre os valores considerados médios segundo Rorschach (15 a 30) embora mais próximo do limite superior (R=27). G% está um pouco acima do valor médio (entre 20 a 30), 37%. O valor de D, é como nos indica

a média, superior a valor de  $G . F\%$  encontra-se dentro dos valores normais constituindo uma indicação muito valiosa sobre o modo de reacção espontânea a uma situação, na ocorrência de exame, um modo que sugere uma abordagem mais intelectual e socializada do que afectiva e pessoal. O  $F+\%$  óptimo correspondendo ao valor de 85, nível que permite uma adaptação intelectual mais flexível, sendo  $F+\%= 83,3\%$ . O TRI é extratensivo misto dilatado para a direita, o que indica uma reacção mais emocional do que imaginária própria de indivíduos mais primários e imaturos. O pólo sensorial está muito representado. Revela portanto uma organização lábil. Existe uma grande reactividade à cor e forte movimento pulsional, sobretudo nas pranchas II e III. Ao nível dos conteúdos, verifica-se que os conteúdos humanos estão muito diminuídos relativamente aos conteúdos animais, o que indicia uma abordagem do mundo defensiva, conformista e com manifesta dificuldade na relação humana. De  $C = 4$  pode deduzir-se que o sujeito é perturbado pela cor, revelando alguma dificuldade em organizar os afectos. A FC caminha no mesmo sentido do TRI confirmando a excitabilidade do sujeito. A cor é alvo de reacções qualitativas, isto é, reacção qualitativa de rejeição, negativa e de fuga ao negro, cinzento e vermelho. Este protocolo é rico em respostas onde se observa uma profundidade em perspectiva, patente por exemplo na resposta *coração na parede*, e todas as respostas que apontam para a profundidade e tridimensionalidade da imagem percebida, sendo igualmente respostas que se baseiam nos valores de claro – e - escuro. Os choques cor seriam medidas da ansiedade manifesta. Os exemplos citados, assim como os seus comentários, fazem ressaltar a importância do “momento espacial e perspectivo” e de “profundidade da imagem”. Segundo Traubenberg (1975), “quanto aos EF de perspectiva, que utilizam a distância e, por vezes, a profundidade, estão relacionados com a avaliação do EU em relação a outrem, uma avaliação possível a partir de uma facilidade de introspecção, de uma perspicácia que pode ser desvantajosa para o indivíduo. Ela supõe uma inquietação mais ou menos surda ou uma falta inicial de segurança e de confiança em si mesmo” (p.117) As respostas de monumentos ao longe são objectivos difíceis de atingir para aquele que segundo Traubenberg experimenta sentimentos de inferioridade e reforça a sua atitude de impotência. A difusão que é a base de certos EF, como nuvens que se dissipam é um sinal de ansiedade, pois comporta essa impressão de carência, de firmeza, de solidez dos elementos que estão prestes a dissolver-se, denotando uma fragilidade e falta de consistência o que pode revelar numa problemática identitária.

Pois mostra-se sensível ao carácter instável, móvel e fugidio do objecto exterior é provar a sua sensibilidade interior e a sua própria fragilidade.

## Análise qualitativa prancha a prancha

### *Prancha I*

Relativamente à dimensão da construção da imagem de si, a resposta borboleta suscitada por no cartão I “atesta uma integração correcta da unidade corporal percebida como um todo”. (Chabert, 1999). Faz um crítica subjectiva, “é um bocado falta de imaginação”, procurando em seguida um pormenor que encontra ao dar a resposta “um bocadinho a cabecinha de um pássaro”. É em si patente um esforço para objectivar o que vê, sendo visível uma certa frustração pela dimensão subjectiva do material.

### *Prancha II*

Dá-se um equivalente choque na abordagem a esta prancha, no sentido em que as três respostas, são literalmente castradas na solicitação pulsional forte do vermelho por si não tolerado: “Cortando esta parte de cima (...)”, “Se cortar um bocadinho a parte de baixo (...)”, “Neste vermelho aqui em baixo não consigo imaginar nada (...)”. Vê dois elefantes virados uma para o outro e com as trombas juntas, o que remete para a espelhagem e para a questão identitária.

### *Prancha III*

A situação de equivalente choque repete-se nesta prancha face à carga pulsional do vermelho com as respostas que o revelam: “Se me abstrair destes vermelhos (...)”, “Com o vermelho não consigo imaginar nada”. Surge uma crítica de objecto relativamente à qualidade do material abordado: “*Estas patinhas aqui parecem mais as patas de um cavalo, poderia assemelhar-se a uma pessoa mas com as patinhas já não.*”, numa comparação obsessiva do material Rorschach com a realidade objectiva, demonstrando inflexibilidade e pouco acesso ao sonho e aos equivalentes de sonho.

#### *Prancha IV*

Existe uma desvitalização patente na resposta: “Cortando esta parte de cima e ficando esta parte de baixo (...)”. A problemática identitária também está patente nas suas respostas que se referem ao céu com nuvens que se dissipam, e nos “cortezinhos e branquinho de céu”, algo que não consegue definir, como se fossem “pinceladas que por acaso ficaram assim”.

#### *Prancha V*

O Cartão V é o cartão da identidade e da representação de si. Verifica-se que o sujeito dá uma resposta definida para este cartão. No entanto na resposta seguinte ressurgem a problemática identitária, patente na resposta “Se cortarmos estas perninhas e estes corninhos poderia ser talvez uma nuvem.” Sendo a nuvem algo instável, inconstante e que se pode dissipar a qualquer momento.

#### *Prancha VI*

Desvitalização da prancha pela resposta “Excluindo esta parte de cima”. A problemática identitária está patente nesta prancha pela dúvida que sugere relativamente o animal em vôo, é algo que lhe é estranho pois *a cabeça é muito grande para o corpo*.

#### Prancha VII

A resposta ao cartão VII reveste-se de contornos obsessivo e desejo de controlo sobre o material, ficando no entanto a indefinição. Vê ao longe sendo sensível à tridimensionalidade da prancha e cria um cenário longínquo à semelhança do que já fizera anteriormente.

*Prancha VIII*

Resposta banal, a que se segue a insatisfação patente no sujeito com a aparente simplicidade da resposta e que vai no sentido do seu funcionamento ao longo da prova.

*Prancha IX*

A recusa, diz tratar-se de um monte de manchas, de seguida vira a prancha revelando empenho na exploração do material. Vê dois animais sentados o que nos faz pensar na forma como resolve os conflitos. Perante o conflito acomoda-se, o que nos remete para a sua história.

*Prancha X*

A mesma exigência é atribuída à prancha no sentido de ser conforme o real, revelando-se numa necessidade de ser igual à realidade: *não é um desenho nítido mas pode ter alguma relação*. Está presente a sensação de profundidade à procura de algo especial. Vira a prancha dando duas respostas onde afirma o facto das imagens percebidas não serem iguais à realidade mas se assemelharem.

Ao longo apresentação da prova verifica-se que o sujeito tem a necessidade de controlar a prancha. A sua atitude relativamente ao material é aberta e curiosa. As imagens são descritas com precisão e minúcia e o sujeito manifesta uma consciência aguda na elaboração do borrão que tem à sua frente. O sujeito está muito próximo da estrutura do objecto, adere à sua realidade e descreve-a, pelo que o processo é descritivo mas em algumas ocasiões interpretativo, principalmente em certas respostas onde surge a profundidade e imagens em perspectiva. Nesta situação o processo é interpretativo pois o sujeito fornece uma imagem mais pessoal, mais distanciada do estímulo e em resumo, mais projectiva, quer seja válida ou não no plano formal. Muitas vezes o sujeito receia dar asas à imaginação e prefere manter-se ao nível da realidade objectiva, e nenhuma manifestação de criatividade pode surgir. Tempo total e de latência dentro dos parâmetros normais. Por vezes o tempo longo de latência pode indicar reflexão e levar a combinações ricas de significação. Alguma variabilidade dos tempos e que indica a ressonância do sujeito à diversidade de situações. Segundo Traubenberg, “choques ou equivalentes de choques indicando um estupor associativo, são visíveis, sobretudo através do somatório dos tempos de latência e de manipulação das pranchas” (Ibid, p.25) A problemática identitária também está patente nas respostas que se referem ao céu com nuvens que se dissipam, e nos *cortezinhos e branquinho de céu*, algo que não consegue definir, como se fossem *pinceladas que por acaso ficaram assim*.