

MARIA ADÉLIA JORGE MAC FADDEN

CONTRIBUIÇÕES DA  
PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA PARA O ESTUDO  
DAS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
SP, 1993

M161c

21178/BC

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

Este exemplar corresponde à versão final da "Dissertação" / "Tese" de "Mestrado" / "Doutorado", apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de "MESTRE" / "DOUTOR" em SAÚDE MENTAL. Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Prof(a).Dr(a).

*Rachel Vilela Fávero*  
Orientador(a)

MARIA ADÉLIA JORGE MAC FADDEN n. 162

**CONTRIBUIÇÕES DA  
PSICANÁLISE CONTEMPORÂNEA PARA O ESTUDO  
DAS MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS**

Tese Apresentada à Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para Obtenção do  
Título de Doutor em Saúde Mental

Orientadora:

*R. Fávero*  
Professora Dra. Rachel Vilela Fávero t

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
SP, 1993

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

*Ao meu pai, Antonio Jorge, in memoriam*

*À minha mãe, Josefina, pela sua generosidade,  
oferecendo sempre o melhor de si para que eu  
pudesse alcançar meus objetivos*

*Ao Charles, meu marido, pelo apoio, incentivo e  
incansável companherismo*

*Às minhas filhas Cláudia, Paula e Roberta pela  
compreensão e pelo estímulo para a superação  
das dificuldades na realização deste trabalho*

*À minha neta, Mariana, que me enriqueceu e me  
faz feliz por existir*

*Aos meus irmãos que estiveram sempre atentos,  
com amizade e carinho.*

## Agradecimentos

Somente através da inestimável colaboração de algumas pessoas foi possível a realização deste trabalho. A estes profissionais, gostaria de agradecer pela gratuidade de sua participação.

À Professora Dra. Rachel Vilela Fávero, que com sua excepcional qualificação, orientou este trabalho e também ofereceu sua experiência e conhecimentos clínicos.

À Professora Fantina Duarte, com sua habitual e carinhosa disponibilidade e competência profissional, supervisionou e orientou os trabalhos referentes à Prova de Rorschach

Ao Professor Dr. Dorgival Caetano, chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria que, através de seu apoio firme e amigo, proporcionou as condições necessárias para a realização deste trabalho científico.

Ao Dr. Roberto Pinto de Moura, que com sua ajuda analítica permitiu-me superar as dificuldades surgidas neste período importante da minha vida. Presentes em muitos momentos e colaborador generoso, cujas marcas transparecem, de certa forma, nesta dissertação e no amadurecimento de minha concepção sobre o tema.

À Liliana Adolfo Magalhães Guimarães, cujo desprendimento e amizade, aliados à experiência profissional, proporcionaram-me inestimável colaboração.

À Maria Marta de Magalhães Battistoni, Sônia Novaes de Rezende, Sergio Luiz Saboya Arruda, Silvia Helena Allane Franchetti Braga, Lídia Straus, Eloisa Helena Rubello Valler Celeri, colegas do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, pelas oportunas sugestões ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

Ao professor Dr. André Luis Verganine, chefe do Ambulatório de Dermatologia; ao Dr. João Carlos Rocha, chefe do Ambulatório de Hipertensão Arterial Essencial; à Professora Dra. Ester Nicolas, chefe do Ambulatório de Otorrinolaringologia/Alergia, pela colaboração efetiva demonstrada e pelo encaminhamento de pacientes

À Ana Maria Ghirotto, Mercês I. da Costa, André Luis Alcântara Goulart, secretários do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas e ao jovem guardinha Izaias Oliveira Camilo pela colaboração e pacienciosa ajuda, durante todo o período da elaboração desta pesquisa.

À Martha Candida Elias Sassi, profissional eficiente, datilógrafa que, com dedicação deu forma clara, sistemática e precisa ao texto da pesquisa.

Quero agradecer de uma maneira especial e com profunda gratidão os pacientes que me confiando seus problemas e fatos de suas vidas, permitiram a realização destas investigações que serão úteis na descoberta de situações e sintomas causados pelos problemas emocionais.

Maria Adélia Jorge Mac Fadden  
Campinas, SP, 1993.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	VII
ÍNDICE DE ANEXOS	VIII
RESUMO	IX
ABSTRACT	XI
CAPÍTULO I - TEMAS INTRODUTÓRIOS SOBRE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA	1
1. Conceito	2
2. Breve Histórico	4
CAPÍTULO II - ALGUMAS TEORIAS PSICANALÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	13
1. Teorias do Desenvolvimento das Relações Objetais	18
1.1. Contribuições de René A. Spitz	18
1.2. Contribuições de Margareth Mahler	20
1.3. Contribuições de Melaine Klein	22
1.4. Contribuições de Donald W. Winnicott	26
1.5. Contribuições de Heinz Kohut	40
CAPÍTULO III - ASPECTOS RELEVANTES PARA A CONSTITUIÇÃO DO PSICOSSOMÁTICO	46
1. Corpo e Imagem Corporal	47
2. Representação Mental	50
3. Fantasia	54
4. Afetos	58
5. Processo de Simbolização	63
CAPÍTULO IV - OBJETIVOS	78

CAPÍTULO V - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	82
1. Método Clínico	85
1.1 Entrevista clínica	86
1.2 Prova de Rorschach	88
2. Procedimentos de Pesquisa	97
2.1. Sujeitos	98
2.2. Considerações Psicossomáticas e Clínicas sobre Rinite Alérgica Perene, Hipertensão Arterial Essencial e Psoríase	99
2.2.1. Psicossomática e Rinite Alérgica Perene	99
2.2.2. Aspectos Clínicos da Rinite Alérgica Perene	104
2.2.3. Psicossomática e Hipertensão Arterial Essencial	106
2.2.4. Aspectos Clínicos da Hipertensão Arterial Essencial	109
2.2.5. Psicossomática e Psoríase	114
2.2.6. Aspectos Clínicos da Psoríase	117
CAPÍTULO VI - RESULTADOS	120
CAPÍTULO VII - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	183
COMENTÁRIOS FINAIS	203
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	205
ANEXOS	213

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I DADOS PESSOAIS RELATIVOS A CADA INDIVÍDUO DA AMOSTRA ESTUDADA	122
QUADRO II VALORES MÉDIOS DOS ÍNDICES OBTIDOS NA AMOSTRA ESTUDADA NA PROVA DE RORSCHACH	145



## ÍNDICE DE ANEXOS

### ANEXO I

ACEPÇÃO DOS VÁRIOS ELEMENTOS E CRITÉRIOS PARA APURAÇÃO DA PROVA DE RORSCHACH, DE ACORDO COM ANIBAL SILVEIRA (1964)	214
--	-----

### ANEXO II

PRINCIPAIS ABREVIATURAS E CONCEITOS DA PROVA DE RORSCHACH, DE ACORDO COM ANIBAL SILVEIRA (1964)	216
---	-----

### ANEXO III

QUADRO 3 - VALORES MÉDIOS DOS ÍNDICES OBTIDOS PELA AMOSTRA ESTUDADA NAS PRANCHAS MONOCROMÁTICAS	218
---	-----

QUADRO 4 - RESULTADOS MÉDIOS DOS ÍNDICES DA AMOSTRA ESTUDADA NAS PRANCHAS COLORIDAS	219
---	-----

QUADRO 5 - INDÍCIOS DE CHOQUE EMOCIONAL	220
---	-----

QUADRO 6 - INDÍCIOS DE CHOQUE AFETIVO	221
---------------------------------------	-----

QUADRO 7 - FENÔMENOS ESPECIAIS	222
--------------------------------	-----

QUADRO 8 - FENÔMENOS ESPECIAIS	223
--------------------------------	-----

## RESUMO

Este trabalho se propõe a estudar as manifestações psicossomáticas, baseando-se nas contribuições psicanalísticas contemporâneas da relação de objetos. Dentro desta perspectiva, é através das interações mãe-bebê que se constrói a vida mental infantil. E o psiquismo, diferenciando-se do somático, permite ao bebê reconhecer, integrar e apropriar-se de seu corpo. Entretanto, perturbações na relação mãe-filho podem privá-lo de experienciar a separação e diferenciação e de adquirir sua identidade - aquisição psíquica que enriquece a vida mental e dá sentido à vida pulsional-favorecendo assim uma maior vulnerabilidade à doença física.

A amostra estudada constitui-se de dez pacientes acometidos de doenças reconhecidas como doenças psicossomáticas: Rinite Alérgica Perene; Hipertensão Arterial Essencial; Psoríase.

A fim de melhor apreender e compreender os fatores estruturais e dinâmicos das manifestações psicossomáticas, buscou-se o auxílio de instrumentos capazes de evidenciar o desenvolvimento psicológico e psicodinâmico da personalidade: Entrevista Clínica, Prova Rorschach.

A análise dos resultados dos instrumentos utilizados revela que estes pacientes apresentam personalidade acentuada imatura, própria de

indivíduos que não desenvolveram uma identidade própria. Apresentam funcionamento afetivo-emocional e intelectual bastante constrictos e atividade interna rígida e impessoal. Revelam poucos recursos subjetivos, os quais, são imaturos impedindo-os de desenvolverem papéis sociais mais diferenciados. Observam-se distúrbios específicos que se manifestam através do bloqueio das reações afetivas-emocionais e pobreza de fantasia. Ao lado disso, a dificuldade em reconhecer e utilizar seus próprios sentimentos os impedem de localizarem-se, objetivamente, frente aos outros indivíduos.

Apresentam, também, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda, acompanhados de acentuada ansiedade, impedindo-os de se adaptarem, satisfatoriamente, à realidade. Tal fato sugere que as primeiras experiências afetivo-emocionais, na infância, não foram adequadamente elaboradas por eles e interferem, atualmente, em seu ajustamento à realidade, principalmente nas situações afetivas intensas.

Conclui-se que as experiências de indiferenciação, a falta de produção de fantasia através da qual escoaria a ansiedade bem como a impossibilidade de elaborar e de expressar os afetos, utilizando-se da capacidade simbólica, os tornam susceptíveis à doença física.

## ABSTRACT

This paper aims to study psychosomatic manifestations based on the present psychoanalytical contributions on object relations. Within this point of view, it is through the mother-baby interactions that the children's mental life and the psychic distinguishing itself from the somatic allows baby to recognize, to integrate and to make himself acquainted with his body. However problems in the mother-child relationship may deprive of the baby from the mother separation experiences and thus from its differentiation and from acquiring its own identity, therefore favoring the development of physical diseases.

In order to learn and better understand the structural and the dynamic factors of psychosomatic manifestations, research instruments were need to make possible to detect psychological and psychodynamic development of the personality, were utilized, such as:

Clinical interview,  
Rorschach Test.

The sample studied comprised of ten patients who suffered from what is generally known as psychosomatic diseases: Essential Arterial Hypertension; Perennial Allergic Rhinitis; Psoriasis.

The analysis of results showed that these patients revealed highly immature personalities normally found in individuals who have not developed their own identity. They show affective-emotional and intellectual behavior very restrict and a rigid and impersonal internal activity. They revealed poor subjective claims which are mostly immature making it difficult for them to develop more differentiated social role. Specific disturbances toward affective and symbolic functions which manifest themselves through the blockage of affective-emotional reactions and poverty of fantasies were observed. Besides the absence of capability of providing empathy deriving from the difficulty in recognizing and utilizing their own feelings as signs for themselves, hinder them to place themselves in an objective way towards other individuals.

They also showed psychological conflicts of serious and deep nature, coming along with accentuated anxiety which hinder them hinder them to adapt themselves in a satisfactory way to reality. Thus, it is suggested that the first affective-emotional experiences of the first childhood were not adequately elaborated by them and they interfere at present in their adjustment to reality especially in intense affective situations.

We may therefore conclude that the residual experiences of indifferenciation, the lack of fantasy production through which the anxiety might flow as well as the impossibility to elaborate and to express the affection using the symbolic capacity make them quite vulnerable to physical diseases.

# CAPÍTULO I

# TEMAS INTRODUTÓRIOS SOBRE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

## 1. Conceito

O conceito de Medicina Psicológica está associado à patologia geral e à vida psíquica consciente e inconsciente. Entretanto, dada a natureza obscura desta inter relação, há a necessidade de definições precisas para este termo. As noções mais usuais podem ser agrupadas em três categorias:

(1) A expressão psicossomática é empregada para designar sintomas ou síndromes funcionais onde a unidade patológica constitui-se de uma expressão fisiológica e uma expressão psicológica manifestamente associadas. Trata-se de fenômenos expressivos de estados emocionais, exemplo: náuseas, vertigens, espasmos, etc.

(2) Este termo se aplica para descrever as doenças como expressões de um perfil particular de personalidade ou de conflitos psicológicos. Exemplo: asma bronquítica, hipertensão arterial, colite ulcerativa. É desta perspectiva que os primeiros psicossomatistas conceituavam as clássicas doenças psicossomáticas.

(3) A Medicina Psicossomática pode ser entendida como uma concepção da medicina cuja tendência é compreender a doença como uma manifestação do corpo como um todo. Trata-se aqui de uma atitude psicossomática. Dentro desta perspectiva, a psicossomática transcende a noção de etiologia e articula-se com todas as dimensões dos seres humanos: psicológica, cultural, social, moral, física entre outras. Estes diversos fatores aparecem numa interação complementar onde variações em um deles repercurtem

sobre os outros. Assim, as noções de psicogênese e somatogênese ficam sem sentido. Este enfoque propõe mudanças nas concepções de etiologia e de descrições das doenças, assim como nas noções que orientam a prática médica. O observador, agora, ao fazer a coleta de dados relacionados com a história da doença, não pode mais negligenciar as informações sobre a família, relações sociais, amorosas, retirando, assim, a doença de uma concepção acidental para compreendê-la em seu verdadeiro significado. Desse modo, é através de seu método que a medicina vai poder assimilar os problemas de patologias atuais, como a noção de crise e de limiar, a importância dos fatores de defesa ou de imunidade (Henri Ey, 1978).

O termo psicossomático tem recebido muitas críticas em função das diferentes conotações que ele oferece:

**Dicotomia:**

este termo propõe uma divisão entre mente e corpo, encobrendo assim a visão holística do ser humano.

**Monodirecionalidade:**

à medida que sugere serem os fatores psíquicos, especialmente as emoções, as causas das doenças, como um elemento isolável de uma série de fatos.

**Individualização:**

a crítica que se faz à expressão refere-se à omissão das dimensões sociais e culturais, havendo uma tendência a perpetuar a noção obsoleta de psicogênese, incompatível com a doutrina da multicausalidade.



dade.

Apesar destas e de outras críticas presentes na literatura, o termo psicossomática está consagrado, cabendo ao pesquisador enfatizar, em seus trabalhos, sua concepção sobre este termo. Neste estudo, o termo "psicossomático" será utilizado segundo as noções propostas acima na terceira categoria, isto é, dentro do ponto de vista holístico do ser humano.

## **2. Breve Histórico**

A história da Medicina Psicossomática se desenvolveu em unidade com a história da Medicina, e a concepção de doenças na prática e na doutrina médica sempre oscilou entre duas posições extremas, mas não excludentes. A doença era entendida ora como uma reação do enfermo frente às condições de sua vida, uma espécie de transtorno em seu intercâmbio com o ambiente, ora concebida como resultado da lesão na estrutura de sua disposição celular, noção introduzida pelos primeiros anatomistas. Observa-se, portanto, uma tendência mais humanista, despiando a enfermidade da idéia apenas científica e abstrata e outra, em nome da objetividade científica, despojando o enfermo de sua singularidade, atenta às alterações da soma.

Apesar de Freud (1895a) mostrar interesse pelos processos mentais que causavam a histeria e os sintomas hipocondríacos, mostrou pouco interesse quanto à doença orgânica. Em suas proposições sobre as séries complementares, postulou a participação de três fatores que interatuam na etiologia das doenças: congênitos e hereditários, representando os aspectos constitucionais: acontecimentos e experiências infantis que, unidos com os primeiros, formam a disposição individual: e, finalmente, os fatores atuais desencadeantes (1895b).

O primeiro médico a introduzir o conceito do inconsciente no tratamento de pacientes somáticos foi George Groddeck, também conhecido como o pai da psicossomática. Para Groddeck (1926), toda

doença física é igualmente psíquica, e toda doença psíquica é também física. Entendia a doença como um compromisso, uma solução para a ambivalência do ser humano diante do passional e do representável. A doença não é tão ocasional, mas um sinal da relação do paciente com o mundo e consigo mesmo. É uma solução, embora problemática, para os conflitos que pontuam a existência. Antes de conhecer Freud, introduziu o conceito de "Es" como o responsável por todas as manifestações, conscientes e inconscientes, e da vida tanto sã como doente. Embora nunca tenha definido claramente o conceito do "Es", este era entendido como sinônimo de inconsciente e uma de suas manifestações era a simbolização.

Em 1923, Groddeck estende o conceito de Conversão de Freud e de seu "Es" para explicar a larga gama de sintomas e doenças físicas, o que não foi bem aceito por seus colegas psicanalíticos. Embora Freud mostrasse reservas quanto à imaginosa teoria de Groddeck, entre eles estabeleceu-se uma amizade que se manteve até a morte de Groddeck, em 1934.

Nos anos trinta, analistas europeus imigram para a América do Norte e começaram a aplicar o método psicanalítico nas pesquisas e tratamentos de pacientes com doenças físicas. Estas pioneiras investigações psicossomáticas consistiam em observações psicanalíticas cuidadosamente documentadas de pacientes com certas doenças físicas de etiologias desconhecidas. Embora o objetivo inicial do movimento psicossomático americano fosse o de humanizar a prática médica através da consideração do interjogo entre fatores emocionais e processos corporais, seu interesse rapidamente se dirigiu para um grupo de doenças crônicas de etiologia incerta: úlcera péptica, asma brônquica, artrite reumatóide, hipertensão arterial essencial, colite ulcerativa, dermatites, diabetes, que são até hoje consideradas como as doenças psicossomáticas propriamente ditas. À medida que eram identificadas as causas psicológicas das doenças, o termo psicossomático torna-se virtualmente equivalente ao termo psicogênico.

Inicialmente, as teorias psicanalíticas sobre as doenças físicas eram baseadas na teoria estrutural das psiconeuroses de Freud, onde o conceito de conflito reprimido e os afetos a ele associados eram fatores importantes também na patogênese dos distúrbios psicossomáticos.

No estudo sobre a histeria, Breuer e Freud (1895) ressaltam que os conflitos inconscientes podiam ser expressos simbolicamente em sintomas sensorio-motores, através da conversão. Posteriormente, Freud (1910) sugeriu haver outros mecanismos, além da conversão, através dos quais, atitudes inconscientes poderiam alterar funções fisiológicas, sem ter qualquer significado psíquico definido. Como resultado destas formulações, várias teorias etiológicas de doenças psicossomáticas foram desenvolvidas, surgindo, então, divergências quanto à teorização da formação dos sintomas e dos mecanismos psicossomáticos. Enquanto alguns psicossomatistas enfatizam o papel da conversão com simbolização, outros consideravam personalidades específicas, regressões das funções fisiológicas e/ou do ego como fatores predisponentes das doenças físicas.

Uma das pioneiras no estudo da Medicina Psicossomática foi a psicanalista Flanders Dunbar (1950). Para ela, a maioria dos sintomas psicossomáticos se devia à descarga da energia instintiva dentro do sistema vegetativo. Utilizando o método de história de caso longitudinal e entrevista, descreveu perfis de personalidade, tentando estabelecer correlações entre doenças específicas e certos tipos de personalidade. Seu objetivo era descobrir meios para um tratamento efetivo e não uma busca das causas das doenças. Este fato fez com que seus trabalhos fossem criticados por não oferecerem explicações para a origem dos traços de personalidade descritos e também por não explicarem os mecanismos pelos quais eles iniciavam e mantinham a doença. Entretanto, a influência de suas idéias permaneceu em autores como por exemplo, Friedman e Rosemann (1932) que reconheceram uma forte associação entre doenças coronárias e indivíduos com certas características de comportamentos denominados tipo A, e Bahnson (1982) que

descreveu a personalidade de indivíduos propensos a câncer.

Considerado o primeiro teórico em psicossomática dos anos trinta e quarenta, Franz Alexander (1952), como Dunbar, não aceitava o pressuposto de que os sintomas psicossomáticos tivessem um significado simbólico primário e atribuiu as mudanças na estrutura e função orgânica ao efeito das variações fisiológicas que acompanham emoções crônicas reprimidas, associadas a conflitos inconscientes não resolvidos. Assim, manteve uma forte distinção entre histeria e doenças psicossomáticas que denominou "neurose vegetativa".

Através de profundas investigações psicanalíticas de pacientes fisicamente doentes, identificou conflitos psicológicos inconscientes específicos para as diferentes doenças que estudou.

É importante salientar que Alexander considerava os conflitos específicos apenas como um elemento no desenvolvimento total da doença. Segundo este autor, quando estes conflitos são reativados por certas situações da vida podem precipitar a doença somente na presença de uma vulnerabilidade do sistema constitucional, o qual denominou fator x. Pouco antes de sua morte, ele define sua hipótese teórica como sendo uma teoria linear multifatorial na qual tanto fatores psicológicos quanto fatores fisiológicos são considerados causas necessárias, mas não suficientes para o aparecimento da doença. A teoria da especificidade dos conflitos pode ser considerada como uma tentativa séria de lidar com a questão da escolha da doença.

Outras teorias como as da regressão fisiológica e do ego vão objetivando uma melhor compreensão dos fenômenos psicossomáticos. Pesquisadores psicanalíticos da década dos anos 50, como de Felix Deutsch; Sidney Margolin e Marx Schur sugerem que ao lado de emoções reprimidas, há regressões fisiológicas para os primeiros modos de funcionamento, isto é, as funções fisiológicas patológicas dos pacientes psicossomáticos correspondem às respostas fisiológicas da tenra infância. Argumentam, também, que as perturbações na relação mãe-filho

reforçam certos padrões fisiológicos constitucionalmente determinados e reativados no paciente psicossomático. Assim, quando um órgão é exposto a flutuações fisiológicas mais intensas do que pode tolerar no momento vai provocar mudanças tissulares e, como resultado, tem-se a doença física. Segundo Deutsch, uma vez que certa atividade fisiológica tenha se tornado associada a uma emoção poderá ser usada, posteriormente na vida, como um adjunto ou expressão deste afeto.

Influenciados pelo artigo de Ana Freud, de 1936, "O Ego e os mecanismos de defesa", psicanalistas como Harthmann, Kris e Loerhenstein se interessaram e ampliaram o modelo psicanalítico clássico impulso-conflito-defesa, enfatizando as funções do ego e sua capacidade adaptativa. Este fato chamou a atenção dos psicossomatistas, como por exemplo, Schur (1955) que propõe serem as respostas fisiológicas da infância progressivamente dessomatizadas e trabalhadas pelo processo secundário, referindo-se, então, a uma fase "psicossomática" indiferenciada do desenvolvimento para a qual o paciente regride quando seu Ego é incapaz de se defender adequadamente contra o estresse. E sugere, também, que nestes pacientes há ressomatização da ansiedade e a prevalência de pensamentos menos abstratos, segundo os moldes do processo primário. Esta regressão psicossomática foi denominada "estado bordeline".

Embora exista concordância de que os pacientes com doenças designadas classicamente como psicossomáticas com frequência manifestem, estados de Ego Primitivo, não há evidência de que enormes mudanças fisiológicas acompanhem os estados emocionais da infância.

Contrariando Freud (1910) que acreditava não ocorrer a conversão antes do Complexo de Édipo, psicanalistas como Fenichel (1966) e outros postulavam que os conflitos pré-genitais não resolvidos poderiam influenciar vários órgãos do corpo, denominando este estado como "neurose de órgão".

Melita Sperling (1978), e Angel Garma (1958) argumentavam

que a conversão e a simbolização são os mecanismos determinantes na "escolha da doença física". Para Garma (1958), a úlcera péptica é a expressão simbólica de uma mãe agressiva internalizada, enquanto Spertling (1978) concluiu que conflitos pré-genitais são convertidos em expressões simbólicas psicossomáticas como conflitos e fantasias sexuais são responsáveis pelos sintomas histéricos de conversão. Acreditava, também, que a "escolha" da doença dependia muito da qualidade da relação mãe-filho. A preocupação da mãe com certos órgãos resulta, muito cedo, numa disposição adquirida, na criança, em responder com uma perturbação nesse órgão e em suas funções específicas quando se encontram frente a uma situação traumática. Foram poucos os psicanalistas que consideraram a possibilidade de uma perturbação na função simbólica nas doenças psicossomáticas, uma vez que existia discordância quanto ao momento em que o Ego estava capacitado a desenvolver a simbolização.

Em meados dos anos cinquenta, surge um desencantamento generalizado pela Medicina Psicossomática e um gradual afastamento entre esta e a Psicanálise, motivado não apenas pelos avanços das ciências biológicas (Fisiologia, Neurologia) e da Bioquímica, mas também pelas limitações da clássica teoria freudiana em explicar os fatores psicológicos envolvidos na predisposição e manutenção das doenças físicas.

Surge, então, uma nova fase da Medicina Psicossomática, voltada à identificação dos mecanismos psicobiológicos e de eventos estressantes da vida, que alteram a susceptibilidade do indivíduo à doença e também uma nova abordagem dos processos psicossomáticos, favorecendo a todos os pacientes físicos. Deste modo, os modelos lineares de casualidade foram gradualmente substituídos por modelos interacionais.

Retomando a idéia dos primeiros psicossomatistas de que a dificuldade de expressão das emoções predispõe o indivíduo a doenças físicas, psicanalistas franceses e americanos (Marty, 1972; M'Uzan,

1963; Sifneos, 1972; Nemiah; 1978) descrevem suas experiências clínicas com pacientes fisicamente doentes. Obsearam, nestes pacientes, características comuns que apontam para uma forma peculiar de pensamento e de lidar com as emoções. De maneira especial, estes pacientes revelavam uma inaptidão para fantasiar, uma pobreza associativa, pouco imaginosa e restrita à realidade. Segundo Marty (1993), os pacientes com as clássicas doenças psicossomáticas apresentam um distúrbio específico nas funções simbólicas e afetivas tal, que lhes confere um estilo de comunicação estéril e inexpressivo, de certo modo afastado do seu inconsciente. Este fato se revela em seu comportamento super adaptado ao pensamento do grupo a que pertencem.

Para a escola de Marty, há nesses indivíduos, uma regressão do Ego a nível defensivo primitivo com fortes tendências auto-destrutivas, relacionadas com o instinto de morte. Seu funcionamento emocional constricto e sua atividade psíquica inflexível sugerem que estes pacientes levam a vida de modo mecânico, como robôs (Nemiah, 1978). Estes distúrbios foram denominados por Sifneos (1972) de Alexitimia, palavra grega que, etimologicamente significa: a = falta, lexis = palavra, thymo = emoção. Tentativas para encontrar uma explicação etiológica simples para a alexitemia sugerem que são múltiplos os fatores a desempenhar um papel no desenvolvimento deste fenômeno tão complexo. Segundo Nemiah (1974) e Sifneos (1974), os mecanismos de defesa neuróticos, tais como negação, repressão, isolamento, não explicam adequadamente o fenômeno da alexitimia.

McDougall (1980) propõe que, no indivíduo alexitímico, as idéias perturbadoras e os afetos dolorosos, ao invés de serem reprimidos, são preferivelmente excluídos da psiquê. Assim, em razão de sua prejudicada aptidão para simbolizar conflitos instintivos e elaborar fantasias, a energia instintiva nesse indivíduo ignora a mente e pode afetar o corpo diretamente. Considera alexitimia como uma perturbação na relação mãe-filho, na fase simbiótica (esquizo-paranoide para Melaine Klein), que leva uma patologia pré-neurótica desde cedo, e onde os

mecanismos de defesa, "splintting"<sup>1</sup> e identificação projetiva predominam. Tal transtorno na relação mãe-filho interfere no processo de separação e diferenciação, prejudicando, assim, a "auto-representação" e a "representação do objeto", permitindo ao bebê utilizar apenas os símbolos de uma forma concreta.

Na opinião de McDougall (1982) a alexitimia é uma defesa notavelmente forte contra o sofrimento psíquico e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos (falhas na internalização de funções maternas confortantes).

Taylor (1980) afirma que o indivíduo alexitímico, diferentemente do indivíduo normal e do neurótico, não desenvolve, sob estresse, sintomas neuróticos. Ele fica mais propenso a abusar do álcool, a experimentar fisicamente as angústias e a desenvolver enfermidades físicas com mudanças tissulares.

Dessa forma, a Medicina Psicossomática dos anos oitenta passa a basear-se no modelo biopsicossocial, que considera o complexo interjogo dos fatores biológicos, psicológicos e sociais em todas as doenças, ficando a alta susceptibilidade para desenvolver as doenças físicas associada a distúrbios nestas áreas. Disto decorre a necessidade de se encontrarem novos modelos psicopatológicos para a compreensão destes complexos distúrbios. Uma das saídas para estas questões se deu através dos modelos de desenvolvimento normal e patológico fornecidos pelas teorias da relação de objetos e da psicologia do self, que afastam a ênfase sobre os impulsos e defesas para vicissitudes do relacionamento inicial mãe-criança e enfatizam a importância do desenvolvimento da unidade psicossomática e de uma personalidade saudável.

Estudos sobre observações de crianças e pesquisas psicobiológi-

---

1 O termo splitting está mantido em inglês devido à sua consagração no contexto psicanalítico, e definido como: "Separação de representações psicológicas de acordo com suas finalidades opostas". Acerca deste conceito, consultar Mora, E.B & Fine, D.B. p. 33 (1992)



cas têm confirmado que deficiências do relacionamento inicial mãe-bebê resultam em problemas de desenvolvimento, os quais reduzem a capacidade de auto-regulação das funções psicobiológicas essenciais, predispondo o indivíduo à doença física.

\*

# CAPÍTULO II

## ALGUMAS TEORIAS PSICANALÍTICAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Através de formulações psicanalíticas das relações de objeto (Klein, 1932; Mahler, 1968; Spitz, 1965; Winnicott, 1945) e da psicologia do self (Kohut, 1988) tem-se procurado um maior entendimento dos processos psicossomáticos, superando, assim, as limitações do modelo psíquico clássico impulso-conflito-defesa.

Estas teorias têm aproximado a Psicossomática da Psicanálise medida que oferecem uma melhor compreensão da relação mente-corpo, conseqüentemente dos doentes somáticos ou de pessoas com alta suscetibilidade para adoecer.

As primeiras teorias Psicossomáticas adotavam o ponto de vista de Freud de que o princípio dominante após o nascimento era o da descarga de impulso, aceitando o fato de que, uma vez formado o Ego, conflitos intra-psíquicos podiam ser traduzidos diretamente em mudanças fisiopatológicas no corpo. Embora arriscassem na compreensão do misterioso salto da mente para o corpo, davam pouca atenção à direção inversa, ou seja, como as sensações corporais e alguns processos biológicos da criança passam a ser experienciados como eventos mentais.

As concepções freudianas sobre a vida mental inicial eram moldadas pela compreensão dos instintos e pelas hipóteses de que eventos mentais são automaticamente regulados pelo princípio do prazer (Freud, 1920). Para Freud, os instintos, bem como os estímulos externos, produzem excitação dentro do aparelho mental e o aumento de excitação é experimentado como tensão interna desagradável que precisa ser descarregada. Deste modo, no início da vida mental, o aparelho mental, através da redução ou da manutenção constante de energia, tenta estabelecer um estado de prazer e/ou repouso.

Segundo Freud (1914), não existia no recém-nascido nada comparado ao ego, o ego tem que ser desenvolvido. E assim a criança toma parte na redução do impulso do modo passivo e indiferenciado - estágio auto-erótico"; posteriormente, narcisismo primário. As primeiras satisfações auto-eróticas são representadas em relação às funções vitais que servem à finalidade de auto preservação. Deste modo, as necessidades orais eram consideradas como mais fortes e a consciência dos objetos era tida como secundária. Neste estágio de indiferenciação, a criança não faz distinção entre estímulo interno e externo e é incapaz de distinguir entre ela mesma e seu redor. Esta linha de pensamento foi aceita por diversos psicanalistas: Spitz, 1965; Mahler, 1968 entre outros.

Segundo Spitz (1965), durante as primeiras semanas de vida o mundo é inexistente para o recém-nascido. Neste estágio, não consegue distinguir nem perceber o que o rodeia como sendo separado dele.

Mahler (1968) também descreve um estágio de indiferenciação "fase autística normal", na qual a experiência infantil está limitada às suas próprias sensações corporais e à manutenção da homeostase fisiológica.

É com Melaine Klein (1952) que a teoria do desenvolvimento das relações objetais sofre avanços significativos e um grande aprofundamento, permitindo harmonizar as consideráveis controvérsias entre a psicanálise atual e a tradicional teoria dos impulsos.

A originalidade de seus conceitos se evidenciou no postulado de que as relações de objeto se instituem desde o nascimento. Considerou que a partir dos primeiros dias de existência, o recém-nascido se dirige à mãe inteira, confusamente percebida. O lactante tem uma percepção inconsciente da existência de sua mãe (1959). Sua hipótese baseia-se num determinismo instintual e é através deste conhecimento instintivo que se estabelece a base da relação primária da criança com a mãe. Há uma pulsão que impele a criança em direção à mãe, assim como os ani-

mais, que precocemente se voltam para a mãe e buscam nela o alimento.

O objeto, portanto, não é objeto de uma pulsão, como afirma Freud (1914). É algo que se encontra vinculado a uma relação objetal e que se constitui por ele mesmo, por emoções que o acompanham, por fantasias que o representam, por defesas específicas, por angústias determinadas; figurando, assim, o que Melaine Klein denomina de "relação objeto". O objeto não se resume ao seio materno. Ele é a mãe agente de cuidado e não apenas alimento. É através da intimidade do aleitamento que se estabelece entre a criança e a mãe uma comunicação que não se limita à satisfação da necessidade.

Do ponto de vista Kleiniano existe, desde o nascimento, um ego suficiente para experimentar ansiedade e formar primitivas relações de objetos. Embora o ego primitivo se mostre lábil, desorganizado, revela tendência à integração na medida de seu desenvolvimento fisiológico e psicológico. A impossibilidade do recém-nascido ter uma compreensão intelectual do que está lhe ocorrendo, leva-o a viver de forma inconsciente estas situações de desconforto como algo que lhe é infligido de forma hostil. Mas, se lhe for oferecido conforto, ou seja, calor, carinho, esta ansiedade inicial pode converter-se em boas emoções e surgirem, assim, as primeiras boas relações com a mãe ou com o objeto. É através das repetidas experiências de intimidade física que vai fundar-se a confiança num bom objeto e estabelecer íntima relação entre o inconsciente da mãe e o da criança (unicidade inconsciente). Da mesma forma, o desconforto e a frustração vividos como situações persecutórias participam, também, dos sentimentos da criança para com a mãe, uma vez que esta representa, durante os primeiros meses de sua vida, o mundo externo. Deste modo, para a primitiva mente infantil, o bom e o mal provêm da mãe.

Segundo Klein, embora as circunstâncias externas tenham um papel importante no desenvolvimento da criança, este será resultante da interação entre os fatores internos e externos. Assim, o efeito das priva-

ções e o possível desencadeamento de uma reação agressiva vai depender da dosagem constitucional da pulsão de morte. Por outro lado, as quantidades pulsionais inscritas na constituição individual podem ser modificadas sob os efeitos das experiências vividas. Para Melaine Klein, toda experiência supõe uma aptidão do sujeito para vivê-la e uma contribuição externa. Embora nunca tenha anunciado explicitamente e de forma coerente sobre as relações entre disposições inatas e vivências pessoais, pode-se inferir, segundo Jean M. Petot (1988) *"...os fatores externos são mais eficazes quando desfavoráveis do que quando favoráveis"*. Tudo se passa como se as quantidades inatas de agressividade pudessem ser aumentadas pelas privações sem que as satisfações reais possam ter efeito comparável sobre a gratidão e sobre o amor.

Um novo modelo de relação mãe-filho vem sendo também oferecido à Psicanálise pelos psicologistas do self. Segundo estes autores, Kohut (1988), Wolf (1982), a criança é dotada, quando nasce, de uma organização e capacidade inerente para usar e aproveitar seu próprio equipamento autônomo. Deste modo, as expectativas do bebê são encontradas por meio de respostas razoavelmente ajustadas, a partir do ambiente empático (self objeto). Assim, Kohut (1988) atribui a manutenção da homeostase na tenra infância à relação da criança com "self objeto", mais do que ao comportamento que é relacionado, primeiramente, com a redução de tensão, através da descarga de impulsos. Considerando os "self-objetos" essenciais à sobrevivência psíquica da criança, considera como Winnicott (1960), as desordens do self como doenças de deficiência ambiental.

# 1. TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO DAS RELAÇÕES OBJETAIS

## 1.1. Contribuições de René A. Spitz

Spitz (1965) ressalta que o recém-nascido é um organismo psicologicamente indiferenciado, com um equipamento congênito e certas tendências herdadas. Considera que o primeiro ano de vida é dedicado ao esforço de sobrevivência e à formação de instrumentos adaptativos, e marcado por diferenciações, gradualmente mais elaboradas, do aparelho mental.

Propõe uma seqüência epigenética de organizadores psíquicos, os quais definiu como "marcos comportamentais da formação estrutural", apresentando, assim, um novo "modus operandi" para reduzir e manter a homeostase. Estes organizadores psíquicos são percebidos pelo reflexo condicionado, que surge entre três e oito semanas de vida e representa um princípio regulador superior ao princípio Nirvana<sup>2</sup>, formando, inicialmente, uma ponte entre os processos corporais e a atividade mental.

O primeiro organizador psíquico é a reação do sorriso, que surge ao redor dos três meses de idade e marca o início de um ego rudimentar. Trata-se do "sorriso social" em contraste com o "sorriso reflexo" das primeiras semanas de vida. A reação do sorriso é extraída, especificamente, pela face humana e indica o início de um estágio de diferenciação e a incorporação de um parceiro, a mãe, para ajudar a

---

2 Princípio de Nirvana designa a tendência do aparelho psíquico para levar a zero ou pelo menos para reduzir o mais possível em si toda quantidade de excitação de origem externa ou interna. Definição proposta por Freud em seu artigo "Para além do princípio do prazer 1920" (Laplanche, 1975).

criança na regulação da tensão. Neste estágio, o objeto gestáltico não é, ainda, o verdadeiro objeto.

O segundo organizador psíquico - ansiedade do oitavo mês - indica evolução da relação mãe-filho e a obtenção de um nível mais alto de regulação. A maturação e desenvolvimento do equipamento congênito permitem ao bebê descarregar tensão afetiva de uma maneira intencional, dirigida. Estas descargas dirigidas diminuem o nível de tensões no sistema psíquico, ficando a economia psíquica melhor distribuída, facilitando assim sua função reguladora e permitindo, também, satisfação mais eficiente das necessidades. A organização do Ego está enriquecida por várias fontes e torna-se mais estruturada. A ansiedade ao estranho indica que a criança agora discrimina a mãe de outras pessoas.

O terceiro organizador psíquico - o gesto do "não" - não aparece antes do décimo sexto mês. Indica um nível mais elevado de organização cognitiva, independentemente de ser expresso pela palavra "não" ou por meneio de cabeça. É o primeiro conceito abstrato da criança, sendo seguido rapidamente pelo desenvolvimento da fala e o uso da comunicação para descarregar ou regular a tensão interna ou as necessidades instintivas.

Embora o conceito de organizadores psíquicos chamasse a atenção de Spitz para a natureza reguladora das interações mãe-bebê, permaneceu fiel ao modelo de Freud de descarga de impulso.

Para Spitz, as depressões anaclíticas, a má qualidade de saúde física e a alta mortalidade entre crianças recolhidas em instituições, não pode ser atribuída exclusivamente à dificuldade emocional com a mãe.



## 1.2. Contribuições de Margareth Mahler

Mahler (1968) conceitua o crescimento como um desligamento gradual do estado simbiótico normal e que se desenvolve através de quatro sub-fases de separação-individuação.

Para ela, a relação mãe-filho constitui um sistema de regulação homeostático, do qual emerge uma mente primitiva e a base para todas as subseqüentes relações de objeto. As estruturas mentais vão se organizando, a partir das experiências corporais de vínculos afetivos e grau de harmonia desenvolvida entre a mãe e a criança durante a fase simbiótica.

Segundo Mahler (1968), o recém-nascido apresenta-se como um organismo imaturo, quase que puramente biológico, centrado em torno de suas tentativas de reduzir a tensão interna e sem um ego digno de menção. Tem à sua disposição apenas mecanismos somáticos de defesa constituídos de reações de extravasamento e descarga, sendo inadequado seu aparelho mental, para organizar estímulos internos e externos a fim de sobreviver. Seu ego indiferenciado é complementado através da harmonia psicobiológica entre ele e a mãe protetora que lhe executa cuidados de vital importância. O relacionamento parasita-hospedeiro da vida intra-uterina é substituído, no período pós-natal, por um envolvimento do bebê pela matriz extra-uterina dos cuidados maternos, numa espécie de simbiose social. Estas primeiras semanas de vida são descritas por Mahler como o estágio de "autismo normal" do bebê e se estende do nascimento até o segundo mês de vida. Nesta fase o bebê não distingue a realidade interna da externa e parece não distinguir a si mesmo dos objetos inanimados ao seu redor.

A fase autística normal "pré-simbiótica" da unidade mãe-bebê cede lugar, ao redor do terceiro mês, à fase simbiótica onde o bebê percebe, pelo menos passageiramente, a pequena parte da realidade externa representada pelo seio, rosto e mão da mãe durante os períodos de

fome. Isto ocorre no modelo das seqüências de gratificação-frustração oral na situação normal dos cuidados maternos. Essa fase de vaga precipitação do objeto gratificador das necessidades assinala o início da fase de simbiose, na qual o bebê se comporta e funciona como se a mãe e ele constituíssem um sistema onipotente dentro de um limite comum.

A partir da segunda metade do primeiro ano (primeira sub-fase), o bebê começa a diferenciar-se da unidade dual mãe-bebê, mas é no segundo ano de vida que a criança passa gradualmente de um estágio simbioticamente dependente da mãe para o de uma separação individual.

A segunda sub-fase, designada como prática, começa aos nove meses e alcança seu pico aos quinze meses. É paralela ao desenvolvimento da capacidade de andar e, portanto, de separação física da criança e sua mãe. A explosão maturativa, que ocorre no segundo ano de vida, coloca a criança em posição de autonomia física relativamente avançada, podendo experimentar a separação de diferentes maneiras: desfruta da independência e exercita seu domínio com tenacidade e, desse modo, o ego utiliza grande quantidade de libido e agressão.

Há crianças, entretanto, que mostram reações nervosas adversas e exagerado apego à mãe como reação à própria autonomia. A consciência de um funcionamento em separado pode trazer à tona intensa ansiedade e tenta negar o fato da separação ao mesmo tempo que luta contra o reengolfamento.

Durante a metade do segundo ano, terceira sub-fase de reaproximação, surge na criança a necessidade de estreitamento da relação com a mãe. A criança mostra vacilação entre a necessidade de separação e aproximação. Simultaneamente a estas sub-fases, há uma gradual diferenciação intra-psíquica da unidade condensada self-objeto, nas partes self e objeto da relação.

Na quarta sub-fase, o sentido de um self separado é estabilizado

e a constância de objeto libidinal é gradualmente adquirido. A partir dos três-três anos e meio, a criança estará apta para perceber a mãe como um todo.

Com o advento do período de latência a criança pode perceber claramente que tanto a mãe, como outros objetos de amor e elas mesmas, são indivíduos separados e complexos. A representação intra-psíquica da mãe substitui funcionalmente a simbiose do período anterior e permite o adequado funcionamento na ausência de uma outra pessoa.

As necessidades da mãe podem, todavia, interferir no desenvolvimento da autonomia da criança e levar a um "ego fraco", com resíduos de autismo e simbiose não resolvidas. Estes resíduos vão influenciar a natureza das futuras relações com objetos e, associados a falhas do funcionamento do ego, podem agir como fatores predisponentes ao desenvolvimento de doenças físicas.

### **1.3. Contribuições de Melaine Klein**

Foi através da técnica de brinquedo na psicanálise de crianças, assim como da observação e de seus trabalhos clínicos que Klein chegou a importantes conclusões sobre os estudos do inconsciente.

Por meio da atenção meticulosa à transferência na técnica do brinquedo conseguiu um entendimento da forma pela qual a vida mental é influenciada pelas emoções mais primitivas e fantasias inconscientes.

Deu uma tônica especial às primeiras relações mãe-filho e através da sua compreensão da relação da criança com o corpo da mãe, pôde elucidar a importância da fantasia e da ansiedade inconsciente na relação da criança com o mundo.

Para Melaine Klein (1945), as posições esquizo-paranóides e a depressiva constituem as estruturas elementares da vida psíquica. A no-

ção de posição, nesta teoria, não tem apenas um sentido estrutural. Ela está relacionada ao fato de que os processos descritos correspondem não apenas a fenômenos ligados a uma determinada fase do desenvolvimento, mas supõem uma configuração de relações de objetos, de ansiedades e defesas que persistem durante toda a vida.

A posição esquizo-paranóide corresponde a um estágio muito rudimentar do ego e se caracteriza pela natureza projetiva da relação com objetos parciais e pela prevalência do processo de divisão e da ansiedade paranóide, podendo ser assim descrita: o ego imaturo do recém-nascido está sujeito à ansiedade gerada por conflitos entre o instinto de vida e o instinto de morte, assim como aos impactos da realidade. Esta ansiedade provocada pelo instinto de morte leva o ego a deslocar parte desta para o objeto externo original (seio), e parte é convertida em agressividade que permanece em seu self e é posteriormente dirigida contra os perseguidores. O seio, que contém parte do instinto de morte, passa a ser percebido como mau, perseguidor, dando origem ao sentimento de perseguição. A projeção do instinto de morte no seio é sentida como dividindo-o em vários pedaços de modo que o ego, agora, vai ter que se defrontar com uma série de perseguidores. O mesmo processo ocorre com a libido. Parte da libido é projetada para fora, de modo a criar um objeto que possa satisfazer o instinto do ego, com a finalidade de estabelecer uma relação com o seio idealizado. Desta maneira, o ego mantém, desde cedo, relação com dois objetos: o seio idealizado e o seio perseguidor. Enquanto as fantasias do objeto idealizado vão se confirmando através das experiências gratificantes e do amor recebido da mãe externa, as fantasias de perseguição vão sendo reforçadas pelas experiências de privações reais. A gratificação cumpre a função de preencher as necessidades de amor e de manter o perseguidor ou os perseguidores distantes. Nesta posição, a ansiedade é de que os objetos perseguidores entrem no ego e dominem e aniquilem tanto o objeto ideal como o ego. Diante desta ansiedade, o ego lança mão da introjeção e da projeção, a fim de manter os objetos ideais e perseguidores o mais afastados possível uns dos outros, e sob controle.

Mesmo quando o ambiente é propício, as experiências gratificantes podem ser modificadas por fatores internos, como a inveja e a voracidade, que afetam as mais primitivas experiências do bebê e impedem as boas introjeções e, conseqüentemente, o crescimento do ego.

Para Melaine Klein (1955), o processo que influencia fundamentalmente as relações do objeto é o da identificação projetiva. Implica na combinação entre expelir partes do eu e de projetá-las no objeto externo, que se torna possuído e controlado pelas partes projetadas e com elas se identifica.. Desta maneira, diferentes partes do eu podem ser projetadas visando vários fins: partes más do eu podem ser projetadas com o objetivo de se livrar delas; Partes boas podem ser projetadas a fim de se manter protegidas das partes más internas, para evitar separação ou, também, para melhorar o objeto externo com o intuito de repará-lo projetivamente. A identificação projetiva constitui a base da empatia, bem como da formação dos símbolos. Através da projeção de partes para si mesmo no objeto externo e pela identificação destas partes no eu, o ego dá início ao processo de formação de símbolos.

As defesas utilizadas na posição esquizo-paranóide não têm apenas a função de proteger o ego das ansiedades imediatas e esmagadoras, mas servem, ainda, de graduais etapas no desenvolvimento. A divisão, nesta posição, é que permite ao ego sair do caos e ordenar as experiências, ou seja, o universo das impressões sensoriais e emocionais do bebê, constituindo, assim, uma pré-condição para integração posterior. A divisão é, também, a base para o que mais tarde se torna repressão.

A pré-condição para que a posição esquizo-paranóide dê lugar à próxima etapa do desenvolvimento, a posição depressiva, é a de que exista a predominância das boas experiências sobre as más. Nestas circunstâncias, os processos de divisão e introjeção diminuem e ajudam a ordenar e a separar as partes boas das más, levando o bebê a se confrontar com um objeto ideal com o qual se identifica, adquirindo assim maior força e capacidade para enfrentar ansiedade sem recorrer a defe-

sas violentas. O ego, agora menos temeroso de sua própria agressividade e da ansiedade que esta lhe desperta, possibilita a aproximação de suas partes boas e más. Os processos integrativos se tornam mais estáveis e contínuos, levando o ego a uma nova etapa do desenvolvimento: a posição depressiva.

Melaine Klein (1934) definiu a posição depressiva como o período em que o bebê reconhece e se relaciona com um objeto total. Tem início na fase oral do desenvolvimento, (Freud 1905), onde a onipotência dos mecanismos introjectivos orais leva à ansiedade de que fortes impulsos destrutivos destruam não apenas o bom objeto externo, mas também o bom objeto interno. É uma etapa crucial no desenvolvimento e sua elaboração é acompanhada de uma alteração radical na visão da realidade. O bebê se torna consciente de seus próprios impulsos e fantasias e começa a diferenciar fantasia de realidade externa. Suas experiências boas e más são reconhecidas como procedentes de uma mesma fonte que é igualmente boa e má e o objeto total é visto como tendo uma vida própria e mantendo relações com outras pessoas. Ante esta situação, o bebê reconhece sua completa dependência do objeto e passa a ter ciúme deste. Com a diminuição dos processos projetivos, a percepção dos objetos é menos deformada e a introjeção de objetos cada vez mais totais favorece a integração do ego. Graças à maturação do sistema nervoso central há uma maior organização das percepções vividas, das diferentes áreas fisiológicas, promovendo o desenvolvimento e organização da memória.

O bebê é, agora, capaz de lembrar das gratificações anteriores quando se sente privado pela mãe. Do mesmo modo, lembra das situações de privações quando a mãe o gratifica. Percebe que ama e odeia a mesma pessoa, a mãe, e se confronta com conflitos de ambivalência. É desta ambivalência que surge a ansiedade predominante da posição depressiva, ansiedade de que seus próprios impulsos destrutivos destruam o objeto que ele ama e do qual depende. O bebê, agora, pode se lembrar e reter o amor pelo objeto mesmo quando o odeia. O ego mais in-

tgrado fica exposto a sentimento de luto, anseio pelo objeto sentido como perdido e destruído e pela culpa motivada pela perda do objeto bom, devida à sua destrutividade, mas também anseia desfazer os efeitos através do amor. O reaparecimento da mãe após a sua ausência, seus cuidados, modificam gradualmente a crença do bebê, seu amor e impulsos reparadores. A reparação consiste na renúncia ao controle onipotente do objeto e na possibilidade de aceitá-lo como ele é realmente.

Os impulsos reparadores, dirigidos tanto aos objetos como ao eu (self), ocorrem devido à preocupação e à culpa em relação ao objeto e pelo desejo de restaurá-lo e dar-lhe transcendência. É o desejo de poupar o objeto que o leva ego a sublimar seus impulsos destrutivos, isto é, a renunciar a um objetivo instintual. Esta renúncia será bem sucedida à medida que o objeto renunciado puder ser bem assimilado pelo ego. As repetidas experiências de luto e reparação, perda e recuperação tornam o ego enriquecido por objetos, que teve que recriar e, por conseguinte, tornam-se parte dele mesmo, um símbolo dentro do ego. A formação simbólica resulta, portanto, de uma perda e se constitui numa atividade criativa que envolve sofrimento e trabalho de luto.

É importante assinalar que, quando ocorrem perturbações nas relações objetais, há uma concomitante perturbação na capacidade de comunicação, devido à indiferenciação entre objeto e sujeito e, também, devido ao fato de os símbolos serem sentidos de forma concreta, não estando, pois, disponíveis para fins de comunicação.

#### **1.4. Contribuições de Donald W. Winnicott**

Winnicott, médico pediatra, posteriormente psiquiatra infantil e psicanalista, desenvolveu suas idéias e elaborou suas construções teóricas embasadas em sua experiência de quatro décadas no atendimento de bebês, crianças e seus responsáveis, pacientes adultos, especialmen-

te pacientes psicóticos.

Através do tratamento de pacientes psicóticos e borderline, Winnicott se encontrou novamente de frente com os processos iniciais do desenvolvimento da criança de uma forma mais clara do que através da observação direta dos lactantes e do contato com as mães.

Embora considerasse a importância da teoria freudiana, para Winnicott esta teoria, centrada nas experiências pulsionais, não era suficiente para a compreensão do desenvolvimento do ego e de seu fortalecimento. Reconheceu, entretanto, como sendo de grande valia as contribuições de Melaine Klein sobre as fases iniciais da vida do lactante, as inter-relações entre as ansiedades primitivas, os mecanismos de defesa e impulsos agressivos e destrutivos.

Para Winnicott (1957), no início do desenvolvimento emocional do lactante há necessidade de se levar em conta três aspectos: a hereditariedade, o ambiente e o bebê. As tendências herdadas, que denominou "Processo de Maturação", contêm mais que impulsos biológicos. Para o processo de maturação se efetivar, há necessidade de um ambiente facilitador que vai permitir e facilitar gradativamente o desenvolvimento emocional à medida que ocorre integração do crescimento e acúmulo de experiência. O ambiente facilitador tem, como característica, a adaptação às necessidades cambiantes provindas dos processos de maturação.

A adaptação aos processos de maturação do bebê, no início de seu desenvolvimento, é complexo e exige muito dos pais. A mãe tem que se adaptar ativamente às necessidades do bebê e identificar-se com ele de modo a sentir e satisfazer as necessidades do lactante como um processo natural, devendo ser estas experiências baseadas mais na empatia do que na compreensão. Para desempenhar estas tarefas, a mãe necessita do apoio do pai e do ambiente social próximo.

À medida que o bebê tem uma mãe suficientemente boa poderá



iniciar o processo de desenvolvimento caracterizado pelo impulso à integração e para o desenvolvimento do self <sup>3</sup>.

Para Winnicott, divide-se, em três partes, o desenvolvimento infantil: 1) Dependência Absoluta; 2) Dependência Relativa; 3) Rumo à independência.

### **(1) Dependência Absoluta**

Inicialmente, o lactante é dependente da provisão física e emocional proporcionada pela mãe. Embora sua vida esteja vinculada aos cuidados que recebe, existe uma indiferenciação entre o "eu" e o "não eu" e o lactante não tem consciência do meio e da sua dependência.

Neste estágio de dependência absoluta, o lactante não tem controle e nem se sente responsável pelo que de bom ou de mal ocorre no ambiente, nem de forma inconsciente. Ele apenas se beneficia dos cuidados recebidos e vai se desenvolvendo, segundo seu potencial herdado, ou então, vai sofrendo as perturbações provocadas pela falta de consistência dos cuidados maternos.

Os fatos vividos não são considerados como experiências para o indivíduo e as distorções que ocorrem nesta área pré-verbal não serão acessíveis nem às interpretações analíticas.

O ambiente perfeito no início da vida é fundamental para capacitar o bebê a desenvolver-se emocional e mentalmente de forma a predispor-se à saúde mental, ao longo da vida. Em tais casos, se posteriormente, o ambiente for desfavoravelmente, este não terá a mesma importância. Construirá, apenas, um fator adverso adicional na etiologia geral da perturbação mental (Winnicott, 1948).

---

<sup>3</sup> Para Winnicott "self" não é ego : é a pessoa que eu sou que é somente eu, que possui uma totalidade baseada na operação do processo maturativo (1970)

Neste período de dependência absoluta, o ego do lactante passa por diferentes estágios interdependentes às vezes sobrepostos e em direção a um maior grau de maturação. São estes:

- Integração
- Personalização
- Início das relações objetais

### **Integração**

A tendência à integração faz parte do potencial herdado, que vai se manifestar à medida que certas condições ambientais estejam presentes, como a capacidade de "holding"<sup>4</sup> adequado da mãe, que possibilite que as atividades motoras e sensoriais do bebê comecem a associar-se. Assim, estas atividades, juntamente com rudimentos de elaboração imaginária sobre o funcionamento do corpo, possibilitam o aparecimento de momentos de integração, nos quais o bebê é uma unidade, mas ainda muito dependente.

A integração vai se estabelecendo, gradualmente. O bebê vai se apercebendo que ele é o mesmo indivíduo que chora, esperneia e dorme e que as diversas figuras das mães que construiu em sua mente, através de cada uma das experiências emocionais, constituem uma só mãe. Embora do ponto de vista do bebê não exista nada mais além dele, neste período, principalmente nos momentos calmos, há uma relação de ego entre mãe e lactante que favorece a identificação do bebê com sua mãe. A mãe é parte do self do bebê e, para ele, não existe ob-

---

<sup>4</sup> Para Winnicott "holding" representa a continuação, após o nascimento, de toda provisão característica do estado pré-natal que mãe, até então, proporcionava ao bebê em seu útero (1966).

jeto externo. Momentos de não integração, sem ameaça da continuidade pessoal vão ocorrer à medida que a mãe oferece apoio egóico confiável.

As falhas no cuidado materno levam à desintegração, que constitui uma defesa contra o estado de não integração e, conseqüentemente, ao aparecimento de uma ansiedade intolerável devido à falta de segurança no estágio da dependência absoluta. *Embora a desintegração seja o caos para o lactante, ela se encontra no campo da onipotência do bebê e, sendo produto do próprio lactante e por isso analisável através da psicanálise, enquanto que as "ansiedades inimagináveis" não o são* (Winnicott, 1962).

A desintegração faz parte dos mecanismos primitivos de defesa subjacentes à sintomatologia das personalidades esquizofrênicas ou limitófes e em personalidades com elementos esquizóides, onde o "splitting" representa a desintegração em menor grau.

### **Personalização ou Inserção da Psique no Soma**

Com o aparecimento dos períodos de integração do ego, os aspectos da psique<sup>5</sup> e do soma iniciam, gradualmente, um processo de inter-relação tendo, como ponto de apoio, as experiências motoras e sensoriais do bebê. Sendo assim, o lactante desenvolve um sentimento de que está dentro do próprio corpo<sup>6</sup>, chegando, desta maneira, à existência psicossomática. Ainda que demore muito tempo para se tornar permanentemente estabelecido, é um processo que se inicia precocemente, é ao redor de um ano que o bebê vive firmemente seu corpo. Isto pode ser observado através do tônus muscular satisfatório e pela coordenação motora do lactante. Há momentos, entretanto, que o lac-

---

5 Para Winnicott: PSIQUE - elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas, apesar de centrada no funcionamento corporal, não se encontra no início do desenvolvimento emocional firmemente ligada a ele e a sua vida (1958).

6 Definição de Personalização de Winnicott (1958)

tante pode perder o contato com o próprio corpo e revelar dificuldades, às vezes, para retomar rapidamente esta ligação, como por exemplo quando o bebê acorda de um sono profundo.

À medida que o bebê habita seu próprio corpo e aprecia suas funções, um desenvolvimento adicional pode ocorrer: o bebê passa a ter uma membrana limitante e, deste modo, tem um exterior e interior, uma realidade interna e um esquema corporal <sup>7</sup>. Para Winnicott, as elaborações imaginativas que têm como base o funcionamento corporal, são responsáveis pelo enriquecimento da realidade psíquica do lactante. Dentro desta perspectiva, Winnicott (1963) argumenta que o que está dentro é parte do self, mas não lhe é inerente e pode ser projetado. O que está fora não é parte do self, mas também não lhe é inerente e pode ser introduzido. O corpo se torna, então, o lugar de residência do self.

O estabelecimento da inserção psicossomática só é possível através de uma provisão ambiental satisfatória que é definida como a capacidade da mãe de proporcionar um manejo (handling) <sup>8</sup> adequado do lactante, uma vez que ela é capaz de manejar o bebê e o corpo desse bebê como se os dois formassem uma unidade.

Um manejo adaptativo deficiente, não corrigido durante os estágios mais precoces do desenvolvimento, provoca "angústias inimagináveis" devido a fracassos na união entre a psiquê e o corpo, dificultando ao lactante localizar o self no seu próprio corpo, levando-o à despersonalização (Winnicott, 1962).

---

7 Para Winnicott esquema corporal é definido como aquele que fornece uma exposição valiosa do diagrama que o indivíduo tem de si mesmo.

8 Handling: Constitui um dos aspectos do holding e corresponde à função materna de manejo do corpo do bebê. Os cuidados que a mãe dispensa ao corpo do bebê e às suas funções (1960).

## Início das Relações Objetais

Após o nascimento do bebê, a mãe funciona como um ego auxiliar, fornecendo uma provisão, ambientando suficientemente de modo a criar um estado de isolamento no qual o lactante tem conhecimento apenas de si mesmo. É através de associações sensório-motoras (gestos espontâneos) que o lactante vai descobrindo o mundo que o circunda, tendo a ilusão de que o que foi encontrado é algo criado por ele, permitindo-lhe uma experiência de onipotência. Deste modo, através de uma boa maternagem, a mãe oferece um holding físico e psicológico adequado que alimenta a experiência de onipotência do lactante, fazendo-o acreditar que está criando e controlando o mundo.

A mãe sente o que o bebê necessita e age em função disto, criando-lhe as condições necessárias para seu desenvolvimento emocional. Ela se adapta às necessidades do bebê à medida que se identifica com ele. Assim, o ego fraco do bebê ganha força através da complementação, pela mãe, das experiências de onipotência, dando início ao verdadeiro self.

É através da situação de amamentação que o bebê estabelece a primeira relação de objeto. Inicialmente, o bebê vive o seio como fazendo parte dele do mesmo modo que a mãe sente o bebê como parte dela, havendo, portanto, um intercâmbio entre mãe e bebê. Esta rotina, juntamente com os detalhes reais da sensação, cheiro e visão, enriquece a experiência do bebê e lhe propicia a ilusão de que o seio não é apenas parte sua, mas está sob o seu controle mágico. A experiência da ilusão permite a introjeção do seio bom. O objeto bom vai ser, repetidas vezes, criado pelo bebê em função de sua necessidade e de sua capacidade de amar. Desenvolve, assim, um fenômeno subjetivo, o seio da mãe.

O bebê começa a perceber, gradualmente, a realidade externa e a ter consciência de que o seio bom é uma projeção sua e faz parte do mundo externo, portanto, separado do self. *Aos poucos, o bebê vai atingin-*

*do o princípio de realidade e mantendo áreas nas quais se relaciona com objetos percebidos objetivamente, objetos "não eu" e áreas onde o relacionamento se dá com objetos percebidos subjetivamente (Winnicott, 1962).*

Frente a uma boa maternagem e conseqüentes introjeções de bons objetos, o bebê passa a desenvolver numerosos processos mentais, à medida que vai incorporando o sentido de realidade e se torna apto para lidar com as situações de separação do objeto, levando-o a iniciar o caminho à dependência relativa e à independência.

A adaptação ativa às necessidades do bebê deve diminuir gradativamente de acordo com a crescente capacitação do bebê em avaliar o fracasso da mãe e em tolerar as situações de frustrações. Para Winnicott (1951), o bebê dispõe dos seguintes meios para lidar com os fracassos maternos:

1. A experiência, quase sempre repetida, de que há um limite temporal para a frustração. A princípio, naturalmente, esse limite deve ser curto.
2. Crescente sentido de processo.
3. Os primórdios da atividade mental.
4. Emprego de satisfações auto-eróticas.
5. Recordar, reviver, fantasiar, sonhar; o integrar de passado, presente e futuro.

Dentro destas circunstâncias, o bebê pode se beneficiar com as experiências de frustrações à medida que a adaptação incompleta das necessidades torna reais os objetos amados e odiados.

Entre os diferentes processos mentais que surgem ao final da fase de estar fundido ao objeto, ressaltam-se os objetos e os fenômenos transicionais.

Além das áreas correspondentes à realidade psíquica pessoal e o mundo da realidade compartilhada, existe, de acordo com Winnicott, uma Terceira Área que é preenchida criativamente com os produtos da imaginação do bebê, como por exemplo, o brincar e a capacidade de utilizar símbolos. Este espaço depende das experiências vividas, não estando relacionadas a tendências herdadas. Assim sendo, sua extensão é resultante da soma das experiências concretas, não estando relacionadas às experiências instintivas, mas às experiências do ego. Desde os estágios mais primitivos, estas experiências vão se acumulando e conduzem o bebê a um sentimento de confiança, sentimento este indispensável à atividade criativa.

## **(2) Dependência Relativa**

Este estágio vem a ser o de adaptação a falhas graduais dessa mesma adaptação, isto é, faz parte do repertório materno desfazer, gradualmente, as adaptações, de acordo com o desenvolvimento revelado pelo lactante. Inicialmente, de forma simples como do arco reflexo, surge uma compreensão intelectual que capacita o lactante a experimentar, de outras maneiras, que não de irritação às falhas maternas, como por exemplo: demorar na apresentação do alimento.

Agora o lactante percebe seu estado de dependência e se dá conta da necessidade do cuidado materno, podendo, progressivamente, relacioná-los a impulsos pessoais. Conseqüentemente, o bebê adquire a capacidade de deixar claro o quanto de atenção necessita, passando a transmitir sinais.

O lactante é capaz de se identificar com a mãe e de se colocar no lugar dela. Disso surge o desenvolvimento global da compreensão da mãe como tendo uma existência pessoal e separada. Estes mecanismos mentais possibilitam à criança começar a permitir que os acontecimentos ocorram fora de seu controle onipotente. A capacidade do lactante de fazer identificações complexas vai depender do estágio das

tendências à integração em que se encontra. Há a fase em que o lactante é uma unidade, uma pessoa vivendo dentro de um corpo mais ou menos limitado por pele. Há um exterior que significa "não Eu" e um interior o "Eu" e, assim, um lugar para armazenar experiências.

O crescimento do lactante toma a forma de intercâmbio contínuo entre a realidade interna e externa, cada uma sendo enriquecida pela outra. A criança assume controle sobre acontecimentos externos assim como sobre o funcionamento interior de seu próprio self.

### **(3)Rumo à Independência**

O lactante vai, progressivamente, desenvolver meios para ir vivendo sem os cuidados reais de sua mãe e dos cuidados que está acostumado a ter, mesmo em sua ausência. Isto ocorre graças ao acúmulo de recordações dos cuidados, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado materno. Gradualmente, os progressos do bebê o direcionam à independência e autonomia, tornando-o viável física e emocionalmente.

Segundo Winnicott (1966), a independência nunca é absoluta, pois o indivíduo normal nunca se torna isolado, mas relacionado ao ambiente. Cada vez de forma mais abrangente, a criança se identifica com a sociedade e com a vida social, pois a sociedade a que pertence é um exemplo de seu mundo pessoal e exemplo de fenômenos verdadeiramente externos. A criança, agora, tem uma vida pessoal que é satisfatória, embora se envolva com as coisas da sociedade.

O estágio Rumo à Independência assinala os esforços da criança pré-escolar e da criança na puberdade, embora se deva esperar que os adultos continuem o processo de crescer e amadurecer.



### 1.4.1. O Conceito de Self Verdadeiro e Falso Self

Para Winnicott (1960), a conceituação de self verdadeiro e falso self apenas tem sentido se centrado no relacionamento mãe-lactante, na consideração do comportamento da mãe, de suas atividades, uma vez que, no estágio inicial do desenvolvimento, a dependência do bebê é real e absoluta. Assim a mãe, ao fornecer um holding físico e psicológico e um manejo adequado ao corpo do bebê, alimenta a experiência de onipotência do lactante, fazendo-o acreditar que está criando e controlando o mundo. Deste modo, o ego frágil do bebê, fortalecido pela complementação da experiência de onipotência dada pela mãe, dá início ao verdadeiro self.

O self verdadeiro surge no momento em que se instala a mais primitiva organização mental, isto é, algo mais que a somatória do viver sensório-motor. Origina-se dos elementos sensórios motores e das funções corporais e está intimamente associado ao processo primário. Para que o self verdadeiro se torne uma realidade viva, é essencial que resulte do êxito da mãe em responder ao gesto espontâneo e às necessidades do lactante sem colidir com sua onipotência. Caso contrário, ocorreriam sérias interrupções na sua continuidade de ser através das invasões ambientais as quais forçariam o bebê a substituir seu gesto espontâneo pela submissão.

À medida que o bebê começa a se relacionar com a realidade e com gradual renúncia da onipotência, se torna capaz de reagir a estímulos sem traumatismo porque o estímulo tem uma contrapartida na realidade interna, psíquica do indivíduo (Winnicott, 1960). Todos os estímulos passam a ser encarados pelo lactante como projeções suas. Nestas circunstâncias, ele está capacitado a manter o sentimento de onipotência, mesmo quando está reagindo a fatores ambientais reconhecidos como verdadeiramente externos ao lactante.

No momento em que o lactante começa a acreditar na realidade

externa e passa a renunciar à onipotência, reconhecendo o elemento ilusório, inicia-se o processo de simbolização. *Entre o lactante e o objeto existe alguma atividade ou sensação, que poderá se tornar a base da formação de símbolos, à medida que una o lactante ao objeto.* Entretanto, quando a adaptação da mãe a alucinações e impulsos espontâneos do lactante é deficiente "...a capacidade de se usar símbolos não se inicia ou se torna fragmentada, com um recuo, por parte do lactante, dos ganhos já atingidos" (Winnicott, 1971).

À medida que o self verdadeiro se fortalece com o sentimento de ser real, fica capacitado a tolerar dois tipos de fenômenos, de acordo com Winnicott:

- 1) Soluções de continuidade na vivência do self verdadeiro.
- 2) Experiências do falso self, ou reativo, relacionadas com o ambiente na base da submissão.

A mãe que não é suficientemente boa é incapaz de alimentar a onipotência do lactante e, conseqüentemente, falha em satisfazer o gesto espontâneo do bebê, substituindo-o por seu próprio gesto. Esta inabilidade da mãe em sentir as necessidades do lactante leva-o a submissão. Esta é a base do falso self. Este falso self submisso reage às exigências do meio e, através dele, o lactante constrói um conjunto de relacionamentos falsos tendo por base a imitação, a identificação e a introjeção, podendo até atingir a aparência de ser real, não apresentando, entretanto, espontaneidade e criatividade. Frente a esta situação, observa-se um "protesto contra ser forçado a uma falsa existência" manifestado através do seguinte quadro clínico: irritabilidade generalizada, e distúrbios da alimentação e outras funções que podem, contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágios posteriores (Winnicott, 1960). Do ponto de vista da relação

de objeto, verificam-se falhas parciais ou quase totais na capacidade de formar símbolos e, conseqüentemente, interrupções dos processos de crescimento.

À medida que as instruções ambientais ultrapassam os limites sustentáveis, o núcleo do self tem que ser protegido. Junto ao verdadeiro self desenvolve-se um falso self como defesa de aceitação à intrusão. De acordo com Winnicott (1960), pode-se notar, em alguns casos, um alto grau de splitting entre o self verdadeiro e o falso self, onde o self complacente é considerado real e o self verdadeiro fica escondido. Observa-se nestes indivíduos, pouca capacidade de usar símbolos e uma pobreza de vida cultural. O grau mais profundo de splitting entre o verdadeiro e falso self se manifesta na esquizofrenia, que constitui uma organização defensiva sofisticada com o objetivo de evitar que as ansiedades provenientes das insuficientes provisões do ambiente sejam novamente experimentadas. Um outro tipo de organização do falso self pode ser observado em indivíduos com grande potencial intelectual, quando a mente pode se tornar o lugar do falso self, levando a uma dissociação entre a atividade intelectual e a "existência psicossomática" (Winnicott, 1960).

Para Winnicott, a existência psicossomática corresponde ao "sentimento de estar dentro do próprio corpo".

É através das experiências pulsionais e das repetidas experiências de cuidados corporais oferecidos pela mãe que, gradualmente, se constrói a inserção psicossomática. Os aspectos da psique e do *soma* vão se envolvendo num processo de interação mútua, até o momento em que o corpo é percebido com limites externos e sentido pelo indivíduo como sendo o cerne do self imaginário. O estabelecimento da inserção psicossomática vai depender de um meio ambiente perfeito, isto é, que se adapte ativamente às necessidades do bebê, as quais correspondem às satisfações pulsionais, às satisfações do ego, incluindo as falhas maternas. O ambiente vai facilitar a tendência inata do bebê em habitar o corpo e avaliar suas funções. Conseqüentemente, vai permitir

ao bebê aceitar a limitação que a pele representa e que separa o "eu" do "não eu". Para Winnicott (1949e), a mente é função do *psique-soma* e seu desenvolvimento é influenciado pela qualidade dos fatores ambientais, dos cuidados dispensados ao bebê. A *psique* é definida como elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas, isto é, da vivência física. Entretanto, a base para a existência da atividade mental e da *psique* depende do funcionamento intacto do cérebro. É através da atividade mental que o bebê vai compensar as falhas da mãe suficientemente boa, transformando assim o relativo fracasso da adaptação materna em sucesso adaptativo.

Paralelamente ao início da atividade mental, várias funções organizadoras vão-se desenvolvendo como: o intelecto, que vai organizando as experiências do bebê; o pensamento; a atividade de catalogar eventos; de classificar, etc. São estas novas aquisições que vão preservar a onipotência do bebê, impedindo, assim, que ele passe por profundo sofrimento antes de estar preparado para enfrentá-los. São as experiências de onipotência que permitem ao bebê incluir os objetos "não eu" e os fenômenos "não eu" dentro de seu esquema corporal e, deste modo, evitar ficar preso nas malhas narcísicas. Para Winnicott (1949), um dos objetivos da doença Psicossomática é atrair a *psique* para longe da mente, de volta à associação íntima original com o *soma*". Enfatiza também que no tratamento destas enfermidades tem que se observar o valor positivo da perturbação somática e o seu trabalho de neutralizar a "sedução" que a mente exerce sobre o *psiquê*.

Há, contudo, no viver normal, aspectos submissos do self verdadeiro que se manifestam através da habilidade do lactante de submeter-se sem se expor. Este, equivalente ao self verdadeiro, corresponde ao que se pode desenvolver na criança no sentido de boas maneiras sociais, tratando-se, portanto, de algo adaptável e conciliador.

## 1.5. Contribuições de Heinz Kohut

Para os psicologistas do self, a criança nasce com uma organização e capacidade inerentes para usar e usufruir de seu próprio equipamento autônomo, não tendo, entretanto, o recém-nascido consciência de si próprio, não sendo capaz de sentir-se, nem mesmo de modo vago, com uma unidade no espaço e no tempo. Deste modo, o self nascente espera que um empático self-objeto esteja em harmonia com suas necessidades, estando assim, desde o início, fusionado com um meio ambiente que o considera possuidor de um "self"<sup>9</sup>. Assim, mãe-bebê, o par simbiótico, funciona como "Self-objetos"<sup>10</sup> reguladores um para outro. No momento em que a mãe vê seu bebê pela primeira vez e estabelece contato com ele, por meios olfativos e proprioceptivos (alimenta, carrega, banha) tem início um processo de estruturação do "Self-Virtual"<sup>11</sup>.

Nesta primeira unidade da mãe-bebê, muitos dos comportamentos da mãe têm efeito calmante sobre a criança, por satisfazerem às necessidades e facilitarem a regulação de tensão.

Quando o equilíbrio do bebê é perturbado, as tensões são, em circunstâncias normais, empaticamente percebidas e respondidas pelo self-objeto. O self-objeto dotado de uma organização psíquica madura, que pode avaliar realisticamente as necessidades da criança, assim como o que deve ser feito, irá incluir a criança em sua própria organização psíquica e reparar, através de ações, o equilíbrio homeostático.

---

9 Para Kohut, *self* significa conteúdo do aparelho mental; instância supra determinada do aparelho psíquico; centro do universo psicológico do indivíduo e fora dos referenciais teóricos da metapsicologia freudiana (1981).

10 Para Kohut, *self-objetos* significa objetos experimentados como parte do self (1981)

11 Para Kohut, *self-virtual* é o self do recém-nascido, e corresponde, de modo inverso, àquele ponto geométrico no infinito em que duas linhas paralelas se encontram (1981).

Desta maneira, a ansiedade da criança, suas necessidades pulsionais, ocasionarão ressonância empática dentro do self-objeto materno, criando condições para a criança experimentar, de modo condizente com a fase em que ela se encontra, uma fusão com o self onipotente. É a experiência dessa seqüência de eventos psíquicos que estabelece a linha de base, a partir da qual falhas ótimas (não traumáticas, adequadas à fase) do self objeto conduzem, em circunstâncias normais, à construção da estrutura psíquica e as representações internas da unidade "self-self-objeto" por meio da "internalização transmutante". As funções reguladoras que eram executadas inicialmente pela mãe, são executadas, então, pela própria estrutura da criança.

Nos casos em que a mãe não tem suficiente empatia e falha ao responder ao bebê com um self-virtual, há uma interferência no desenvolvimento psíquico normal e o defeito psíquico resultante produzirá, distúrbios reguladores na criança e, mais tarde, no adulto. Assim, o estabelecimento de fixações das pulsões e das atividades correlatas do ego ocorre em consequência da debilidade do self. Do self que não obteve respostas e, conseqüentemente, não foi capaz de transformar suas potencialidades e seus desejos arcaicos de fundir-se com um self-objeto numa auto-estima segura e em ideais atingíveis. Para o psicologista do self, os fracassos no desenvolvimento ocorrem como resultado de falhas empáticas do self-objeto, ou seja, desemparelhamento entre mãe-bebê, e não por sérias privações reais (frustrações de pulsões). Falhas nas experiências com self-objetos da infância provocam déficits ou distorções psicológicas que permanecerão como um fardo a ser carregado por toda a vida.

As diferentes correntes psicanalíticas expostas acima sugerem que a relação mãe-bebê constitui um sistema interacional que organiza e regula o comportamento e interfere na fisiologia da criança desde o nascimento. Este sistema regulador inicia a organização mental a partir das experiências corporais da criança (nível biológico-neuro-fisiológico), que vão, gradualmente, estabelecendo uma diferenciação intra-psí-

quica mãe-bebê (nível psicológico), levando a criança a tomar consciência de ser separada da mãe, e a desenvolver a capacidade de formar símbolos, de pensar, e, posteriormente, usar a linguagem. Este processo requer não apenas a presença de uma mãe externa fisicamente e emocionalmente disponível, mas também episódios seriados de frustração, que chamem a atenção para a separação do self a partir do objeto. E assim, através das situações gratificantes e de perdas, a criança vai adquirindo a capacidade de simbolizar e, deste modo, os objetos internos cedem lugar às representações objetais.

Baseada numa "boa maternagem", a separação-individualização bem sucedida resulta num firme senso de identidade e na capacidade de desenvolver íntimas relações objetais não simbólicas, permitindo haver, também, um funcionamento autônomo adequado, mesmo na ausência de outras pessoas.

Ao lado destas considerações teóricas, já consagradas psicanaliticamente, observa-se um número de significativos trabalhos empíricos e experimentais que, fundamentalmente, se dispõem a conceituar a relação mãe-filho como um sistema interacional que organiza e regula o comportamento e a fisiologia da criança, desde o nascimento. Este sistema regulador inicia a organização mental, a partir de um nível biológico-neuro-fisiológico modificando-se, gradualmente, para um nível psicológico, à medida que a criança vai se tornando consciente de ser separada da mãe e que a mente infantil desenvolve a capacidade de formar símbolos, de pensar e de usar a linguagem (Sander, 1980; Taylor, 1980; Hofer, 1983). Hofer (1983), por exemplo, oferece um modelo psicobiológico de relação mente-corpo-ambiente, na qual a perda da mãe não apenas provoca reações psíquicas, como também um impacto direto sobre o corpo, devido à supressão de um controle biológico prévio oferecido pela mãe. Assim, modificações do desenvolvimento fisiológico da criança, pelas integrações mãe-bebê, podem favorecer suscetibilidades posteriores a doenças físicas através de alterações dos sistemas, de órgãos responsáveis, posteriormente, por doenças, na vida.

McDougall (1987) argumenta que a mãe deve seduzir seu bebê, desde cedo, a querer viver, ainda quando a pulsão sexual e a pulsão de vida coincidem, e começam a constituir-se psiquicamente, assim como as primeiras representações de corpo erógeno. A mãe deve investir de tal modo o corpo do bebê e em suas funções somáticas de maneira que a criança possa investi-las libidinalmente também, para que não ocorram bloqueios da sexualidade arcaica, ou seja, pré-sexual, de forma a não distinguir ou distinguir pouco seu corpo do corpo do outro, o que pode levar a uma vulnerabilidade psicossomática. Nestes casos, se observa uma exclusão da alteridade física e psíquica, "uma parte clivada do psiquismo funciona sobre a fantasia de in divisão dos corpos".

Na tentativa de compreender o significado econômico e dinâmico das eclosões psicossomáticas, McDougall (1987) formulou o problema do seguinte modo: *"a fantasia fundamental proclama que o amor leva à morte e que somente a indiferença a qualquer libidinização assegura a sobrevivência psíquica, o sujeito procurando, através desta sufocação dos afetos, proteger sua sobrevivência psíquica, aumenta de maneira impressionante a sua vulnerabilidade psicossomática. A morte interna que impregna a realidade psíquica admite, entre outros riscos, o de produzir o desgaste das barreiras imunológicas, assim como uma somatização regressiva daquilo que foi sentido como efetivo"*.

\*



# **CAPÍTULO III**

## ASPECTOS RELEVANTES PARA CONSTITUIÇÃO DO PSICOSSOMÁTICO

A ocorrência do fato psicossomático envolve tanto a vida psíquica quanto a vida somática. Embora sustentadas por leis que lhe são próprias, ambas se encontram unidas por um funcionamento interdependente e indissociável, dificultando, em certas situações, o reconhecimento de primazia de uma sobre a outra.

Todavia, é incontestável a idéia de que os processos psíquicos se originam e desenvolvem a partir dos processos biológicos (Freud, 1923; McDougall, 1991; Tustin, 1984, entre outros). Para Freud (1923), o ego é "...acima de tudo um ego corporal...", uma vez que deriva das sensações corporais, principalmente daquelas que se originam na superfície do corpo, o que permite dizer que não há psiquismo se não houver corpo. Paradoxalmente, é inevitável a inexistência do corpo para o ego do indivíduo, na impossibilidade de este corpo se fazer representar psiquicamente, concluindo-se, portanto, que a integridade do ser humano se apóia na unidade corpo-psiquê e na convicção de que o corpo e o eu formam uma entidade indissolúvel, permitindo, assim, a certeza de que se vive no interior de um corpo.

Há um corpo anatômico, constituído por um esqueleto revestido de músculo e contendo, no seu interior, órgãos, o corpo matéria, visível e registro das emoções, alegrias e sofrimentos somáticos. Há, também, "o corpo latente" (Aulagnier, 1991), "a imagem corporal" (Schilder, 1950) que se constrói a partir do primeiro e que corresponde à sua outra face, isto é, representação na mente, do corpo, dos órgãos, de seu funcionamento, bem como à representação, dos impulsos, e desejos que constituem o psiquismo.

Existe, portanto, um ponto de vinculação entre o corpo e o psi-

quismo e este se encontra ancorado no "instinto", nos "afetos" e nas "fantasias". O instinto é uma força impulsiva constante e indeterminada, emanada da parte biológica e que se caracteriza como um processo psicossomático pois, para atingir seus objetivos, necessita de fantasias inconscientes, ou seja, os correlatos psíquicos dos instintos e das atividades orgânicas (Freud, 1915b; Klein, 1952). As vivências instintivas são experiências como fantasias inconscientes. Essas fantasias primitivas originais, derivadas diretamente dos instintos, se encontram na fronteira entre a atividade somática e a psíquica e são vivenciadas como fenômenos somáticos e psíquicos, através das experiências de prazer e/ou dor que acompanham as diversas interações meio interno-meio externo.

As fantasias inconscientes representam, em certos momentos, o conteúdo particular dos impulsos e afetos que estão dominando a mente.

A fantasia é a base representacional. Ela vincula as primeiras interações, os componentes somáticos com tudo o que for vivido posteriormente, através da existência do ser humano.

O afeto está presente desde o início da vida nas primeiras marcas sensoriais, podendo ser mobilizado sempre que estas antigas marcas sejam reativadas. Ele é a tradução subjetiva da quantidade de energia pulsional, estando vinculado à expressão do impulso e constituindo-se, pois, de um aspecto subjetivo, a emoção, dor e/ou prazer, e do aspecto energético. A emoção é a parte visível do afeto e corresponde às manifestações subjetivas de investidura e desenvoltura energética, não havendo, assim, possibilidade de vida sem inscrição corporal das marcas de prazer e sofrimento. São elas que estruturam o espaço psíquico dos afetos e das representações.

## 1- Corpo e a Imagem Corporal

A imagem do corpo humano corresponde à figuração do nosso corpo em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós (Schilder, 1950). Logo, a experiência de uma imagem do corpo vai se estruturando através do desenvolvimento psicosssexual do indivíduo, tendo as zonas erógenas, segundo o modelo freudiano, um papel fundamental nesta estruturação.

A experiência de unidade do corpo se constrói através do campo senso-perceptivo e de uma representação mental acompanhada de uma percepção corporal, isto é, uma aprecepção carregada de significados emocionais e com uma relação com os acontecimentos vividos anteriormente. Assim, a topografia do modelo postural do corpo será a base das atitudes emocionais com o próprio corpo, estando também interligada ao modelo postural de outros corpos, o que permite contínuas diferenciações.

Para Schilder (1950), o indivíduo tem uma apreciação completa da própria imagem corporal apenas quando tiver atingido inteiramente a sexualidade genital.

Diferentemente da posição de Schilder (1950), diversos autores psicanalíticos argumentam que a estruturação mental do corpo se constrói muito precocemente no psiquismo do bebê, através da relação mãe-bebê, graças à capacidade de representar e simbolizar (Winnicott, 1971; Klein, 1932; Mahler, 1968; Tustin, 1975; Dougall, 1991).

Após o nascimento, a atividade psíquica e corporal do lactante é vivenciada com a certeza de que tudo o que acontece ao seu redor, o que toca seu corpo, o que modifica sua vida, é o testemunho do poder que ele atribui ao seu desejo: "narcisismo primário", Freud (1914); "autismo normal", Mahler (1968), "Período Integrativo", Winnicott (1963). Neste período, a realidade se define através de seu engendramento na atividade sensorial, coincidindo totalmente com seus efeitos

sobre o corpo e com as reações e modificações que ocorrem nele. Desde o início, a psiquê sofre as consequências das interações corpo-realidade externa.

Para Winnicott (1963), a diferenciação entre o psíquico e o somático se inicia, lentamente, frente a uma relação mãe-bebê suficientemente boa e através de diferentes processos psíquicos como incorporação, introjeção e identificação. E vai se construindo, progressivamente, no psiquismo do lactante, a representação do próprio corpo e a primeira representação do mundo externo, ou seja, o corpo da mãe.

Assim, a realidade externa mais antiga do bebê é constituída pelo inconsciente de sua mãe e é este que determinará a qualidade de sua presença e de seu relacionamento com o lactante. Quando, por razões inconscientes, a mãe não consegue aliviar o sofrimento físico ou psíquico do lactante e protegê-lo da super estimulação, poderá impedi-lo de distinguir a representação de si mesmo da representação do outro, permanecendo, deste modo, confusa a diferenciação entre o corpo materno e o próprio corpo, assim como o investimento das zonas erógenas.

Este fracasso no processo de desenvolvimento individual vai comprometer, inevitavelmente, a capacidade do bebê de integrar e reconhecer como possessões suas, não apenas seu corpo, suas zonas erógenas, mas também sua mente, isto é, seus pensamentos e sentimentos. A forma atípica de perceber o próprio corpo vai perturbar a organização habitual das sucessivas representações do espaço e do tempo, as quais serão responsáveis, em parte, pelo curto-circuito que se produzirá ao nível de certos setores do pré-consciente, reduzindo ou tornando impossível a organização do Ego Clássico. Estas mães correm o risco de conduzir seus filhos a uma psicose ou psicossomatose (McDougall, 1991).

McDougall (1990) postula a existência de uma fantasia universal, na qual o corpo materno deve prover, segundo o modelo da vida

intra-uterina, as necessidades dos dois seres. No recém-nascido, este protótipo biológico vai reger seu funcionamento somatopsíquico e induzi-lo sempre que se sentir ameaçada a ilusão de indiferenciação entre seu próprio corpo e o corpo da mãe, mobilizando-a a responder instintivamente a suas demandas através do contato corporal e do ritmo de seu corpo. Gradualmente, entretanto, vai estabelecendo-se uma progressiva diferenciação entre seu próprio corpo e o seio da mãe.

Dessa forma, a construção da psiquê, conseqüentemente de seu *soma*, vai ser acompanhada da dupla busca infantil: recriar a ilusão de unidade corporal e mental com a mãe (seio), principalmente nos momentos de dor física e psíquica e, por outro lado, lutar para diferenciar-se da mãe. A mãe que permite esta demanda infantil vai permitir que o bebê construa, através de processos psíquicos (incorporação, introjeção, identificação), a imagem de uma mãe nutridora e capaz de conter suas tempestades afetivas, apoiando, ao mesmo tempo, seu desejo de autonomia corporal e psíquica. A identificação da criança com esta imago é essencial para sua estruturação psíquica e vai-lhe permitir assumir as funções maternas... A partir daí, ela conserva o duplo desejo de ser ela própria e de ser o outro, assim como a dupla ilusão de estar munida de uma identidade separada, inabalada, mantendo, ao mesmo tempo, um acesso virtual à unidade originária inefável (Dougall, 1991).

Esse duplo desejo, segundo Dougall, vai persistir profundamente na psiquê humana.

Concluimos, pois, que reconhecer e apropriar-se do próprio corpo é uma longa experiência de separação que somente pode existir se houver uma relação satisfatória e um bom contato mãe-bebê. Esta separação não se trata de uma ruptura definitiva com um vínculo. Ela pode ser restaurada e mantida à medida que for substituída simbolicamente por outro tipo de vínculo: amor, gratidão, etc.

## 2- Representação Mental

A expressão Representação, do ponto de vista da Psicologia, designa aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento, em especial a reprodução de uma percepção anterior (Laplanche, 1970).

Para a Psicanálise, o termo representação, surge nos primeiros modelos de psiconeuroses. Embora Freud tenha feito um uso muito original desta palavra, não modificou sua aceção inicial. Quando se dispôs a explicar as psiconeuroses, centrou-se na distinção entre: representação e o quantum de afeto. Na histeria, por exemplo: o quantum de afeto é convertido em energia somática enquanto que a representação é recalçada e simbolizada por uma atividade corporal ou uma zona do corpo. Deste modo, a separação entre o afeto e a representação está na origem de recalçamento: a representação é recalçada e o afeto é reprimido. A representação é nitidamente diferente do traço mnésico, que é apenas a inscrição de um acontecimento na memória, mas somente reativada quando investida pela representação.

A representação é uma evocação de percepções inscritas que deixando, de diferentes modos traços mnésicos, assumem diversos valores de objetos de referência mental individual. A inscrição das percepções bem como sua evocação sob a forma de representação são acompanhadas de afetos que podem ser agradáveis ou desagradáveis.

O pré-consciente, parte dinâmica e operacional do aparelho mental, se organiza durante o desenvolvimento como o sistema de ligação entre as representações mentais. O pré-consciente está ligado ao inconsciente mas difere deste à medida que seus conteúdos têm acesso à consciência. O sistema pré-consciente é regido pelo processo secundário e está separado do inconsciente pela censura que impede que os conteúdos e os processos inconscientes passem para o pré-consciente sem sofrer transformações.

Freud (1915a) distingue dois tipos de representação: representação de palavra e a representação de coisa. A primeira caracteriza o inconsciente e está na mais íntima relação com a coisa, na alucinação primitiva. A representação de coisa seria considerada pela criança como equivalente do objeto percebido e investido na sua ausência (vivência de satisfação). A representação que deriva de coisa é essencialmente visual e caracteriza o inconsciente.

A representação de palavra é introduzida dentro de uma concepção que liga a verbalização à tomada de consciência. A representação de palavra é essencialmente acústica e característica dos sistemas pré-consciente e consciente. Para Freud (1915), é associando-se uma imagem verbal que uma imagem mnésica pode adquirir o índice de qualidade específico da consciência. Essa idéia permanece constante em Freud e é fundamental, para compreender a passagem do processo primário para o processo secundário, da identidade de percepção.

O privilégio da representação de palavra não é redutível a supremacia auditiva sobre a visual, ou seja, uma diferença entre aparelhos sensoriais, que se encontra em questão. Na esquizofrenia e no sonho, por exemplo, as representações de palavras são tratadas como representações de coisas, isto é, segundo as leis do processo primário, uma vez que nos casos citados estas representações são vividas com percepções e não como expressões de pensamentos.

Freud(1900), também utilizou o termo Representação Meta para exprimir o que orienta o curso dos pensamentos tanto consciente como pré consciente e inconsciente. Em cada um destes níveis existe *"uma finalidade que assegura, entre os pensamentos, um encadeamento que não é apenas mecânico, mas determinado por certas representações privilegiadas que exercem uma verdadeira atração sobre as outras (Laplanche, 1970)"*.

Este termo põe em evidência o que há de original na teoria freudiana, o determinismo psíquico: *"o curso do pensamento nunca é indeterminado, isto é, livre de qualquer espécie de lei e mais, as leis que o regem não são*



*as leis puramente mecânicas definidas pela doutrina associacionista, segundo a qual a sucessão das associações pode sempre reconduzir-se à contiguidade e à semelhança sem haver razão para que se lhe reconheça um sentido mais profundo (Freud, 1900)".*

A representação meta ressalta que para Freud as associações obedecem a uma finalidade, que são as fantasias inconscientes. O funcionamento do pensamento, característico do processo secundário, só é possível graças ao fato de a representação meta permanecer investida e exercer uma atração facilitando os caminhos. Esta meta é a representação de desejo que provém da vivência de satisfação.

Outras noções ligadas ao termo representação são encontradas nos textos freudianos. Estas expressões, na maioria das vezes, podem ser intermutáveis, uma vez que seus significados, em grande parte, coincidem. Por questão de clareza, estas expressões serão discutidas separadamente.

### **Representante Ideativo**

Define a relação entre o somático e o psíquico como sendo a relação da pulsão e de seus representantes; é a representação em que a pulsão se fixa no decorrer da história do indivíduo e por intermédio da qual se inscreve no psiquismo. Para Freud, os representantes ideativos não são apenas os conteúdos do Id, mas o que nele é constitutivo, uma vez que é no recalçamento originário que a pulsão se fixa num representante e que o inconsciente se constitui. Isto ocorre devido ao fato do representante psíquico da pulsão ser impedido de ter acesso ao consciente, produzindo uma fixação e, a partir daí, o representante subsiste de forma inalterável e a pulsão permanece ligada a ele. O termo fixação evoca: fixação da pulsão numa fase ou num objeto e a idéia da inscrição da pulsão no inconsciente.

## **Representante Psíquico**

Expressão psíquica das excitações endossomáticas. Para Freud (1915b) é um conceito limite entre o somático e o psíquico. De um lado, a pulsão tem sua fonte em fenômenos orgânicos geradores de tensão interna; de outro, ela tem um alvo que é essencialmente psíquico.

## **Representante Pulsional**

Está ligado à função atribuída por Freud (1915), respectivamente, à representação e ao afeto, enquanto representante da pulsão. Ela designa, portanto, os elementos em que a pulsão encontra as suas expressões psíquicas.

Esta expressão é, muitas vezes, sinônimo de representante ideativo podendo, também, ter um significado mais amplo e incluir o afeto (Laplanche, 1970).

O conceito de representação e de representante remete às noções de instinto, afeto, desejo e, principalmente, de fantasia, uma vez que são as fantasias originais os primeiros e mais antigos representantes dos instintos, e dos desejos. Estas primeiras fantasias promanam dos impulsos físicos, e estão ligadas a sensações e afetos e expressam, primordialmente, a realidade interna e subjetiva estando, contudo, vinculada, desde o início, às experiências concretas ou menos limitadas da realidade. As representações, às vezes, podem parecer ausentes. Mesmo quando carregadas de algum conteúdo verbal, elas se mostram limitadas e superficiais, reproduzindo diretamente percepções vivenciadas na realidade. Estas representações parecem simples testemunhos da existência da vida mental nos indivíduos. A superficialidade das representações reduzidas às das coisas, a restrição de afeto apenas às coisas em questão, a falta de simbolização da palavra, circunscrevem e definem uma estrutura neurótica. Em muitos casos, durante o desenvolvimento, as representações de palavras e de coisas

ligadas entre si assumem e se enriquecem de múltiplos afetos e de valores simbólicos (Marty, 1990)

### 3. Fantasia

O termo Fantasia evoca, automaticamente, a idéia de oposição entre a realidade e o imaginário. É neste sentido que a psicanálise define, inicialmente a fantasia como uma produção ilusória de sonhos diurnos.

Nos estudos sobre a histeria, Breuer & Freud (1895) ressaltam que a fantasia é uma atividade importante e frequente nas pessoas histéricas e descrevem-na como sendo, muitas vezes, um processo "inconsciente", isto é, produzida no decorrer de estados de ausência ou estados hipnóides, não tendo, pois, implicações metapsicológicas.

É no capítulo VII da Interpretação do Sonho que Freud situa certas fantasias, a nível inconsciente, no sentido tópico. Estas fantasias estão ligadas aos desejos inconscientes e estão no ponto de partida do processo metapsicológico de formação de sonhos.

No trabalho do sonho, a fantasia está presente em suas extremidades: de um lado está ligada ao desejo inconsciente, e, de outro, presente na elaboração secundária. Deste modo, a fantasia se torna um ponto privilegiado onde se pode apreender, de imediato, os processos de passagem entre diversos sistemas psíquicos.

Para Freud (1900), a fantasia está na mais estreita relação com o desejo, mesmo em sua forma menos elaborada. Ela surge como um objetivo interacional do indivíduo que deseja.

O desejo tem seu modelo e sua origem na vivência de satisfação e as fantasias mais primitivas são as que tendem a encontrar os objetos alucinatórios ligados às primeiras experiências de crescente tensão íntima e respectiva resolução (vivência de satisfação).

Freud (1900), em seu artigo *Interpretação do Sonho*, (capítulo VII), utilizou o termo fantasia inconsciente, revelando, assim, tendência a ampliar o significado de fantasia. Mas foi através da observação de bebês e de evidências clínicas em análise de crianças e adultos que psicanalistas como Klein (1948); Segal (1963) desenvolveram maiores conhecimentos sobre os primeiros processos mentais e outros tipos mais especializados de funcionamentos mentais, que permitiram ampliar o conceito de fantasia.

Para Melaine Klein (1948), após o nascimento, o recém-nascido, ao lidar com o impacto da realidade, passa por inúmeras experiências de frustrações e gratificação que vão mobilizando fantasias inconscientes. Estas fantasias são derivadas diretamente dos instintos e se encontram na fronteira entre o somático e o psíquico, sendo experienciadas tanto como fenômenos psíquicos quanto somáticos.

A análise das primitivas relações de objetos revelou, inicialmente, fantasias de objetos parciais, seio ideal e persecutório introjetados no ego e, depois, objetos totais: mãe, pais, casal. Alguns objetos introjetados são assimilados pelo ego (processo de identificação), contribuindo para seu crescimento; outros permanecem como objetos internos separados do ego, mas relacionados com ele (superego é um destes objetos). Desta forma, os objetos internos mantêm relações uns com os outros e assim vai se construindo o complexo mundo interno.

As representações mais antigas de desejos e de impulsos, as fantasias primárias se expressam através de processos mentais, determinados pela lógica das emoções distantes da palavra, do pensamento consciente, como por exemplo, as brincadeiras infantis. Estas fantasias são intensamente vivas e concretas e, com freqüência, confundidas com as percepções, permanecendo durante muito tempo associadas às reações somáticas e estritamente ligadas às emoções, tendendo para a ação imediata, qualidades descritas por Freud (1911) como sendo próprias do processo primário, ou seja: atemporalidade; ausência de contradição e de negação, falta de coordenação dos impulsos; substituição

da realidade externa pela interna e mobilidade de catexia. A energia psíquica passa sem barreira de uma representação para outra, de acordo com os mecanismos de deslocamento e de condensação, que caracterizam o sistema inconsciente. A experiência é, então, governada pela reação de tudo ou nada.

Com o desenvolvimento, há repressão dos elementos corporais concretos na experiência de perceber e fantasiar, e o elemento visual torna-se dessexualizado, independente dos vínculos corporais, convertendo-se em verdadeira representação mental. Os objetos são percebidos fora da mente, mas suas imagens estão nela e, por isso, têm influência sobre os sentimentos e comportamentos.

Sendo a fantasia a linguagem dos impulsos primários, ela participa do desenvolvimento inicial do ego em sua relação e em seu conhecimento da realidade. O ego é uma parte diferenciada do Id. Através da contínua influência do mundo externo, certo material do Id foi transformado no estado pré-consciente e introduzido no ego (Freud, 1923). Ressalta ainda em seu ensaio "A Negação" de 1925 que as funções intelectuais de julgamento e comprovação da realidade derivam das interações dos impulsos instintivos primários, estando, pois, de acordo com o funcionamento do processo secundário, que desempenha a função reguladora de inibir o processo primário, através do ego agora constituído. O processo secundário tem as funções: pensamento de vigília, atenção, juízo, raciocínio e ação. A oposição, portanto, se dá entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. O pensamento de fantasia e o pensamento de realidade são processos mentais distintos quanto à maneira de se obter satisfação, o que não implica, necessariamente, que o pensamento de realidade opere independentemente da fantasia, por exemplo: devorando com os próprios olhos, introduzindo coisa pelos ouvidos. São metáforas conscientes que representam a realidade psíquica inconsciente (Susan Isaac, 1948).

De acordo com o psicanalista italiano Eugênio Gaddini (1991), a fantasia, inicialmente, é vivenciada no corpo antes de ser associada a

uma imagem, estando, pois, muito próxima da "representação de coisa" (Freud, 1915a). Estas "fantasias no corpo" permanecem fechadas em um primitivo circuito de corpo-mente-corpo. Ao contrário das fantasias visuais, não estão disponíveis para elaborações mentais posteriores, uma vez que a apresentação de uma imagem interrompe o circuito corpo-mente-corpo. Segundo este autor, existe fantasia a partir de certo comportamento físico, que é utilizado pela mente primitiva como defesa contra desejos não realizados, sendo estas as características corpo-mente-corpo.

Durante o primeiro ano de vida, "as fantasias do corpo" podem ser encontradas como uma resposta imediata e transitória - exemplo: "imagem alucinatória" - ou como síndrome psico-física patológica precoce, exemplo: ruminações, dermatites. Para Eugênio Gaddini (1991), a patologia somática é uma fantasia de defesa representada no funcionamento corpóreo específico, como uma mudança correspondente de função, conforme seu significado psíquico. As síndromes psicofísicas durante os dezoito primeiros meses, geralmente se referem a uma patologia de desligamento e separação. Quando a separação for traumática e o isolamento insuportável, os processos integrativos aumentam a ansiedade da perda do self. Devido à falta de outros meios de defesa, a síndrome psicofísica é o único artifício de auto-proteção que o self fragmentário é capaz de produzir. Entretanto, à medida que há uma redução da ansiedade de perda do self, a síndrome desaparece, pois já não é mais necessária. Para este autor, são as sensações táteis que criam o sentido de limite do self e, por essa razão, contribui de uma maneira essencial para a formação do sentido do self. Assim, a descontinuidade das experiências táteis no ambiente pós-natal, associada à falta de qualidade de cuidados maternos, torna precária a fronteira do self após a separação, e a necessidade de contato torna-se permanente. Frente a estas circunstâncias, a atividade mental terá que organizar defesas protetoras do self para assegurar sua sobrevivência. A fantasia protetora do self, na qual a experiência de contato é baseada, é aquela de ser capaz de criar, a situação original de perda quando não havia

necessidade de diferenciar o outro do self e a experiência de fronteira do self era, na fantasia, produzida pelo self. A primeira imagem do self é ligada à idéia de espaço e corresponde àquela imagem que, nas fantasias do sonho e nas primeiras expressões gráficas da criança, é representada pelas formas redondas que se referem ao self desligado e separado. As fantasias do corpo são fantasias visuais e representam, de fato, a primeira imagem do self separado. O passo seguinte, em direção à integração, será o de ser capaz de colher e objetivamente tomar consciência das partes do próprio corpo e seus limites, um processo que descreveu como o "desenvolvimento do sentido de identidade".

Frente a estas colocações, ressalta-se, portanto, que a fantasia como representante psíquico do instinto integra de modo dinâmico os vários aspectos do aparelho mental, soldando os conceitos de mecanismos mentais e estrutura mental oferecendo, assim, uma ponte entre os processos primários e secundários.

#### **4 - Afetos**

O afeto está presente desde o início da vida nas primeiras marcas sensoriais. São os vínculos mais estreitos entre a pulsão de vida e a mente. De acordo com Freud (1915c), os afetos são derivados pulsionais, traduções subjetivas da quantidade de energia pulsional, estando vinculados à expressão do impulso. Constituem-se de um aspecto subjetivo dor e/ou prazer, a emoção, e do aspecto energético. A emoção corresponde à parte visível do afeto e corresponde às manifestações subjetivas de investidura e desinvestidura energéticas. São as emoções que estruturam o espaço psíquico dos afetos e das representações.

Os afetos são estados psicofisiológicos complexos incluindo experiência subjetiva, que compreende prazer e desprazer, e componentes cognitivos e fisiológicos. Os componentes cognitivos envolvem idéias e fantasias ligadas a estados afetivos durante o curso de seu desenvolvimento. O componente fisiológico do afeto é mediado pelo sistema

nervoso autônomo e sistema nervoso voluntário. Evolutivamente, os afetos surgem de padrões fisiológicos de reações fixos e transmitidos geneticamente. A reação fisiológica inicial rapidamente se vincula a traços mnêmicos codificados de modo que estímulos perceptuais familiares mobilizam reações afetivas apropriadas. Estas associações frequentemente envolvem objetos libidinais e agressivos e são experienciadas como relacionadas com o self. Os afetos estão ligados a representações objetais, representações do self e fantasias relacionadas a estados pulsionais. Eles são estruturas do ego as quais podem, ou não, estar relacionadas a pulsões ou envolvidas com conflitos (Moore, 1992).

Os afetos possuem função adaptativa, uma vez que preparam e alertam o indivíduo para reagir à estimulação do ambiente externo e interno. Estas percepções relacionadas a estímulos imediatos e suas representações intra psíquicas é que vão determinar a natureza do estado afetivo. A avaliação de tais percepções ocorre dependendo de o estímulo despertar prazer ou desprazer.

Segundo McDougall (1985), o conceito de afeto é um conceito limítrofe, pois participa tanto da expressão somática como da psíquica. Entretanto, fenomenologicamente, ele pode se expressar diferentemente de três maneiras:

a) *"Pode ser expresso de forma precisa e diferenciada e o indivíduo pode descrever não apenas o estado afetivo em sua totalidade, mas também descrever a mescla de emoções e sensações que estão incluídas nesta vivência particular.*

b) *O indivíduo pode ter uma experiência afetiva denominada por uma irrupção emocional excessiva, exemplo: angústia, mas ser incapaz de relacionar esta irrupção com uma situação claramente definida*



*c) O indivíduo pode se sentir intensamente afetado psicologicamente no sentido geral, devido a um acontecimento externo ou interno, sem, entretanto, prestar a mínima atenção ao que está sentindo. Todas as marcas desta representação afetiva são expulsas rapidamente da consciência psíquica, a fim de que não fique rastro nem da representação nem do afeto. Quando isto ocorre, o afeto pode cindir-se em sua estrutura peculiar, de modo que o polo psíquico se separa do polo somático, reduzindo-se assim o afeto a uma simples expressão fisiológica, enquanto que o sujeito se mantém alheio às trocas que estão ocorrendo no funcionamento corporal. Neste caso, a emoção não pode ser utilizada como um sinal para a mente e deste modo, sua mensagem não pode ser utilizada nem pelo pensamento, nem pela ação, expondo-se assim o sujeito ao perigo de que o soma possa "pensar" sua própria solução para este acontecimento".*

Segundo a autora, a incapacidade para ter consciência das próprias experiências emocionais é acompanhada da mesma incapacidade de entender os desejos e os estados emocionais das outras pessoas. Isto leva estes indivíduos a experimentarem enormes dificuldades de compreender o que significam os outros para ele e o que ele significa para os outros. Assim, todas as suas relações ou intercâmbio com o outro tendem a ser pragmáticos.

Para McDougall (1985) é de importância capital o modo de a mãe relacionar-se com as funções corporais "não verbais", seus gestos e sua afetividade no início da organização da vida psíquica do bebê. Assim como a comunicação corporal direta dá lugar à comunicação simbólica e a aquisição da linguagem, é a mãe a primeira a nomear os afetos do bebê, proporcionando a potencialidade para pensar ou não pensar sobre seus sentimentos.

Investigadores no campo da psicossomática teorizam que a intercapacidade para expressar ou reconhecer os estados afetivos não é

uma forma de defesa psíquica, mas se deve a uma carência vital. Segundo Marty (1963), estes pacientes apresentam uma organização de personalidade que se caracteriza por um pensamento operatório e por um modo pragmático de relacionar-se com outras pessoas e tratar os acontecimentos diários. Embora seja evidente que este tipo de funcionamento mental não se atenha apenas aos pacientes psicossomáticos, esta estrutura de personalidade tende a incrementar a vulnerabilidade psicossomática, em particular quando o modo operatório de existência - isto é, fundamentalmente um padrão deslibinizado de relação consigo mesmo e com os outros - é o único meio de que dispõe o indivíduo para lidar com os acontecimentos diários.

A responsabilidade das emoções não pertence ao bebê, podendo-se considerar até que só existe quando a mãe a reconhece como tal, como se o sentimento fosse mais uma vivência dela do que do bebê. Quando os pais impedem insistentemente que a criança possa tentar captar e comunicar seu estado de ânimo e em seu lugar lhe dizem o que deve sentir ou deixar de sentir, podem acabar confundindo a criança sobre o que é amor, o que é ódio, e impedindo-a de reconhecer quando está triste ou quando está alegre e, sobretudo, quais os sentimentos que são permitidos e quais não o são.

O meio familiar que sustenta que expressar emoções é sinal de debilidade e que é algo insensato e inclusive perigoso; que condena tanto os aspectos psicológicos como os físicos dos estados afetivos pode estar propiciando o terreno para um ideal de ego patológico com respeito a experiência afetiva. Qualquer expressão ou inclusive o reconhecimento das reações emocionais tende, então, a diminuir a auto-estima.

A mãe é quem decide, também, como vão chamar as diferentes zonas e funções do corpo e qual deve ser o grau de investimento e contrainvestimento libidinal que estas devem receber. Quando há ausência grave de investimento libidinal, em zona corporal ou no self somático em sua totalidade, a criança corre o risco não só de ter danos no funcio-

namento somático e em algumas zonas corporais, mas também ausência de conhecimento consciente da dor mental e da dor corporal.

Para McDougall (1985), o paciente físico que enfrenta os conflitos internos e externos sem outro mecanismo mental que a expulsão psíquica de cada representação ou percepção carregada de afeto, mantém uma forma de equilíbrio psíquico a que denominou de psicossomatosis. Em princípio, este funcionamento mental não depende da negação nem da repressão. Além do fenômeno psicossomático, seus sinais fundamentais coexistem nas manifestações alexímicas ligadas a modos de pensar concretos pragmáticos e modos operatórios de relações interpessoais. Há, também, um empobrecimento da vida de fantasia e uma escassez de sonho. O único recurso que estas pessoas têm, segundo McDougall (1985) é atacar toda percepção que dê origem à emoção. O abismo que se cria entre a irrupção afetiva e as representações mentais conduz, inevitavelmente, à destruição do significado. O que as outras pessoas esperam ou solicitam carece de sentido para eles que tentam responder ao que lhes pedem de forma mais concreta possível. Tentam frequentemente, evitar as relações emocionais como se estas fossem muito pueris. As pessoas e o mundo que neles existe desvitalizam-se, assim como o intercâmbio com os outros (McDougall, 1985).

## **5. Processo de Simbolização**

Embora a noção de simbolismo esteja, hoje, estreitamente ligada à Psicanálise, seu sentido, assim como palavras derivadas: simbolização, simbólico, simbolizar e outras permanecem ligadas a diferentes disciplinas, o que dificulta e impede o uso de uma conceituação estritamente psicanalítica.

A palavra símbolo vem do grego e seu significado etimológico é, um sinal de reconhecimento formado por duas metades de um objeto partido que se aproximavam. Nesta definição, há idéia de que é a liga-

ção que faz o sentido do símbolo.

Desde o início da Psicanálise, Freud concedeu um lugar importante às representações figuradas, aos símbolos. Nos estudos sobre a histeria (1895), existem diversas passagens onde Freud distingue um determinismo associativo e um determinismo simbólico dos sintomas, por exemplo: paralisia de Elizabeth Von R. Segundo Freud, o sintoma na histeria é determinado pela sua ligação com diversos acontecimentos traumáticos e, por outro lado, simboliza certa característica da situação moral do paciente. Através do sintoma, a paciente tem uma mediação assegurada por certas palavras susceptíveis de serem utilizadas simultaneamente, num sentido moral e num sentido físico, como por exemplo: não posso engolir isto.

Um outro artigo onde Freud reconhece a grande importância do símbolo é "A interpretação do sonho" (1900). Neste trabalho ele salienta que os sonhos utilizam todos os símbolos já presentes no pensamento inconsciente porque estes se harmonizam melhor com as experiências da construção do sonho, dada a sua aptidão para serem figuradas e também porque, regra geral, escapam à censura.

A descoberta dos "sonhos típicos", onde determinado conflito se manifesta de forma semelhante em diferentes sonhadores, reforça a idéia da existência de elementos da linguagem dos sonhos independentes do discurso pessoal, do indivíduo. É deste modo que Freud restabelece certas ligações com o ponto de vista popular que atribui único sentido a certos sonhos.

De acordo com os sentidos oferecidos por Freud, pode-se definir, esquematicamente, o símbolo pelas seguintes características, segundo Laplanche (1970).

(1) A essência do simbolismo está numa "relação constante" entre um elemento manifesto e a sua ou suas traduções

es. Esta constância reencontra-se não apenas nos sonhos, mas em domínios de expressões muito diversos: sintomas, folclore, religião, mitos. Tal como um vocabulário fixado, ela está escapa às influências das iniciativas individuais, não podendo ser criados novos sentidos.

(2) Esta relação constante baseia-se, essencialmente, na analogia de forma, de grandeza de função, de ritmo, etc.

Segundo Freud, certos símbolos podem se aproximar da alusão: a nudez pode ser simbolizada por vestuário, por uma relação que aqui é de contigüidade e de contraste. Por outro lado, em numerosos símbolos, encontram-se condensadas relações múltiplas entre o simbolizado e o símbolo.

(3) Embora os símbolos descobertos pela Psicanálise sejam numerosos, o campo do simbolizado é muito limitado: corpo, pais, consaguíneos, nascimento, morte, nudez, sexualidade (órgãos genitais, ato sexual).

(4) Freud argumenta que o sentido dos símbolos escapa à consciência. Entretanto, a característica inconsciente do símbolo não é explicável pelos mecanismos do trabalho do sonho. Haveria duas interpretações dos símbolos no sonho: uma, apoiada nas associações do indivíduo que sonha; outra, independente dela, mas de acordo com a interpretação dos símbolos.

Entende-se por "simbólica" freudiana o conjunto dos símbolos, de significações constantes que podem descobrir-se em variadas produções do inconsciente.

A teoria sobre a formação de símbolos, entretanto, ganha nova dimensão com os tratados de Winnicott (1951), "Objetos Transicionais

e Fenômenos Transicionais". Anteriormente a este artigo, pouco havia na teoria psicanalítica clássica que explicasse como o processo regulatório na relação mãe-bebê podia ter continuidade nos períodos de ausência materna e se transformar em estruturas psíquicas com capacidade auto-reguladora.

Em seu artigo "Além do Princípio do Prazer", Freud (1920) examina o método de funcionamento mental de uma de suas atividades normais, o brincar. Nesse estudo refere o caso de um menino de um ano e meio de idade, que através de um jogo com um carretel de madeira tendo um pedaço de cordão amarrado em volta, encenava o desaparecimento e o retorno do objeto emitindo o som "oooo", que não representava uma simples interjeição, mas a palavra alemã "FORTI" (ir embora) quando lançava o carretel, e "DA" (ali) no seu reaparecimento. Essa brincadeira era repetida incessantemente como um jogo em si mesmo. Freud interpretou essa atividade como a realização de uma renúncia à satisfação instintual que a criança efetuava ao deixar a mãe ir embora sem protestar. Denotando que, mesmo sob o domínio do princípio do prazer, há meios e maneiras de tornar o que em si é desagradável num fato a ser lembrado e elaborado pela mente.

Retomando e ampliando o estudo de Freud (1920), Winnicott (1951), através da observação direta do relacionamento mãe-bebê, identificou o importante papel desempenhado por alguns objetos na facilitação da separação da criança de sua mãe, através da redução da ansiedade e tensão da criança, por evocar a reunião com a mãe ausente. Segundo Winnicott (1963), após o nascimento, o ego frágil do bebê sustentado em todas suas necessidades pela mãe, capaz de satisfazê-lo neste período de dependência absoluta, começa a organizar, precocemente, defesas e particularidades pessoais fortemente coloridas pelas tendências herdadas.

Frente a uma boa maternagem e conseqüentes introjeções de bons objetos, o bebê passa a desenvolver numerosos processos mentais à medida que vai incorporando o sentido de realidade, e se torna apto

para lidar com as situações de separação do objeto, levando-o a iniciar o caminho da dependência relativa à independência.

Entre os diferentes processos mentais que surgem ao final da fase de estar fundido ao objeto, ressaltam-se os objetos e os fenômenos transicionais.

Durante os primeiros estágios do uso da ilusão, correspondentes aos fenômenos auto-eróticos e ao sugar o polegar e o punho, surgem objetos como lençol, cobertor ou fenômenos tais como ruídos, balbucios ou mesmo maneirismo do bebê, que adquirem grande importância na vida do lactante. A criança projeta sobre estes objetos sentimentos e significados que são originariamente dirigidos para a unidade mãe-criança, bem como as experiências associadas a esta unidade. Estes objetos, que são catexizados pelo bebê e utilizados nos períodos de ausência da mãe, constituem uma defesa contra a ansiedade, especialmente contra a ansiedade depressiva, além da função de excitação e satisfação oral. Winnicott considera estes objetos como uma criação própria da criança e utilizou o termo transicional, para descrevê-los, uma vez que surgem na área intermediária ("espaço potencial") da ilusão da criança de unidade com a mãe e a consciência de separação. Assim, o objeto transicional representa ambas, a criança e a mãe, e seu envolvimento com o significado é o primeiro ato verdadeiramente criativo do bebê. A mãe suficientemente boa reconhece e compreende o valor e o significado destes objetos para o bebê e passa a respeitar as qualidades especiais da relação bebê-objeto transicional. Estas qualidades especiais da relação bebê-objeto, de acordo com Winnicott (1951), podem ser assim resumidas:

*(1) "O bebê assume direitos sobre o objeto e concordamos com este assumir. Não obstante uma certa ab-rogação da onipotência desde o início, constitui uma das características.*

(2) *O objeto é afetuosamente acariciado, bem como excitantemente amado e mutilado.*

(3) *Ele nunca deve mudar, a menos que seja mudado pelo bebê.*

(4) *Deve sobreviver ao amar instintual, ao odiar, também, e à agressividade pura, se esta for uma característica.*

(5) *Contudo, deve parecer ao bebê que lhe dá calor ou que se move, ou que possui textura, ou que faz algo que pareça mostrar que tem vitalidade ou realidade própria.*

(6) *Ele é oriundo do exterior, segundo nosso ponto de vista, mas não o é, segundo o ponto de vista do bebê. Tampouco, provém de dentro, não é uma alucinação.*

(7) *Seu destino é permitir que seja gradativamente descateixizado, de maneira que, com o curso dos anos, se torne não tanto esquecido, mas relegado ao limbo. Com isso, quer se dizer que, na saúde, o objeto transicional não "vai para dentro"; tampouco, o sentimento a seu respeito, necessariamente, sofre repressão. Não é esquecido e não é pranteado, perde o significado, e isso se deve ao fato de que os fenômenos transicionais se tornam difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a "realidade psíquica interna" e o "mundo externo, tal como percebido por duas pessoas em comum", isto é, por todo o campo cultural."*

O objeto transicional não é, portanto, um objeto interno (Klein, 1932), nem um objeto externo; trata-se de uma possessão da criança e se localiza entre a realidade subjetiva e a realidade objetiva. É uma criação do bebê e pode representar o objeto externo de forma indireta por ser representante de um objeto interno. Diferentemente do objeto interno, o objeto transicional nunca está sob o controle mágico e, tampouco, fora do controle da criança como a mãe real.

Spitz (1978) considerava o objeto transicional como outro organizador psíquico, devido ao fato de o objeto transicional facilitar a



transformação das funções reguladoras pela mãe em funções self-reguladoras na criança.

Segundo Tolpin (1971), os self-objetos, assim como os objetos transicionais, funcionam inicialmente, como se fossem partes da estrutura mental da criança, embora externos a ela. Segundo este autor, a falha na internalização do objeto transicional leva a um defeito psíquico estrutural que é compensado pela adição às funções de um regulador externo. Frequentemente, estas crianças sofrem de deficiências no seu ambiente de "self-objetos" e apresentam vários graus de falhas no processo separação-individualização. Assim, rupturas nas suas relações interpessoais acarretam, não apenas a perda do objeto de amor, mas também a perda de funções regulatórias fornecidas pelo parceiro na relação. A falta de uma estrutura psíquica adequada para self-regulação torna estas crianças mais propensas a adoecerem fisicamente. Contrariamente, frente a uma boa maternagem, o bebê abandona o objeto transicional juntamente com outros self-objetos, à medida que estes são, gradualmente, internalizados e convertidos em partes da estrutura psíquica infantil, com suas funções reguladoras.

Autores como Renata Gaddini (1977); e Tustin (1980) descreveram formas precoces do objeto transicional. Para Gaddini, os objetos precursores são objetos que, tendo a capacidade de consolar a criança, não são criações da mesma. São objetos fornecidos pela mãe: mameadeiras, chupetas, brinquedos, etc: ou fazem parte do corpo da criança: dedo polegar, língua; ou fazem parte do corpo ou da roupa da mãe: lóbulo da orelha, botões, etc. Classifica os objetos precursores em dois tipos:

(1) Tipo Oral - surge no primeiro mês de vida, quando a boca e o mecanismo de incorporação têm sua investidura máxima. Este tipo corresponde ao objeto precursor básico, aquele que fornece a sensação primária de self, portanto, de integridade somática. A perda súbita do objeto precursor precoce pode criar as mais severas reações e sintomas

somáticos, e também pode constituir a base da angústia de desintegração.

(2) Objeto precursor de contato da pele e da sensação táctil desenvolve-se mais tarde, podendo estar associado ao tipo oral. O objeto precursor táctil está baseado nas sensações epidérmicas experimentadas pela criança na situação de acolhimento materno. O cobertor que envolve o bebê e o seu lábio superior enquanto mama são partes da sensação táctil obtida através do corpo da mãe e por toda situação de acolhimento materno. Nesta fase precoce, o bebê não distingue se a sensação é produzida por partes do corpo da mãe, se está separado dele ou ainda, se é ser animado ou inanimado.

No transcorrer do desenvolvimento, o objeto precursor oral é abandonado e o objeto precursor táctil pode se transformar em objeto transicional, naqueles casos em que o objeto precursor não pertence nem ao corpo da mãe nem ao da criança, mas relacionado à função materna de acolhimento.

Embora Gaddini (1978) tenha utilizado o termo objeto para designar o precursor do objeto transicional, ressalta a inadequação do uso do referido termo, uma vez que diz respeito a algo que faz parte do próprio corpo da criança e não constitui ainda uma ponte entre o "eu" e o "não eu", como objeto transicional.

Na opinião de Gaddini (1977), os sintomas psicossomáticos surgem no mesmo período do desenvolvimento da criação do objeto precursor. Embora se mostrem resultantes de uma ação mais psicofisiológica do que psicológica, são defesas contra a súbita perda do objeto precursor tipo oral, no momento em que a libido se concentra na região da boca e nas experiências incorporativas. O bebê se sente abandonado, sem proteção e o sintoma somático representa uma espécie de reunião com a mãe nestes momentos.

Baseada em seus trinta anos de experiência no tratamento psicanalítico com crianças, Francis Tustin desenvolveu o conceito de "objeto sensação" que corresponde ao conceito de objeto precursor de Gaddini.

Para Tustin (1984), o desenvolvimento da vida emocional está relacionado às primeiras sensações corporais. Nos estágios iniciais da vida do bebê, a "auto-sensualidade" mantém a dominação, a atenção é focalizada quase que exclusivamente nos ritmos e sensações do corpo e o bebê faz pouca distinção entre o corpo e o mundo exterior. Os objetos externos são experienciados como extensão do corpo da criança e sentidos como uma possessão do eu e as atividades corporais são vivenciadas em termos de experiências tácteis sensuais. São exemplos destes "objetos-sensação": polegar, dedo, brinquedos, etc. O primeiro "objeto-sensação" da criança é o mamilo da mãe que é experimentado como extensão da sua própria língua. Tais objetos produzem a mesma sensação excitante e servem para proteger o bebê da ameaçadora consciência de separação da mãe. Estes objetos-sensação também são referidos por Tustin (1984) como "objetos autísticos normais", uma vez que são experimentados pelo bebê como possessão do "eu" ao invés do "não eu". Têm características marcantes e são usados de maneira idiossincrática a cada criança, tendo a função de afastar o desconforto da consciência do "não eu" até que se desenvolva uma organização mental suficiente e amadureçam mecanismos homeostáticos internos.

Tustin identificou uma categoria separada do objeto autístico, os objetos confusionais, que são definidos como uma fusão de elementos "eu" e "não eu". Estes objetos são, geralmente, macios e também são usados de maneira idiossincrática pela criança.

Embora ambos os tipos de objetos autísticos e confusionais sejam usados para ajudar o bebê a lidar com a sensação de perda, apresentam diferenças significativas. O objeto autístico, geralmente duro, é sentido como parte do corpo da criança. Ela se sente fundida nele. Nesta fase primitiva o bebê ainda não tem consciência do bidimensional,

isto é, não tem conhecimento das partes de fora e de dentro do objeto. Isto faz com que o bebê sinta o objeto autístico como uma superfície que pode ser agarrada e na qual se pode fechar como numa concha protetora no delírio de fusão. O objeto confusional é macio e, ao usá-lo, a criança tem uma consciência nebulosa de que este é separado do seu corpo. Este objeto está associado à consciência de tridimensionalidade, o que permite ao bebê sentir "entrar" no objeto confusional, ser envolvido por ele diferentemente de ser coberta por ele.

Para o bebê abandonar o objeto autístico, terá que experimentá-lo suficientemente como extensão onipotente de seu corpo. Caso contrário, tenderá a focalizar toda sua energia na procura de gratificações autísticas que lhe foram insuficientes. A separação corporal precoce leva o bebê ao uso obsessivo do objeto autístico, uma vez que vive esta separação como uma perda de parte de seu corpo e não como perda da mãe.

A satisfação instântanea que esses objetos oferecem impedem a frustração provocada pela descontinuidade da relação mãe-filho, mantendo-o preso a um nível de funcionamento superconcreto. Diferentemente, os objetos transicionais ajudam o bebê a suportar o suspense e a ação retardada, não apenas canalizam os sentimentos da criança, mas também o modificam. Para Tustin (1982), a simbolização depende da capacidade de se sentir separada do mundo externo e ter motivação para comunicar as próprias experiências. O símbolo é, pois, um objeto substituto de algo que está faltando.

Os elementos autísticos estão presentes também em distúrbios neuróticos específicos, tais como nos distúrbios psicossomáticos e hipochondríacos. Nestas situações, observa-se que, por diferentes razões, a sensualidade dirige-se indevidamente a órgãos e funções corporais ao invés de se transformar em fantasias, sonhos e brincadeiras. Sendo assim, uma das funções da doença psicossomática é a de aliviar e de lidar com a sensualidade desregulada bem como dar forma e configuração aos elementos autísticos disformes e estranhos (Tustin, 1981).

Embora os objetos transicionais estejam intimamente ligados à capacidade em desenvolvimento do ego para simbolizar, eles não podem ser considerados como símbolos verdadeiros, mas como pré-símbolos, devido a seu aparecimento ocorrer em estágio muito precoce do desenvolvimento.

A psicanalista inglesa Hanna Segal (1957) faz distinções entre símbolo propriamente dito, aquele que representa o objeto, e as "equações simbólicas", onde não há uma diferenciação entre a coisa simbolizada e o símbolo, isto é, o substituto do simbólico, sendo sentido como o objeto original. Para ela, isto ocorre como consequência da perturbação da relação entre o ego e o objeto e é usado para negar a ausência do objeto ideal ou para controlar um objeto persecutório. Nestes casos, a diferenciação entre o self e o objeto fica obscurecida.

De acordo com a teoria Kleiniana, a "equação simbólica" é característica da posição esquizo-paranóide, quando o ego do bebê usa como defesa a identificação projetiva para se livrar da tensão psíquica intolerável. Na fantasia do bebê, os objetos internos são projetados para fora e identificados como parte do mundo externo que passam a representar partes do eu. Estes símbolos primitivos são sentidos pelo ego como objeto original e não como representantes dele. Para Melaine Klein (1930), esta não diferenciação entre a coisa simbolizada e o objeto ocorre devido à natureza da relação entre o ego e o objeto. Assim, partes do ego e do objeto interno são projetadas no objeto externo e identificadas com ele. Deste modo, partes do ego ficam confundidas com o objeto. O símbolo, por sua vez, pode também ser confundido com o objeto que é simbolizado. Este tipo de pensamento, para Klein, é próprio do pensamento esquizofrênico.

É na posição depressiva, entretanto, que surge a capacidade para simbolizar propriamente dita, quando o ego mais integrado e níveis mais elevados de defesa estão sendo desenvolvidos. Agora o bebê se relaciona com o objeto sentido como total e iniciando-se o processo de diferenciação e de separação entre o ego e o objeto. O ego passa, agora,

a vivenciar fortes sentimentos de ambivalência, levando-o a ter uma relação com o objeto marcada pela culpa, medo e experiência real de perda.

A diferenciação crescente entre o mundo interno e o externo vai proporcionar o aumento de sentido de realidade, levando o ego a sofrer modificações em seus objetivos instintuais primários através da inibição de seus alvos diretos (sublimação). Estes impulsos reparadores ocorrem dado a preocupação e a culpa em relação ao objeto e pelo desejo de restaurá-lo e de dar-lhe transcendência. É o desejo de poupar o objeto que leva o ego a sublimar seus impulsos destrutivos. Esta renúncia será bem sucedida, à medida que o objeto renunciado puder ser bem assimilado pelo ego. Tais circunstâncias favorecem a criação do símbolo que se constitui em uma atividade criativa que envolve sofrimento e trabalho de luto. As repetidas experiências de luto e reparação, perda e recuperação, tornam o ego enriquecido por objetos, que têm que recriar e, por conseguinte, tornam-se parte dele, um símbolo dentro do ego. O símbolo é, pois, um substituto do mundo externo, uma criação do sujeito, podendo ser usado livremente por ele. Diferentemente dos símbolos primitivos, o símbolo, agora, se distingue do objeto original tendo características de um novo objeto. É uma maneira de superar a perda do objeto e de reverter a equação simbólica quando o mecanismo de identificação projetiva é utilizado como defesa contra as ansiedades depressivas.

A comunicação com o mundo externo se faz através dos símbolos e através deles se têm uma comunicação real com as fantasias inconscientes. A comunicação interna, ou seja, a capacidade de estar em contato consigo mesmo implica na formação constante e livre de símbolos através dos quais a pessoa pode estar consciente e ter controle das expressões simbólicas das fantasias primitivas subjacentes. À medida que o ego se torna mais integrado e mais capaz de lidar com a ansiedade, na posição depressiva, vai se enriquecendo com as abundantes experiências anteriores através da simbolização, recriando não apenas

os objetos totais destruídos, mas também os objetos parciais idealizados e maus. Através da simbolização os conflitos não solucionados, devido à concretude das experiências com os objetos e com seus substitutos na equação simbólica, poderão ser manejados pelo ego e, deste modo, ser nele integrados.

Segal (1957) ressalta que a capacidade de comunicar-se consigo mesmo por meio de símbolos é a base do pensamento verbal. Para ela, entretanto, nem toda comunicação interna é um pensamento verbal, mas todo pensamento verbal é uma comunicação interna através da palavra (símbolo).

A formação dos símbolos, para Klein, é um processo contínuo de unir e integrar o mundo interno com o externo; o sujeito com o objeto; as experiências anteriores com as posteriores.

É importante assinalar que perturbações nas relações objetais levam a uma concomitante perturbação na capacidade de comunicação. Isto pode ocorrer devido à indiferenciação entre objeto e sujeito e, também, ao fato de os símbolos, nestes casos, serem sentidos de forma concreta, não estando disponíveis para fins de comunicação. Isto se observa na análise de pacientes psicóticos onde as palavras são sentidas concretamente como objetos e ações e não como um meio de comunicação.

Destacando o importante papel da mãe, Bion (1962) revisou e ampliou a teoria Kleiniana sobre a vida psíquica infantil. Segundo Bion, falta ao lactante, inicialmente, um "aparelho" que ofereça sentido às suas emoções, sensações primitivas e percepções (elementos Beta) e que criam tensão, quando acumulados. Estes elementos Beta são experimentados pelo bebê como "coisa em si mesmo" que os tornam adequados à somatização e/ou descargas através de identificações projetivas. Entretanto, a presença de uma mãe receptiva (capaz de *Reverie*<sup>12</sup>) pode responder apropriadamente a estas necessidades do bebê. Trata-se, pois, de um modelo regulatório circular: o bebê projeta os

elementos Beta, incontroláveis e impensáveis, dentro da mãe, que os contém, controla-os por meio de sua "função Alfa"<sup>13</sup> e, posteriormente, os devolvem ao bebê de uma forma mais tolerável.

Através das interações mãe-bebê, gradualmente, o bebê introjeta e se identifica com a capacidade de continência da mãe a ponto de adquirir uma "função Alfa" para si mesmo, isto é, um órgão de pensamento conhecido como mente.

Os contínuos ciclos projetivos-introjetivos fazem parte de um processo que, aos poucos, vai transformando a estrutura mental do bebê. No lugar de um ego que evacua, surge um ego de realidade que, inconscientemente, internalizou em seu núcleo um objeto capaz de pensar, isto é, conhecer qualidades psíquicas em si mesmo e nos outros, potencial para perceber diferenças entre as atividades de ver, imaginar, fantasiar. Esta é a mente normal cujo estabelecimento depende tanto da mãe como da criança. Tal processo ocorre durante a posição depressiva quando o uso da identificação projetiva diminui e o bebê contém e transforma seus próprios elementos Beta.

Segundo Bion (1962), para o desenvolvimento de uma mente normal é essencial que o bebê aprenda através das experiências, isto é, que utilize suas experiências emocionais com o objetivo para conhecê-las (Símbolo K), observá-las, enfim, pensar. O bebê necessita também ser amado e conhecido pelo objeto que o nutre. Observa-se, portanto,

---

12 O termo *Reverie* é utilizado por Bion para se referir a essa função materna e na matriz mente-corpo precoce indiferenciada do bebê, o designou de "sistema protomental"(1962).

13 A "função Alfa" corresponde a um aparelho mental hipotético que recebe dados sensoriais das experiências emocionais e os codifica pelo processo mental, quer seja para depósito no sonho e/ou ação mental (Bion, 1962). Embora corresponda ao processo primário de Freud, a função Alfa acrescenta ao ego um a função importante: "*a capacidade da mente de receber dados da experiência, diferenciá-los em interiores e exteriores, relevantes e irrelevantes, perigosos e seguros, etc., e codificá-los para digestão mental posterior*"(Bion, 1962). Outra função importante é a capacidade para formar representações mentais (símbolos) de objetos ausentes: afetos, funções corporais, impulsos instintuais.



que a preocupação de Bion é com o pensar como preocupação e com o pensar como ligação humana - o esforço para compreender a si próprio ou o outro, para abarcar a realidade própria ou do outro, para obter um "insight" sobre a natureza própria ou do outro, etc. Pensar é a experiência emocional de tentar conhecer a si mesmo e o outro (Edna O'Shaughnessy, 1981).

As falhas no desenvolvimento do ego de realidade pode ser devido a fracasso da mãe em pensar, no sentido de conhecer (K) as comunicações de seu bebê realizadas através das identificações projetivas. Este fracasso materno priva o bebê de sua necessidade fundamental: ter um objeto diferente dele que não evacue o não prazeroso, mas, ao contrário, o retenha e pense sobre ele. Por exemplo, uma mãe emocionalmente distante é incapaz de exercer a função de continente dos elementos Beta primitivos que o bebê projeta nela, e, nestes casos, a mãe pode ser transformada nestas projeções do bebê e comportar-se de maneira persecutória, reduzindo a sensação de segurança e de confiança do bebê.

As falhas podem, também, ser devidas ao ódio do bebê em relação à realidade ou a sua inveja da capacidade da mãe de tolerar o que ele não pode tolerar. Nestes casos, o bebê continua expelindo tanto os elementos modificados e toleráveis, devolvidos por sua mãe, quanto a própria mãe continente. Nos casos extremos, ataca agressivamente suas próprias capacidades mentais, o que pode levá-lo a psicose, ou seja, fragmentação de toda aquela parte da personalidade que se relaciona com a percepção da realidade interna e externa e da expulsão destes fragmentos, de modo que eles penetrem em seus objetos ou os engolfem. Assim, ao invés de um pensamento baseado no princípio da realidade e na comunicação simbólica, ocorre um engrandecimento anômalo do ego do prazer com excessivo uso da cisão e da identificação projetiva, resultando num modo concreto de relacionar-se com objetos odiados e que odeiam (Bion, 1962).

As falhas maternas vão proporcionar, na função Alfa da criança

distúrbios que se manifestam pela capacidade reduzida para simbolizar e manejar sensações corporais. Esta criança poderá fracassar na criação de objetos transicionais e, posteriormente, poderá se mostrar incapaz de desenvolver atividades imaginativas, como por exemplo, o brincar. Uma vez que a mente da criança não se encontre diferenciada de seu corpo, a mente e o corpo poderão funcionar como uma única coisa e com o mesmo sistema protomental. Deste modo, os pensamentos permanecerão concretos e auto-sensuais.

Como Eugênio Gaddini (1982) relatou, as experiências rudimentares, ainda sem os elementos visuais, ficam presas num circuito corpo-mente-corpo e não são aproveitadas para elaborações posteriores. Essas proto-fantasias ficam sem representações mentais e são expressas por meio de funcionamento corporal alterado, aparentemente com o propósito de reproduzir magicamente as sensações corporais perdidas da infância precoce (Taylor, 1980). Para Taylor, o impedimento da função simbólica e de comunicação de afetos, origina-se, provavelmente, de distúrbios regulatórios na relação pré-simbólica mãe-bebê.

É a capacidade de simbolizar que vai habilitar o bebê a produzir fantasias, sonhos, memória, que podem ser usados para regular e modelar as emoções.

\*

# **CAPÍTULO IV**

## OBJETIVOS

Nos capítulos anteriores, destacou-se que a relação mãe-filho constitui-se num sistema interacional que regula e organiza o comportamento, podendo interferir inclusive na fisiologia da criança desde o nascimento. Assim, através da interação mãe-filho é que se constróem as primeiras representações do mundo externo, e o psiquismo infantil vai se diferenciando do somático, tornando possível ao bebê reconhecer-se e integrar-se como unidade.

Em contrapartida, perturbações nesta relação podem privar o bebê da aquisição do senso de identidade, de desenvolver íntimas relações objetais e do funcionamento autônomo e criativo. Fica, portanto, evidenciado que a vinculação entre o corpo e o psíquico se ancora nas representações, afetos e fantasias.

Visando a detecção da possível ocorrência de perturbações na relação mãe-filho que possa esclarecer uma associação entre estas e a presença de doenças psicossomáticas, realizou-se um estudo retrospectivo sobre a história de vida de pacientes adultos portadores de Rinite Alérgica Perene, Hipertensão Arterial Essencial e Psoríase. Utilizaram-se, neste estudo, para isto os seguintes indicadores: nível de estruturação e de funcionamento do ego; capacidade de produzir fantasias; nível e qualidade das manifestações afetivo-emocionais; capacidade simbólica.

Através de estudo de caso no qual se procedeu à aplicação da Prova de Rorschach e a entrevista clínica, e respaldado nas contribuições psicanalistas expostas, objetivou-se a compreensão, descrição e análise dos indicadores acima citados, na amostra estudada, com a finalidade de:

- 1) Avaliar a estrutura e o funcionamento do ego;
- 2) Determinar o nível de produção de fantasia;
- 3) Aferir o nível e a qualidade da manifestação afetivo-emocional;
- 4) Verificar a capacidade de simbolização.

Os dados assim obtidos poderão representar importante papel em direção às providências preventivas. Através de intervenções precoces apropriadas, será possível interferir no curso do processo de formação da doença. Uma vez estabelecidas as condições que favorecem à susceptibilidade à doença psicossomática bem como em casos onde a doença já se encontra instalada, este conhecimentos poderão indicar as condutas terapêuticas mais compatíveis e mais eficientes a serem utilizadas pelos agentes de saúde.

\*

# **CAPÍTULO V**

## MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Metodologia é o conjunto dos conhecimentos que, reunidos, auxiliam a fazer ciência. É a área que trata da realidade de modo teórico e prático. Faz parte, também, da questão metodológica cultivar uma atitude típica diante da realidade, ou seja, atitude de dúvida, de crítica e de indagação.

No decorrer dos séculos, a realidade humana foi captada através dos mitos, das religiões, da racionalidade, supondo-se uma ordem natural das coisas e revelando diferentes relações do homem com a natureza e com os outros homens. Estas circunstâncias propiciaram o interesse em rever certas considerações históricas sobre a emergência das ciências humanas, à medida que as diferentes concepções do homem, da vida, da morte, da saúde e da doença são decorrentes das diferentes concepções de realidade.

De acordo com Japiassu (1976) a evolução histórica das ciências humanas ocorreu, essencialmente, em três períodos:

- a) Concepção Clássica
- b) Concepção Cristã
- c) Concepção Moderna

Para a concepção clássica, a essência do homem é a razão e o centro do pensamento é o cosmo. Como uma instância subordinada recebe do alto os princípios de sua atividade, a razão é exercida dos deuses para o homem.

A concepção cristã busca harmonizar a concepção clássica com a exigência de salvação própria da antropologia bíblico-cristã: unidade do homem e destino pessoal transcendente. Sem deixar de ser cosmológico, o pensamento medieval mostra-se teocêntrico: a fonte explicativa

de tudo, até do conhecimento, é externa ao homem e às leis cósmicas: situa-se num Deus criador do qual o homem depende.

A concepção moderna tem seu nascimento vinculado ao movimento científico, que tem sua grande expressão na obra de Galileu, no século XVII. Esta concepção instaura crise devido à ruptura da síntese entre as duas concepções anteriores e também pela multiplicação das ciências humanas, uma vez reconhecida a especificidade das diferentes relações do homem com o mundo. O conhecimento deste mundo novo se faz ao mesmo tempo de modo antropológico e antropocêntrico. A verdade passa a ser uma obra do homem e deve-se examina-lá tendo o querer como ponto de referência.

A formulação da lei da queda dos corpos assinala o marco inicial do método científico-natural. Para Galileu, a natureza se expressa em linguagem matemática. Este método consiste na observação, no levantamento de dados, na ordenação de fatos e na elaboração de hipóteses. A experimentação controlada é que possibilitava repetições e, a partir daí, formulações de teorias. Através deste método, buscam-se relações explicativo-causais, partindo da premissa de que todos os fenômenos da natureza possuem as mesmas causas e os mesmo efeitos.

À medida que o homem faz parte da natureza, ele também fica sujeito às mesmas leis. Entretanto, o *Homo Sapiens* tem uma peculiaridade que o diferencia de outros seres, a razão e, portanto, o que estiver fora da razão constitui anomalia e desequilíbrio. Dentro deste prisma, pode-se considerar a doença física e mental como desequilíbrio e algo estranho ao homem que se enxerta neste ser passivo. Uma vez que a doença se manifesta através dos sintomas, do ponto de vista do método científico-natural o procedimento será o de selecioná-los e agrupá-los quando ligados à mesma causa ou quando existe uma coincidência temporal.

Segundo Perestrello (1975) o método científico natural constituiu, nestes quase quatro séculos, a garantia da sobrevivência humana,



à medida que ajudou a esclarecer a etiopatogenia, diagnóstico e profilaxia das doenças e também "*teve o mérito de colocar a Psiquiatria definitivamente no campo médico e de expurgá-la de uma série de idéias metafísicas e místicas*".

Entretanto, a metodologia das ciências humanas surge, efetivamente, com Dilthey em 1883, quando procurou fundamentar o estudo da história e da sociedade, fugindo, do naturalismo. Para Dilthey (*apud* Perestrello, 1975) as ciências histórico-culturais ou ciências do homem devem obedecer a relações de sentido e de significado e a consideração das partes deve ser referida a um todo reforçando assim a idéia de totalidade. O homem deve ser estudado como um ser unitário instalado no mundo com outros e em sua realidade presente e passada, pois tem sua biografia e futuro, à medida em que tem anseios e projetos de vida.

Em fins do século XIX, Freud, através da psicanálise, oferece uma nova dimensão para a compreensão do homem: o inconsciente. Em seus trabalhos revela que os fenômenos humanos normais como os sonhos, os atos falhos, bem como outros, os patológicos, como neuroses, fobias e outros., podem ser compreendidos a partir de suas relações de sentido que ultrapassam o discurso manifesto, permitindo compreender o ser humano através de suas motivações, suas fantasias, sua vida pregressa e suas relações interpessoais.

Freud revoluciona a psicologia e a psicopatologia ao imprimirlhes um rumo afetivo e instituindo o estudo biográfico dos pacientes. O homem agora é reconhecido e entendido como uma unidade bio-psíquico-social, ampliando-se as possibilidades de compreender evolutivamente o ser humano normal e doente e também oferecer terapêutica mais adequada. O homem é visto como uma totalidade expressiva, cujas manifestações sempre comunicam algo do que existe de mais íntimo nele.

Atualmente, esta concepção do homem é também a da maioria dos teóricos em Psicossomática. A Psicossomática é entendida como

uma atitude e um campo de pesquisa e não como uma especialidade médica, e a doença como a manifestação do organismo como um todo, transcendendo a noção de etiologia.

A proposta desta investigação é a de abordar as doenças físicas como manifestações psicossomáticas. Deste modo, fiel às colocações expostas acima, entendemos que o método que melhor evidencia as dimensões bio-psíquico-social e psicodinâmica dos pacientes é o método clínico.

## 1 - Método Clínico

A justificativa para a escolha do método se encontra em sua fecundidade, entendida como a capacidade de tornar compreensível a realidade, ou seja, que está por ser construída. Nas ciências humanas, a verdade é uma busca de sentidos que se desenvolvem através das experiências vividas. Embora haja uma pluralidade de sentidos, existe uma idéia de verdade que se mostra unificadora e reveladora. A verdade tem suas limitações, não como um termo que marque o fim de um percurso, mas *"como vestígio de uma finitude que ao mesmo tempo traz em si a confissão de sua impotência e uma audácia de uma esperança aberta ao infinito (Ladrière, 1977)"*.

Etimologicamente, o termo clínico se refere a procedimentos executados junto ao leito e a uma relação entre duas pessoas, onde uma sofre e a outra presta ajuda. Atualmente, este termo vem se afastando do seu significado etimológico e de suas origens médicas e vem recebendo contribuições inestimáveis das ciências humanas assim como da psicanálise que o enriqueceu com sua fundamentação teórica e prática.

A partir das relações que observa, o método clínico pode oferecer respostas significativas, de como o ser vivo integra, nas diferentes situações, as tensões que ameaçam a unidade e o equilíbrio de seu organismo. Embora tenha como característica central tomar como objeto de estudo a pessoa individualmente, o "ser clínico" sugere intuição,

sensibilidade e empatia por parte da pessoa que presta ajuda, a fim de compreender o que não foi dito, os motivos inconscientes que determinam a conduta do primeiro. O método clínico implica numa dinâmica relacional entre o indivíduo e o clínico e a compreensão do indivíduo se faz através do exame de suas relações, de seu comportamento verbal e não verbal. A pedra angular deste processo se assenta na entrevista clínica.

Como técnica, a entrevista sofreu influência de diferentes escolas psicológicas: da psicanálise utilizou-se de conceitos como inconsciente, transferência, contratransferência, defesas, id, ego, superego, etc.; a *gestalt* ressaltou o papel do entrevistador, integrando-o como um dos elementos da totalidade no campo da entrevista; o behaviorismo influenciou através da técnica da observação do comportamento. Através destas contribuições, a entrevista converteu-se em um instrumento científico.

O campo da entrevista deve ter um enquadramento rígido e, assim, transformar o conjunto de variáveis em constantes, funcionando como uma padronização da situação. A teoria e a técnica utilizada em uma entrevista estão estreitamente entrelaçadas com a teoria de personalidade com que se trabalha. Diferentemente da anamnese, cuja finalidade reside na compilação de dados pré-estabelecidos, na entrevista o enquadre é configurado predominantemente pelas manifestações da personalidade do entrevistado. Entretanto, desde que a entrevista não se desvirtue em interrogatório, parte dela pode ser utilizada para completar dados necessários sobre a história de vida do entrevistado.

Há fenômenos altamente significativos que devem ser observados na entrevista por ressaltarem aspectos do comportamento e da personalidade do entrevistado, que não se incluem entre os elementos que ele possa referir conscientemente mas que emergem através do comportamento verbal e não verbal e, por isso, acrescentam uma dimensão importante ao conhecimento da estrutura de sua personalidade e ao caráter de seus conflitos. Nesta situação de entrevista, dentro da relação

estabelecida, estão presentes os fenômenos transferenciais e contra-transferenciais. Embora Freud (1916), inicialmente, tenha considerado a transferência um fator perturbador da relação analítica, após alguns anos reconsiderou esta posição, reconhecendo-a como um instrumento poderoso que auxilia a compreensão e o conhecimento dos conflitos e da estrutura de personalidade do entrevistado. A transferência em psicanálise pode ser definida como *o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles* (Laplanche & Pontalis, 1970). Refere-se, portanto, a uma repetição de protótipos infantis vividos na entrevista com uma sensação acentuada de atualidade. É um campo onde o psiquismo se manifesta por excelência. O entrevistador deve ficar atento a estas atualizações de sentimentos, atitudes e condutas inconscientes que o entrevistado lhe transfere e, freqüentemente, apreenderá as expectativas que lhe são dirigidas. Estas circunstâncias propiciam a emergência de sentimentos e atitudes do entrevistador e podem ser definidas como *"conjuntos das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando (no caso da entrevista, entrevistando) e, mais particularmente, à transferência deste"* (Laplanche & Pontalis, 1970). A contratransferência depende em alto grau, da história pessoal do entrevistador, uma vez que pode refletir os aspectos patológicos da personalidade deste no estudo que realiza. Trata-se, portanto, de fenômeno importante e que exige equilíbrio psíquico, treinamento e experiência do entrevistador a fim de ser utilizado de forma eficiente.

A entrevista é uma investigação cujo objetivo é a avaliação e o diagnóstico psicológico não tendo, entretanto, a pretensão de construir verdades definitivas sobre a pessoa observada e nem de estabelecer generalizações. Ela se propõe à busca de sentido dos possíveis significados que terão por finalidade a construção de hipóteses que servirão de subsídio para a compreensão do entrevistado.

Uma vez que a investigação diagnóstica pretende explorar fatos que não se encontram disponíveis para o examinador na entrevista clí-

nica, torna-se necessário dispor de instrumentos psicológicos auxiliares que atinjam camadas mais profundas da personalidade. Por isso, optou-se pela Prova de Rorschach.

A Prova de Rorschach, criada pelo psiquiatra suíço Herman Rorschach, em 1921, é, até hoje, concebida como sendo o instrumento mais estável e objetivo para a sondagem da personalidade humana em seus diferentes níveis.

*"Este método, como nenhuma outra prova projetiva, consegue objetivar todas as particularidades das funções intelectuais, da capacidade conativa e de relações afetivo-emocionais em nível manifesto e profundo" (Coelho, 1975).*

Segundo Dunbar (1950), *"a Prova de Rorschach é uma técnica padronizada e permite que o indivíduo revele, sem sabê-lo, sua estrutura mental e emocional subjacente, com a qual interpreta seu ambiente e suas reações a este. Descobrem-se, sob a conduta, conversação e gestos observáveis, os motivos subjacentes e sentimentos, frequentemente com maior clareza, que seres e situações específicas atraem a atenção de uma pessoa, desperta seu interesse, amor, ansiedade, temor, etc. A Prova de Rorschach mostra até que ponto estas interpretações da realidade externa são racionais e objetivas ou deformadas e errôneas, mas profundamente arraigadas. Proporciona também, algumas indicações sobre se um sintoma ou enfermidade representa uma solução total para a maior parte dos problemas da vida, ou se só é expediente temporário para resolver um problema específico".*

Neste estudo, a Prova de Rorschach foi utilizada segundo o critério de classificação das respostas, terminologia e fundamentação teórica sobre a personalidade de acordo com Aníbal Silveira (1964). A contribuição de Silveira não se resume à transposição para nosso idioma dos termos adotados por Herman Rorschach; ele aprofundou e ob-

jetivou a análise relativa aos diferentes mecanismos psicológicos que ocorrem durante a interpretação da Prova. Outra grande contribuição do Professor Silveira foi a adaptação e padronização do teste à população brasileira, permitindo, assim, a comparação dos resultados obtidos no presente estudo com um grupo de referência da própria cultura.

*De acordo com Silveira (1964), "... a personalidade é o "conjunto de funções subjetivas agrupadas fundamentalmente em três setores: afetividade, conação e inteligência. Estas funções psíquicas resultam do funcionamento cerebral, são peculiares à espécie humana e continuamente regem em harmonia as disposições do indivíduo e as suas relações com o ambiente físico e social". "O setor básico afetividade consiste num grupo de funções subjetivas que continuamente estimulam o ser humano a satisfazer as necessidades da própria existência individual, e por outro lado, permite sua integração no ambiente físico e social".*

A esfera afetiva constitui dois grupos de funções: os instintos e os sentimentos. Os instintos são correlatos subjetivos das funções fisiológicas básicas das quais dependem a sobrevivência física do indivíduo. Estas funções não diferem das outras funções afetivas a não ser, devido ao fato de estarem fundamentalmente ligadas à individualidade enquanto que as outras regem relações com o ambiente social. Estão presentes desde o nascimento, sempre ativos, sob diversas maneiras, segundo a fase do desenvolvimento do indivíduo.

Neste contexto, o instinto é uma concepção abstrata. O que pode ser apreciado é o resultado de seu funcionamento que se exterioriza como comportamento instintivo.

O controle é a adaptação dos impulsos instintivos à realidade são feitos através da função intelectual.

A outra função afetiva, o sentimento, é uma reação afetiva que

resulta da relação do indivíduo com o ambiente e manifesta-se através das relações interpessoais, tendo um cunho muito individual. Os sentimentos expressam o modo do indivíduo se sentir no ambiente. O bebê demonstra, desde o nascimento, uma relação específica com um adulto significativo e esta ligação é sentida como fonte de satisfação que proporciona sensações táteis agradáveis, alimento e calor. Este sentimento básico é denominado apego por Silveira (1964). No adulto, este sentimento poderá se manifestar através de ligações afetivas mais intensas com pessoas, lugares e mesmo com objetos. Estes vínculos vão depender, necessariamente, das primeiras experiências emocionais da criança.

O amadurecimento psicológico implica na adaptação das funções instintivas às funções de sociabilidade. Com o desenvolvimento das capacidades intelectuais e o amadurecimento das relações interpessoais e afetivas, o indivíduo começa a desempenhar papéis sociais mais complexos e através da assimilação de valores, desenvolve a auto-afirmação e é capaz de expressar plenamente a capacidade criadora. Dessa forma, poderá tornar-se um membro social consciente de si mesmo e da sociedade a que pertence. Para se dar esta adaptação à realidade, é necessária a intervenção concomitante das funções conativas e intelectuais.

Segundo Silveira (1964), a conação corresponde às funções subjetivas da atividade. O termo conação vem do latim: *conatus*, que significa executo, isto é, realizo a partir da intenção de um objetivo. Silveira distingue três funções da esfera conativa: a primeira é a que permite a iniciativa para ação; o elemento subjetivo, que desencadeia a ação explícita ou estimula a percepção e o raciocínio; a função conativa é responsável pelo bloqueio ou pela moderação da exteriorização explícita; finalmente, é a função psíquica que preside a estabilidade, quer dando continuidade aos atos, quer mantendo o raciocínio ou a observação que se traduz na atenção. *"Assim quando um indivíduo toma uma decisão e resolve agir, precisa estar, inicialmente, motivado afetivamente para*

*realizar o ato e, além disso, utilizar os recursos intelectuais para adaptá-lo à realidade: são ambos aspectos extrínsecos que interferem na conação" (Silveira, 1964).*

São, todavia, as funções conativas que permitem iniciar o comportamento, refrear, ao mesmo tempo, os impulsos e dar continuidade aos propósitos originários.

*"A interferência da função conativa no conjunto dos dinamismos da personalidade permite a transformação dos impulsos instintivos ou de sentimentos em comportamentos explícitos; a formação de noções e de pensamentos através da estabilização da atenção; e, finalmente, a derivação da atividade explícita para o plano intelectual, tanto na vigília - através de fantasias e devaneios - como durante o sono, originando o sonho. Em suma, a atividade exteriorizada representa a participação destas três funções: estímulo, inibição e manutenção em qualquer situação ambiental que solicite a intervenção do indivíduo" (Silveira, 1964).*

Ao nascer, o ser humano já possui as três funções da atividade, o que lhe permite a adaptação contínua à realidade objetiva. O que varia em cada indivíduo será a combinação dessas funções, às quais, conforme as circunstâncias subjetivas e externas, serão mais solicitadas.

No comportamento explícito, tem que se distinguir o nível objetivo - que é influenciado pelos valores sociais, pela aprendizagem, pelas habilidades de coordenação.

A inteligência constitui-se de um grupo de funções psíquicas que estabelecem a observação, a adaptação lógica ao ambiente, incluindo, assim, duas direções: a captação dos fenômenos externos e a subordinação do trabalho mental criador às exigências da realidade externa.



As funções intelectuais que presidem a captação dos dados externos são as da observação. Através da elaboração, interpretamos as noções obtidas pela observação dos dados concretos e abstratos do ambiente. Deste processo resulta o pensamento e, finalmente, a comunicação através da qual expressamos nossas concepções no e do ambiente.

A adaptação intelectual à realidade é alcançada através de concepções simbólicas. São os símbolos os elementos essenciais para a solução da grande maioria dos obstáculos que o homem enfrenta em relação ao ambiente físico e social. E esta capacidade de apreender, os símbolos externos e de expressar os sentimentos e pensamentos através dos símbolos é peculiar aos seres humanos.

A capacidade de simbolização é fundamental para a plena adaptação do indivíduo à realidade externa. Ela decorre não apenas da apreciação dos eventos externos e da assimilação dos valores do ambiente, mas, fundamentalmente, da capacidade de reelaborar, de maneira original e criativa, os dados colhidos e de comunicar os resultados das concepções e dos estados subjetivos aos semelhantes.

É a afetividade que estimula a inteligência despertando, assim, o interesse pelo ambiente.

A criança, e mesmo o adulto, só se empenham num trabalho intelectual quando motivados, afetivamente, para este exercício específico. *"Ao mesmo tempo que há o estímulo afetivo, isto é, o interesse sobre o trabalho mental, ocorre uma repercussão desta noção apreendida sobre o mundo afetivo"*. Esse continuum, esse dinamismo constante que se estabelece desde os primeiros contatos do ser humano com a realidade é o que Silveira define como "emoção". *"A emoção é, ao mesmo tempo, o estímulo e o resultado de todo trabalho mental. No meio eferente, ela determina o relacionamento com o meio externo - solicitando a elaboração contínua da realidade percebida - e, no sentido aferente, qualquer imagem obtida, diretamente, a partir do ambiente, ou, indiretamente, através da evocação, irá repercutir afetivamente. Esta repercussão afetiva inicia-se bem cedo na vida humana; é o que estabelece o*

*nexo entre os diversos estímulos externos dando continuidade a nossas experiências e, como decorrência, a noção de unidade subjetiva do eu" (Coelho, 1975).*

É a correlação entre os fenômenos intelectuais e afetivos que origina a emoção. A característica fundamental da emoção é representada pela dimensão prazer-desprazer. Os aspectos valorativos das situações objetivas são experimentados sob a forma de emoções que mobilizam mudanças vegetativas e modificações da tensão muscular as quais podem ou não ser percebidas de modo consciente.

Há uma gama extensa de emoções. Algumas estão relacionadas às funções instintivas ou afetivas básicas e outras ligadas às relações afetivas mais diferenciadas.

As emoções podem surgir, repentinamente, mobilizadas por estímulos imediatos e que são percebidos pelo indivíduo, enquanto que há outros que apresentam um curso lento e inconsciente.

*"Aos primeiros nexos emocionais vão se associando a outros sem que o indivíduo atente para este processo. Se tais nexos resultarem de situações conflitivas, que não foram elaboradas conscientemente, poderão desencadear, futuramente, distúrbios psíquicos. Quando isto ocorre, o indivíduo toma consciência da emoção - ansiedade, angústia, medo - mas não lhe identifica a causa objetiva. Através da Prova de Rorschach ou do estudo clínico, podemos distinguir os distúrbios emocionais reativos, associados a uma situação atual, dos distúrbios psicogênicos, inconscientes. Os primeiros traduzem apenas uma reação a uma situação bem delimitada, enquanto os últimos possuem caráter mais profundo e resultam de conflitos que ocorrem em fases anteriores do desenvolvimento" (Coelho, 1975).*

A afetividade atua sobre a conação, uma vez que na ausência de

uma necessidade - seja ela instintiva ou de natureza social - a atividade explícita será inexpressiva ou estereotipada. As funções da atividade podem ser adequadas e, entretanto, não se exteriorizam satisfatoriamente em decorrência de inibição e conflitos de ordem afetiva. As funções da atividade podem exteriorizar-se de modo intenso e impulsivo, através de um comportamento inadequado, com interferência afetiva acentuada; exemplo: acesso de cólera.

A conação é estimulada pela afetividade, mas não atua diretamente sobre ela. Esta relação se estabelece apenas mediante a interferência da esfera intelectual. Dessa forma, a atividade modifica as disposições afetivas através dos dinamismos emocionais.

Há uma correlação entre a inteligência e a conação. A cada instante o indivíduo norteia seus atos de modo a adaptá-los às exigências da realidade. Esta interferência tanto pode ser refletida e intencional, como automática e inconsciente.

Resumindo, existe entre os três setores da personalidade um relacionamento específico, desde o nascimento do indivíduo. A afetividade é que reúne as funções básicas, das quais ocorrem todos os dinamismos psicológicos, e mesmo vegetativos, e se exterioriza através das funções ativa e intelectual.

Silveira (1964) argumenta que *"só através destas inter-relações se pode compreender os processos do aprendizado que permitem a integração cada vez mais harmônica do ser humano nas condições sociais"*.

Segundo Coelho (1975) as características fundamentais da Prova de Rorschach são as seguintes:

- (1) Esta Prova é constituída de dez pranchas, numeradas no verso, onde estão impressos padrões de manchas ambíguas, sendo cinco delas de tons preto ou cinza (pranchas monocromáticas); duas em tons que se associam com o

vermelho e três que combinam manchas coloridas de várias tonalidades (pranchas coloridas).

(2) A Prova não exige informações teóricas específicas, não existindo respostas certas ou erradas. É o próprio examinando quem define e estrutura a tarefa.

(3) A estrutura ambígua, pouco familiar das manchas, é que permite que as interpretações variem quantitativa e qualitativamente, obedecendo a um determinado padrão perceptual, próprio e característico de cada indivíduo. Deste modo, as interpretações sofrem a influência dos dinamismos peculiares a cada examinando, revelando assim, sua singularidade em relação aos demais. Quanto menos padronizado e familiar for o estímulo, mais o indivíduo deverá apelar para os próprios recursos subjetivos - sua maneira de elaborar problemas, de encarar a vida, de manifestar sentimentos e impulsos, com escassa utilização dos papéis e valores sociais pré-estabelecidos.

(4) Por outro lado, tem-se que impedir a intervenção do julgamento subjetivo do examinador na avaliação das respostas à Prova. Para isto, existem normas estáveis e objetivas.

Considera-se inicialmente, que todo ser humano tem uma mesma estrutura de personalidade e, assim sendo, existem critérios universais de desenvolvimento e, portanto, de expectativa normal. Mas o sujeito vive numa sociedade e utiliza um conjunto de valores e normas próprias do grupo a que pertence, tornando assim possível e indispensável a comparação de suas interpretações da mancha com as interpretações obtidas no estudo da população média. Assim sendo, os mesmos aspectos formais e os mesmos conteúdos explícitos das respostas deverão ser reduzidos aos mesmos símbolos convencionados pelos critérios de classificação, o que permite o tratamento estatístico dos dados obtidos.

(5) Na Prova de Rorschach o conjunto das pranchas monocromáticas (prancha I, IV, V, VI, VI, VII), representa as situações mobilizadoras de decisão e iniciativa e as diferentes tonalidades das manchas escuras mobilizam as reações emocionais. Já os estímulos coloridos provocam reações afetivas mais primárias (pranchas II, III) e as mais diferenciadas (pranchas VIII, IX, X). O estudo dos diferentes índices e dinamismos obtidos no grupo das pranchas monocromáticas e os da série colorida permite avaliar as reações do examinando frente às situações que exigem discernimento ou perante incitações afetivas intensas (Silveira, 1964).

Há, portanto, no protocolo da Prova de Rorschach, dois tipos de dados: os fornecidos pela confrontação com a população média e os dados específicos de cada indivíduo. O examinando não é descrito por um único componente associativo e nem pela soma dos diversos componentes do protocolo, mas pela combinação específica desses fatores, que oferece uma configuração peculiar que traduz a dinâmica subjetiva de cada examinando.

Resumindo, é fundamental observar, de um lado, o significado psicológico dos diferentes tipos de respostas e os elementos que a compõem, de outro, o dinamismo total da personalidade do indivíduo, que só poderá ser apreendido através de diferentes relações entre as respostas apresentadas em seu psicograma. Uma mesma variável pode ter, significado positivo ou negativo, dependendo do contexto em que se encontre.

(6) A avaliação das respostas às manchas é feita pela decomposição de cada resposta, pelo menos, em quatro elementos: modalidade, determinante sensorial da associação verbal, conteúdo explícito e frequência com que aparece na população média. Na prova de Rorschach, cada esfera da personalidade - intelectual, conativa, afetiva -

projeta-se através de um grupo específico de fatores e através desse mecanismo de projeção se observará o que prevalece na personalidade do examinando: o nível subjetivo ou o nível objetivo.

A aplicação da Prova de Rorschach se desenvolve em duas fases: na primeira, o examinando expõe livremente suas associações diante das manchas, na segunda, ele é solicitado a explicar suas respostas e descrevê-las de forma mais pormenorizada. Através do inquérito, pode-se verificar em que medida predominam as reações afetivas, as disposições conativas ou a construção intelectual em cada uma das respostas.

Completando o inquérito, tem-se os dados suficientes para a classificação das respostas dadas pelo examinando à Prova de Rorschach e a interpretação do psicodrama cujos símbolos estão expostos no Anexo I.

## **2 Procedimentos da Pesquisa**

Para ilustrar o contexto teórico desta investigação, alguns casos clínicos foram apresentados.

A escolha recaiu sobre as enfermidades: Rinite Alérgica Perene, Hipertensão Arterial Essencial e Psoríase por fazerem parte, efetivamente, da relação das doenças classicamente reconhecidas como Psicossomáticas.

Ao lado disso, temos desenvolvidos, há algum tempo, estudos sobre estas enfermidades que nos proporcionaram, conhecimento teórico e certa familiaridade na abordagem destes pacientes.

## 2.1 Sujeitos

(1) Participaram da investigação doze sujeitos, sendo quatro portadores de Rinite Alérgica Perene, quatro de Psoríase, e quatro de Hipertensão Arterial Essencial. O critério utilizado para a seleção dos casos foi o de que as referidas enfermidades se apresentassem como doença base e que não houvesse patologias secundárias físicas ou psiquiátricas. O diagnóstico clínico foi baseado na anamnese e em exames clínicos e desenvolvido pela equipe médica dos respectivos ambulatórios do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas: Otorrinolaringologia/Alergia, Dermatologia, Hipertensão Arterial. E foi baseado na anamnese e em exames clínicos.

Diante deste número de participantes, é bom ressaltar que esta amostra não pretende ser representativa do universo em estudo, apenas visa preencher as exigências formuladas para a condução e embasamento dos objetivos propostos. Ao lado disso, as proposições finais serão formuladas, assentadas e abalizadas pelos resultados obtidos através de técnicas psicológicas precisas e fidedignas, assegurando, assim, profundidade ao estudo.

(2) Como grupo de referência, utilizou-se os dados originários dos cem sujeitos, através dos quais Silveira (1964) fez a padronização da Prova de Rorschach à população brasileira.

(3) Para apreender as condições psicológicas dos pacientes, foi utilizada a entrevista clínica semi-estruturada e a Prova de Rorschach.

## **2.2 - Considerações Psicossomáticas e Clínicas Sobre Rinite Alérgica Perene, Hipertensão Arterial Essencial e Psoríase**

### **2.2.1 Psicossomática e Rinite Alérgica Perene**

A regulação da função respiratória envolve numerosos fatores do organismo e está ligada a diferentes organizações funcionais do Sistema Nervoso Central e a diferentes estados psíquicos. Expressões como: "a angústia sufoca", "a emoção faz perder o fôlego", a idéia da serenidade ligada à respiração tranqüila, são exemplos de uma semiologia respiratória ligada aos estados afetivos.

Como todos os distúrbios funcionais, os distúrbios da respiração podem acompanhar as emoções, assumindo, então, um caráter de comunicação não verbal. A tosse nervosa, a bola faríngea, estão associadas a estados afetivos. É evidente a ligação da síndrome de hiperventilação com a angústia, assim como a "suspirose" como manifestação clínica da ansiedade.

A síndrome de hiperventilação apresenta apenas alterações das funções fisiológicas, sem lesão anatômica, desencadeando-se a partir das emoções, conservando uma ligação mais ou menos direta com a angústia original. Já nos sintomas histéricos a distância sintoma-angústia é maior devido à intervenção de múltiplos mecanismos de defesa (deslocamentos, recalque, etc) que tornam mais difícil a reconstituição da cadeia causal, que vai do sintoma (paralisia, distúrbio de linguagem), até a angústia original. O diagnóstico da origem funcional destes distúrbios baseia-se na existência de distúrbios na personalidade do paciente ansioso (neurose da angústia), ou expressiva (neurose histérica), havendo, pois, uma estreita relação entre tensão emocional e função respiratória.

Winnicott (1952) constatou que a congestão nasal e para-nasal em crianças pode ser, frequentemente, expressão de ansiedade. Para



ele, esta é uma das maneiras da criança mostrar sua raiva, uma vez que não se permite fazê-lo dado a intensidade dos sentimentos, provocando, assim, inconscientemente, o congestionamento nasal. A congestão nasal leva ao ressecamento da mucosa, ocasionando não apenas uma situação desconfortável como também uma condição perniciosa. Em seu estado natural, a mucosa é úmida e provavelmente quando seca, seja uma barreira menos eficiente contra a infecção. Assim, torna-se possível explicar os repetidos resfriados que acometem crianças nervosas e hiperexcitáveis. Este autor observou também que as crianças ansiosas são propensas a crises de dificuldades respiratórias associadas a ataques noturnos de ansiedade, com frequência tomados por asma.

Para Paiva (1966), são necessários três fatores para que uma doença alérgica se manifeste: fator genético predisponente, fator psicogênico e fatores exógenos de alergização, havendo, entretanto, casos especiais como a asma histérica, onde o fator alérgico não está presente. Em seu levantamento bibliográfico sobre asma, refere que fatores emocionais estressantes, como dificuldade de exteriorizar agressividade, medo de enfrentar situações competitivas, podem precipitar crises asmáticas.

A Rinite Alérgica Perene se caracteriza por uma hipersensibilidade à determinadas substâncias. Esta hipersensibilidade tem seu mecanismo eminentemente relacionado ao sistema imunológico; a diminuição da resistência específica que, neste caso, pode estar ligada a estados depressivos (Haynal, 1983). Esta interinfluência entre sistema-imune e fatores psíquicos é muito aceita atualmente pelos imunologistas. Cohen (1987), em seu artigo *Immunology and Behavior*, ressalta ser de grande importância esta conexão, embora aponte a necessidade de pesquisa nesta área a fim de esclarecer questões importantes sobre esta interação, como: a que nível se dá esta interação, como medi-la, qual a importância dela. Pouco se conhece sobre eventos celulares ou moleculares no cérebro de uma pessoa deprimida. Também não se explica porque o stresse reativa o herpes ou corrobora num processo alér-

gico, mas não se pode negar a importância do sistema imunológico neste processo de reativação. Embora se desconheça como se desenvolve esta mediação, alguns autores tentam, através de seus trabalhos, lançar luz sobre o assunto (Chandler, 1986; Holmes, 1951; Czubaski, 1976).

Chandler (1986) examinou pacientes com uma longa e imprecisa história de dificuldade nasal, apresentando as seguintes características:

- 1) Ausência de doenças alérgicas ou evidência mínima de alergia por inalação
- 2) Exame nasal normal
- 3) Ansiedade e desejo por cirurgia do nariz
- 4) Insucesso a respostas com anti-histamínicos descongestionantes tópicos e/ou esteróides orgânicos
- 5) Preocupação obsessiva com os sintomas nasais sem nenhuma causa objetiva.

Estes pacientes raramente mostram um modelo padrão de doença nasal crônica como sinusite suportativa, polipose, etc. A experiência terapêutica de evitar alérgenos suspeitos e o uso regular de corticóides e descongestionantes anti-histamínicos não alterou o complexo de sintomas. Para Chandler, as poucas manifestações físicas e a ausência de respostas ao tratamento nestes pacientes, podem resultar de uma fixação do tipo neurótica na função nasal, uma vez que os fatores psíquicos atingem o sistema do trato respiratório através do sistema nervoso autônomo. Não existe, nestes casos, uma doença funcional mas uma percepção anormal e uma adaptação a um evento fisiológico normal de uma forma inadequada. Este autor conclui, sugerindo que uma discussão com estes pacientes sobre suas reais dificuldades pode ajudá-los a

prevenir as repetidas avaliações médicas, o alto custo das terapias prolongadas e evitar as cirurgias nasais. A psicoterapia poderá ser indicada, mas dificilmente será aceita por estes pacientes que buscam diagnóstico de doença nasal.

Já Holmes (1951), em seu artigo "Life Situations, Emotions and Nasal Disease" demonstrou que a exposição de pacientes "sensitivos" (com febre de feno) e "não sensitivos" ao pólen de gramíneos elicia uma resposta de hiperfunção nasal caracterizada por hiperemia e edema e que a magnitude relativa desta hiperfunção, presente no momento da exposição ao pólen, aparenta ser um dos fatores determinantes do caráter da resposta da mucosa. Observou, também, que há evidências de que a intensidade da coriza na febre de feno é realçada quando:

- 1) Em situações de conflito e ansiedade, a mucosa nasal é agredida pelo pólen
- 2) Durante a exposição ao pólen são introduzidas discussões sobre situações conflitantes de ameaça à vida e outras emoções fortes
- 3) Os neuro-mecanismos para a produção de hiperfunção nasal que acompanham a reação individual numa situação de conflito ameaçador envolvem impulsos colinérgicos mediados pelo suprimento do nervo parassimpático até as membranas.

Desta forma, fica evidente que o conceito de pólen como fator etiológico único envolvido na produção da Síndrome da Febre de Feno falha em oferecer uma base satisfatória para a interpretação de dados aduzidos neste estudo. O caráter da Síndrome da Febre de Feno aparenta depender não apenas da intensidade da hiperfunção nasal produzida pela exposição de indivíduos sensitivos ao pólen, mas da magnitude e duração dos sintomas provocados por outras ameaças e agressões à in-

tegridade corporal. De maior importância entre esses fatores etiológicos estão, segundo Holmes (1951), as situações de vida que criam conflitos e ansiedades.

Com o propósito de averiguar o papel dos fatores psicogênicos durante o curso da doença alérgica, Czubaliski (1976) desenvolveu, através da Anamnese Psicossomática, do estudo das condições psíquicas e Inventário de Personalidade, uma pesquisa em que estudou cento e vinte e oito pacientes, sendo noventa e um com febre de feno e trinta e sete com Rinite Alérgica Perene.

A análise dos resultados indicou que a presença do fator hereditário entre os membros mais próximos da família dos pacientes se mostrou praticamente igual para os dois grupos (Febre de Feno 48%; Rinite Alérgica Perene 43%).

A principal questão levantada nesta investigação refere-se ao papel dos fatores psíquicos nas duas síndromes do estudo. Nos casos de Rinite Alérgica Perene os fatores psicogênicos têm uma importância maior. A história da doença e o exame da situação atual de vida destes pacientes mostraram que são, geralmente, causa de estresses psíquicos. Os dados indicam que a formação da personalidade dos riníticos ocorreu em condições muito mais desfavoráveis, na infância e na juventude, do que nos pacientes com Febre de Feno. Os primeiros revelaram freqüentemente estado de frustração devido às relações defeituosas com os pais ou substitutos. As repetidas circunstâncias conflitivas da infância e juventude impediram que estes pacientes se tornassem adultos autônomos e com recursos para enfrentar as diferentes situações da vida. Isto explica porque esses indivíduos não podem administrar as diferentes situações de conflito na vida adulta. As situações que envolviam grande participação emocional, os conflitos se manifestavam e suas reações eram de caráter neurótico ou psicossomático. Os pacientes com Rinite Alérgica Perene que eram casados apresentavam mais conflitos em suas vidas conjugais e menor satisfação sexual que os com Febre de Feno.

O impacto direto do estresse psíquico das situações conflitivas que precederam a emergência dos sintomas alérgicos mostrou-se muito maior nos pacientes com Rinite Alérgica Perene do que nos casos de Febre de Feno. Conseqüentemente, esta investigação indica que as emoções na Rinite Alérgica Perene influenciavam o aparecimento dos sintomas e das doenças em um número considerável de casos. Tal fato permite colocar a Rinite Alérgica Perene entre as doenças psicossomáticas.

Através do tratamento psicanalítico de pacientes ríníticos, Perestrello (1987) observou que as crises de rinite alérgica se manifestam freqüentemente nestes pacientes motivadas por situações de separação da mãe ou de sua substituta. Para este autor, a rinite alérgica é apenas uma das reações do paciente à sua maneira peculiar de viver os problemas que se lhe apresentam..."sendo, pois, a enfermidade física" efeito da organização da personalidade do doente.

Mac Fadden et al (1993), investigando os possíveis dinamismos afetivo-emocionais envolvidos na etiologia da Rinite Alérgica Perene, examinou trinta pacientes através de entrevistas psicológicas e do teste das Pirâmides Coloridas de Pfster. A análise dos resultados de ambos os instrumentos revelou que o grupo estudado apresentou dificuldades psíquicas intrínsecas, devido a falhas no desenvolvimento afetivo-emocional, apontando mais para uma linha neurótica de estruturação da personalidade.

As referências bibliográficas apresentadas são expressivas no que diz respeito à importância do estudo das reações afetivo-emocionais dos ríníticos para uma maior compreensão deste quadro clínico.

### **2.2.2 Aspectos Clínicos da Rinite Alérgica Perene**

A Rinite Alérgica Perene faz parte do grupo das chamadas doenças auto-atópicas. Atopia é um termo criado por Coca e Cook em 1923 para designar certos quadros de hipersensibilidade humana sujei-

tos à influência hereditária. Fazem parte deste grupo a asma brônquica alérgica, o eczema atópico e algumas formas de urticária.

A Rinite Alérgica Perene afeta indistintamente ambos os sexos, sendo sua incidência, no Brasil, bastante elevada. Surge na infância, ou preferencialmente, até aos quarenta anos. Os sintomas mais comuns da Rinite Alérgica Perene são: espirros (queixa maior), prurido nasal, faríngeo e ocular (estes em menor intensidade), obstrução nasal, coriza, lacrimejamento, sintomas estes, algumas vezes, acompanhados de nítida alteração de humor.

Estas reações são desencadeadas por inalação de pequenas partículas proteicas, ou alergenias, sendo os principais em nosso meio: pó domiciliar, ácaros presentes no meio doméstico (vivos ou seus dejetos), fungos, pelos, penas, caspa humana e epitélio de animais domésticos, como cão e gato, bem como pólen de certas gramíneas.

No diagnóstico das Rinites Alérgicas vários pontos devem ser considerados:

- Anamnese detalhada: queixa principal, antecedentes pessoais e familiares de alergia, início dos sintomas, intensidade das crises, respostas a contritores.
- Exame físico: rinoscopia anterior e posterior, evidência de sinais físicos como engurgitamento, palidez da mucosa, resposta a vaso constritores tópicos, presença ou não de pólipos, etc.
- Exame citológico do muco nasal: avaliar presença e quantidade de eosinófilos
- Testes intra-dérmicos: resposta à bateria de alergênicos comuns ao nosso meio
- Estudo radiológico dos seios da face, realizado quase sempre que necessário, para elucidação diagnóstica.

- Testes de provocação nasal e biópsia nasal ainda podem ser utilizados.

No Serviço de Tratamento Clínico do Ambulatório de Otorrinolaringologia/Alergia do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, o diagnóstico dos pacientes é baseado nos quatro primeiros itens citados. Uma vez diagnosticados, os pacientes são esclarecidos quanto a sua patologia, os cuidados ambientais e se inicia uma medicação sintomática para auxiliar no alívio dos sintomas. Nos casos mais graves, o tratamento indicado é o da Hipossensibilização Específica, com duração aproximada de três anos, recebendo doses mensais. A cada retorno, avalia-se a resposta do paciente ao tratamento proposto. Aproximadamente no meio do tratamento (um ano e meio), bem como no seu final, o paciente submete-se a uma reavaliação completa com nova colheita de muco nasal e testes intradérmicos.

### **2.2.3 Psicossomática e Hipertensão Arterial Essencial**

Desde a antiguidade já se relatava a influência das emoções sobre o organismo humano, havendo o reconhecimento de ser o coração o órgão mais sensível às reações emocionais. Frente a situações violentas, o coração reage prontamente através de batidas aceleradas e descompassadas, por alguns momentos, para voltar, em seguida, à normalidade. Quando estas situações retornam com muita frequência, o coração torna-se mais sensível a tais desordens, podendo levar a alterações irreversíveis. Estudos sobre doenças cardíacas permitem levantar a hipótese de que, quando a tendência constitucional à hipertensão está presente, a dificuldade de expressar os sentimentos hostis é um fator contribuinte. Embora não possa ser considerada como determinante da doença, tendo uma relação causal, esta relação é observada em repetidos casos, através do estudo da história da vida do paciente.

Através de estudos psicanalíticos de pacientes hipertensos, Ale-

xander (1952) afirma que eles apresentam impulsos reprimidos associados à ansiedade. Esses indivíduos mostram-se amadurecidos e bem ajustados, graças à dificuldade de expressarem livremente a hostilidade. Procuram ser complacentes, disponíveis com as outras pessoas, a fim de compensarem seus sentimentos de inferioridade.

Segundo Miller Paiva (1966), a maioria dos psicanalistas afirma que os hipertensos têm um estado conflitivo crônico, difícil de ser resolvido por estes pacientes. O esquema simplificado deste conflito seria: dificuldade de aceitar a dependência passiva e a incapacidade de exprimir a hostilidade. Estas características, afirma Miller Paiva, estão presentes em outras doenças, mas o órgão *target* seria o sistema articular, tendo também o fator genético um lugar de destaque.

Moses et al (*apud* Paiva, 1965) afirmaram que os hipertensos mobilizam contínua e excessivamente certa quantidade de ansiedade e ira em resposta às frustrações às suas necessidades básicas de dependência e segurança. Para esses pesquisadores, a ira e o ressentimento são fatores importantes para a elevação da pressão arterial.

Pacheco & Silva (1976), relatando sobre pacientes hipertensos, afirmam que agressividade, impulsos hostis reprimidos e intensa tensão psicomotora não liberada atuam sobre o sistema nervoso simpático levando a graves transtornos no sistema cardiovascular. O ritmo cardíaco se intensifica aumentando consideravelmente a vasoconstrição e, posteriormente, apresentando espasmos das fibras lisas. A massa sanguínea comprimida distende as paredes dos vasos, originando um aumento de tensão arterial. Estas crises hipertensivas, transitórias inicialmente, com o tempo se transformam em permanentes e duradouras.

Fenichel (1966) expõe que, embora não se conheça com exatidão as vias fisiológicas que levam à estrutura de sintomas neuróticos em alguns casos, como o de hipertensão arterial essencial, pode-se depreender atitudes psicológicas subjacentes. Através de estudo psicanalítico observou, também, que estes pacientes se caracterizam por



extrema "tensão instintiva inconsciente", apresentando tendências agressivas e, às vezes, anseio passivo-receptivo de se liberarem desta agressividade. São tendências inconscientes, e estão presentes em pessoas que aparentam tranquilidade, não se permitindo nenhuma forma de descarga de seus impulsos. Estas tendências internas não descarregadas, podem ser um dos componentes etiológicos da hipertensão essencial, atuando através de influências hormonais de respostas vasomotoras e com intervenção dos rins.

Sapar (1978) investigou a relação entre os fatores psicológicos e hemodinâmicos, através da Prova de Rorschach, em dois grupos, que classificou como hipertensos fronteiros e permanentes. Os resultados deste estudo mostraram que os pacientes não apresentavam neurose estruturada devido à pobreza de fantasias e da inadequação dos mecanismos referentes às tendências agressivas.

Tais observações mostraram-se mais acentuadas em hipertensos permanentes. Nos hipertensos fronteiros a escassez de fantasias vinculadas às percepções cinestésicas foi altamente significativa ( $p < 0,01$ ) estando associada à ansiedade e a sintomas funcionais. Isto sugere um aumento da labilidade do Sistema Nervoso Autônomo (SNA). Nos hipertensos permanentes verificou-se, entretanto, inabilidade para expressar a ansiedade de forma simbólica. Os resultados obtidos sugerem que os hipertensos permanentes apresentam caráter predominantemente somático em oposição aos conflitos psicológicos observados em hipertensos fronteiros.

Com o objetivo de averiguar a existência de fatores psicológicos peculiares a um grupo de pacientes com hipertensão arterial essencial, MacFadden & Ribeiro (1991) estudaram vinte pacientes através da entrevista psicológica e da Prova de Rorschach, concluindo, através dos resultados obtidos, que o referido grupo revelou uma dinâmica afetivo-emocional que se expressa através de alterações conativas. Apresentam bloqueio afetivo-emocional assim como ansiedade difusa que dificulta limitar precisamente as situações que lhes causam ansiedade, impedin-

do, deste modo, a comunicação através de gestos ou de simbolismos significativos, ficando a ansiedade ligada a fenômenos metabólicos e vegetativos. Estas alterações vegetativas se caracterizam como crises hipertensivas transitórias que podem se transformar em crises permanentes.

#### **2.2.4 Aspectos Clínicos da Hipertensão Arterial Essencial**

A hipertensão arterial essencial se caracteriza clinicamente por elevação dos níveis tensionais acima dos valores normais da pressão arterial sistêmica. É uma doença de múltiplas etiologias e fisiopatologias, podendo ou não ser acompanhada de lesões em seus órgãos alvos (vasos, coração, retina, rim, etc.) no momento de sua detecção.

Na hipertensão arterial essencial os valores da pressão sistólica estão, na maioria das vezes, elevados, havendo, entretanto, situações em que o aumento se verifica somente na pressão sistólica e daí a denominação "hipertensão sistólica" deverá ser utilizada. A cifra 140/90 mmHg é considerada como limite superior da normalidade para a idade adulta. Este critério não é unanimemente aceito, sendo fixados pela Organização de Saúde os níveis 160/95 mmHg como o limite superior da normalidade na idade adulta. Na infância, a pressão arterial aumenta com a idade, estabilizando-se no final da puberdade e início da idade adulta.

A hipertensão arterial é prevalente e apresenta maior morbidade para o sexo masculino, ao redor de trinta anos, enquanto que para as mulheres sua maior incidência é após a menopausa. A diferença de ocorrência entre os sexos tem diminuído recentemente, o que é atribuído às mudanças de hábitos entre as mulheres, como por exemplo: associação de pílulas anticoncepcionais e o hábito de fumar, em mulheres com mais de trinta anos.

Quanto ao grupo étnico, a hipertensão é mais freqüente e severa nos pretos do que entre os brancos, o que demonstra a influência do fa-

tor hereditário na manifestação da doença, e não exclui, também, a participação de fatores sociais e culturais.

A hipertensão arterial ocorre com mais freqüência em indivíduos com antecedente familiar positivo para esta doença.

Outros fatores como obesidade, aumento de ingestão de sal, consumo de altas doses de álcool são freqüentemente associadas à maior incidência da hipertensão arterial.

Um outro dado que se tem procurado relacionar à maior ocorrência de hipertensão é a situação de "stress" psicossocial.

A hipertensão arterial constitui-se num dos mais importantes problemas de ordem pública nos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos da América do Norte esta afecção situa-se entre os maiores causadoras de incapacidade física na força do trabalho. O impacto no padrão geral de mortalidade pode ser estimado de seis a sete vezes maior que nos normotensos na faixa etária de quarenta e cinco a sessenta e quatro anos. Dados parecidos têm se encontrado no Japão e em países da Europa.

No Brasil, algumas estimativas disponíveis revelam que a hipertensão arterial assume grande importância médico-social, pelo menos entre os assegurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em termos de incapacitação física e mortalidade na população brasileira. Esta afecção aparece como a terceira causa mais freqüente de afastamento temporário ou permanente em 1976, para os assegurados do INPS, em todo o território nacional.

A elevação da pressão arterial é, na maioria das vezes, multifatorial, vários fatores estão concorrendo para elevar os níveis tensionais. Tem-se, também, que na evolução da moléstia pode-se documentar diferentes fases nas quais há mudanças dos fatores preponderantes. Mesmo nos casos onde existe uma causa bem definida, pode-se ter múltiplos fatores determinado a manutenção da hipertensão.

O conceito de multifatorialidade da hipertensão tem implicações clínicas, por exemplo: a dificuldade de normalização dos níveis tensionais com diuréticos, possivelmente é porque tais níveis estão sendo mantidos devido à hiperatividade do sistema renina-angiotensina ou do sistema nervoso. Isto leva à associação de um diurético a um bloqueador do Sistema Nervoso Autônomo ou a um simpatolítico, o que, frequentemente, dá bons resultados.

A hipertensão primária ou essencial constitui cerca de 90% dos casos, e a única alteração encontrada é a elevação dos níveis pressóricos sem outra patologia que possa explicar esta elevação. A hipertensão arterial primária pode ser concomitante com outras patologias, como obesidade e arteriosclerose, que por si só podem elevar ou agravar os níveis tensionais.

A hipertensão secundária está frequentemente associada à afecção do parênquima renal, podendo ser aguda ou crônica.

Um outro modo de classificar a hipertensão arterial é através da constância do estado hipertensivo. Nas situações clínicas onde ocorrem flutuações dos níveis pressóricos, ora em hipertensos, ora em normotensos, tem-se a hipertensão lábil ou fronteira. Quando os níveis pressóricos estiverem sempre acima dos níveis normais, a hipertensão será denominada fixa.

Há, ainda, a classificação do processo hipertensivo em formas leve, moderada e severa. Na forma leve, a pressão arterial diastólica se encontra pouco elevada, menor que 104 mmHg, e pode ou não haver lesões orgânicas nos órgãos alvos. Na hipertensão moderada, a pressão diastólica é maior que 104 mmHg e menor que 115 mmHg. Na forma severa, níveis tensionais se encontram acima de 115 mmHg.

O Conselho Brasileiro para Tratamento de Hipertensão Arterial (1991) apresenta o consenso brasileiro sobre a classificação da hipertensão de acordo com os níveis tensionais:

## Abaixo de 90 mmHg } Normal

---

90 - 110 mmHg	Cifras baixas não complicadas, não há lesões em órgãos alvos   Cifras baixas complicadas, há lesões nos órgãos alvos
Acima de 110 mmHg	Cifras altas não complicadas, não há lesões nos órgãos alvos   Cifras altas complicadas, há lesões nos órgãos alvos

---

A anamnese clínica deve identificar como e quando se iniciou o estado hipertensivo, fornecer dados sobre antecedência familiar, o uso de contraceptivos, o hábito de fumar, no caso das mulheres, passado renal e sintomas de doença vascular periférica. Quanto aos sintomas, verificar a presença de escotomias e zumbidos no ouvido e cefaléia occipital.

O exame físico é importante para se detectar quais os órgãos alvos envolvidos.

O exame do fundo de olho deve ser feito rotineiramente, pois é extremamente útil para a avaliação de comprometimento arteriolar e na confirmação diagnóstica da hipertensão maligna.

Quando um dado clínico ou de exame físico sugerir a presença de hipertensão secundária, um mínimo de exames laboratoriais deve ser realizado para evitar que o paciente seja submetido a procedimentos desnecessários. A rotina laboratorial mínima na avaliação do paciente hipertenso no Hospital da Universidade Estadual de Campinas é:

- Hemograma
- Urina Tipo 1
- Dosagem de creatinina e uréia plasmática
- Eletrocardiograma

- Dosagem de potássio plasmático.

O esquema terapêutico adequado é a fase mais importante na assistência ao paciente hipertenso. Ao lado do tratamento medicamentoso certas medidas devem ser tomadas, a fim de melhorar a eficiência da medicação.

- Diminuição na ingestão de sal
- Combate à obesidade
- Restrição na ingestão de álcool
- Combate ao hábito de fumar
- Suspensão de medicamentos que possam promover hipertensão arterial, por exemplo: contraceptivos orais, esteróides, etc.

As drogas utilizadas no tratamento de hipertensão arterial são: diuréticos, simpatolíticos, vasodilatadores, beta bloqueadores e inibidores da enzima de conversão da angiotensina.

A escolha do esquema terapêutico vai depender da familiaridade do médico com os diferentes medicamentos, da reação individual, dos efeitos colaterais e da severidade do quadro hipertensivo.

A incidência de não cumprimento da prescrição médica entre os pacientes hipertensos chega a 50% dos casos. A análise da literatura sobre os motivos que os levam a não seguir a prescrição aponta para as seguintes causas: alto custo da medicação, esquemas medicamentosos incômodos (horários, doses, frequência e forma de ingestão), efeitos colaterais e falta de compreensão do paciente sobre o porquê de determinada medicação.

Freqüentemente, os poucos sintomas que ocorrem não são levados a sério pelo pacientes. Enquanto os sintomas são ignorados, a elevação da pressão arterial está mantendo um esforço constante e desgastante nos vasos sanguíneos, coração e outros órgãos, levando o paciente a correr sérios riscos de vida. Por esse fato, a hipertensão foi denominada "o assassino silencioso".

### **2.2.5 Psicossomática e Psoríase**

Os distúrbios emocionais, freqüentemente, se expressam em forma de alterações dermatológicas, podendo a pele ser considerada como órgão de expressão da dinâmica afetivo-emocional do homem. Constituindo um meio de comunicação emocional entre as pessoas, a pele serve, de um lado, de receptor de emoções, e de outro, de condutor de um significado emocional, verificando-se, deste modo, uma integração constante entre a pele e as emoções.

Para Fenichel (1966), por razões fisiológicas, a pele expressa freqüentemente irritações do sistema endócrino-vegetativo, convertendo-se, assim, em assento de descarga de emergência, em certos estados de tensão emocional. O fato de a pele ser influenciada por reações vasomotoras, provocadas por impulsos inconscientes, tem de ser entendido do ponto de vista das funções fisiológicas. Fenichel ressalta quatro características importantes da pele na sua função de fronteira entre o mundo interno e externo:

- 1) Como capa de cobertura do corpo, tem função de proteção. Ela "examina" os estímulos externos, em caso de necessidade, mitiga-os, podendo até reprimi-los
- 2) Como zona erógena importante, se o impulso de utilizá-la como tal é reprimido, as tendências recorrentes em prol ou contra a estimulação cutânea encontram expressões somáticas em alterações cutâneas

3) Como parte superficial do organismo, pode tornar-se expressão de conflitos relacionados ao exibicionismo. Esses conflitos estão ligados não apenas ao instituto sexual, ao temor e vergonha, mas também a diversas necessidades narcisistas

4) Como expressão de ansiedade, resultante de disfunção simpaticotônica.

A psicogênese dos transtornos da pele está sob controle do sistema nervoso autônomo. Assim, por exemplo, sentir-se embaraçado por perplexidade, dúvida, espanto ou medo, pode manifestar-se por vasodilatação, produzindo ruborização. Certas alterações na vascularização cutânea, produzidas por via emocional, podem resultar, no decurso do tempo, em expressões patológicas em diferentes graus, e ser a causa de uma variedade de mudanças tissulares. Embora em algumas situações a presença de fatores orgânicos seja primordial, as emoções também podem atuar sobre as barreiras tissulares e produzir variações reativas diversas, que vão desde as manifestações simples e corriqueiras até as explosões agudas e generalizadas. É no encontro das diversificadas condições psicossomáticas que certamente radica muito do desconhecido da patologia dermatológica.

Tem-se feito tentativas de correlacionar características neuróticas específicas com determinadas enfermidades da pele. Belak (1965); Spitz (1983) observaram muitos casos de dermatites atópicas em bebês emocionalmente carentes e correlacionaram estas enfermidades com carência afetiva. A influência dos fatores emocionais que acompanham a recidiva e exacerbação das lesões na psoríase foi estudada por diversos autores. Baden & Puglesi (1973) observaram três pacientes psoriáticos admitidos, consecutivamente, para tratamento hospitalar e encontraram elevada incidência de desordens psiquiátricas no grupo.

Callas (1973) refere que autores como Bolgert consideram te-



rem os psoriáticos personalidade com forte estruturação obsessiva. Engels (1982) e Paljan (1984) investigaram, separadamente, os fatores psíquicos que influenciam o curso da psoríase e concluíram que o estresse emocional tem um papel importante na exacerbação da doença. Certamente por isso, Engels (1982) sugeriu, como sendo de grande propriedade, integrar a psicoterapia ao tratamento clínico destes doentes.

Mac Fadden (1993), em seu artigo "Estudo descritivo sobre a dinâmica afetivo-emocional de um grupo de pacientes psoriáticos" descreve os aspectos psicológicos mais significativos encontrados num grupo de vinte pacientes psoriáticos, através da Prova de Rorschach e da entrevista psicológica. Resumidamente, são os seguintes:

- 1) Predomínio de reações afetivas imaturas, egocêntricas, com tendência a reagir no plano afetivo com mudanças intempestivas de humor, agressividade e consideração precária das circunstâncias externas
- 2) Elevada impulsividade, sugestibilidade e carência de auto-afirmação
- 3) Sensibilidade afetiva prejudicada no contexto interpessoal, prevalecendo impulsos instintivos primários
- 4) A expressão dos afetos se faz de modo imaturo ou é totalmente bloqueada. Há períodos de retração emocional e depressão.
- 5) No plano manifesto e profundo, o comportamento é regido pelas necessidades afetivas intrínsecas, em detrimento das exigências do meio ambiente
- 6) Bloqueio do raciocínio lógico ligado ao julgamento da realidade e, em plano profundo, prevalecem as fantasias sobre a expressão emocional

7) A adaptação emocional que prevalece no grupo é a do tipo que bloqueia a expressão direta da fantasia e a busca da definição da própria posição no meio ambiente. Portanto, a expressão emocional, possivelmente se dá a nível somático

8) Observa-se distúrbios psicogênicos não conscientes decorrentes de conflitos ocorridos nas primeiras fases de desenvolvimento

Assim posto, concluímos que são fortes as evidências da influência dos fatores emocionais na aquisição da psoríase e exacerbação das lesões psoriáticas.

### **2.2.6 Aspectos Clínicos da Psoríase**

O termo psoríase era empregado, desde a antiguidade, para designar as diversas dermatoses pustulosas e escamosas.

William, em 1808, foi o primeiro a dar individualidade clínica a esta afecção, confundida, naquele tempo, com impetigo e com lepra.

Psoríase é uma dermatose eritemo-escamosa. Constituída por manchas ou placas bem circunscritas, recobertas por escamas espessas e nacaradas. Sua evolução se faz por surtos, habitualmente, durante toda a vida.

É conveniente considerar a patogênese da psoríase sobre os seguintes ângulos: predisposição genética, alterações bioquímicas e estruturais, perturbações na psiquê e no sistema nervoso. A base genética da psoríase, atualmente, não é mais questionada, se bem que os fatores exatos da hereditariedade não estão claros. Faber & Nall (1971) mencionaram os aspectos da hereditariedade na psoríase como "multifatoriais", indicando, assim, que tanto fatores genéticos como ambientais desempenham o seu papel na manifestação da reação psoriática. Na li-

teratura dermatológica, desde que se acentuem os aspectos psicossomáticos, o ponto de vista de que a psoríase tem, também, uma causa "nervosa" já era defendido em 1891, por Polotebnoff (*apud* Vogel, 1976).

Estudos epidemiológicos revelam que a psoríase é encontrada em todo mundo. Cerca de 2% da população mundial sofre de erupções em forma de escamas (*Psoriasis vulgaris*), que é uma das doenças de pele mais freqüentes. Conforme um levantamento do National Center of Health Statistic feito em 1963, vinte e quatro mil e quatrocentos psoriáticos sofrem restrições em suas atividades, em tratamentos estacionais. Diante destes números, pode-se reconhecer o significado médico-social da doença. A primeira manifestação da doença pode ocorrer em qualquer idade, mas sua maior freqüência se observa em pacientes entre o décimo e o vigésimo nono ano de vida, portanto, em um período de vida que se caracteriza por decisivas etapas de amadurecimento biológico e psíquico (Vogel, 1976).

Irritações de origem mecânica, química, infecções, estresse, doenças gerais e influências neropsíquicas são fatores predisponentes. A psoríase tem ocorrência cíclica, podendo ser observada com picos na primavera e outono.

Patofisiologicamente, a psoríase envolve alterações bioquímicas da epiderme, alterações estruturais e desarranjo dos capilares da derme. Uma análise geométrica da epiderme revela aumento no número de células por unidade de superfície e também aceleração do ciclo mitótico. O tempo de renovação das células é encurtado de vinte e oito dias, que é o período considerado normal, para três/quatro dias. Sob a ação desta dinâmica, ocorre um aumento de volume da pele até vinte e três vezes maior, o que, clinicamente fica patente como um acúmulo de escamas.

Num estudo histopatológico, verifica-se invasão da epiderme por leucócitos polimorfos-nucleares, neutrófilos; a camada córnea mostra considerável hiperparaqueratose, espaços aéreos são intercalados entre as camadas, com pobre aderência entre as células, dando origem

às escamas. A camada granulosa pode estar diminuída ou ausente, em muitas lesões ativas. O epitélio suprapapilar não apresenta mais do que poucas camadas finas, ocorrendo espongirose e vacuolização e degeneração hidrópica das células basais. Na região suprapapilar, há migração de células mononucleares e neutrófilos. Estas células em grupo formam os micro-abscessos de Munro. Na derme há infiltração de linfócitos, alterações vasculares e anormalidades nos nervos.

Quanto à manifestação clínica, observa-se lesão geralmente bem definida, de coloração brilhante, recoberta de escamas brancas, nacaradas, dispostas em lâminas superpostas, bastante aderentes. A cor vermelha brilhante pode, em certas áreas, adquirir um tom violáceo, devido estarem os vasos dilatados, superficialmente. Removendo-se as escamas, continuamente, com cureta, elas se desfazem em pequenos fragmentos parecidos aos de raspados de uma vela. As escamas são destacáveis por planos, restando, por fim, uma película inteiriça, tida como característica da doença, que, retirada, deixa a descoberto a superfície da lesão, em que se notam pequenos pontos hemorrágicos, devido à presença dos capilares.

As escamas são resultado da incompleta queratinização. As áreas mais comumente afetadas são os cotovelos, joelhos, couro cabeludo e pele da região lombo-sacra. Todos esses locais têm em comum a tendência ao trauma. Quando as escamas não são evidentes, podem ser induzidas por leve descamação. A doença exhibe considerável grau de uniformidade.

As formas da psoríase são: psoríase mumular, psoríase inversa ou flexural, psoríase gutata, psoríase palmar, psoríase pustulosa localizada e a generalizada, psoríase esfoliativa ou eritrocérmica (artrite psoriática).

\*

# CAPÍTULO VI

## RESULTADOS

A compreensão da doença e de seu significado remete a buscar na história de vida dos pacientes as informações que possam fornecer os elementos que em, diferentes proporções, favoreceram certa vulnerabilidade à doenças físicas.

Neste capítulo serão apresentados, inicialmente, os dados colhidos nas entrevistas clínicas através dos relatos verbais e não verbais dos pacientes sobre suas experiências nas diferentes etapas do desenvolvimento. Posteriormente, serão expostos os resultados quantitativos e qualitativos obtidos na Prova de Rorschach.

No Quadro 1, poderão ser encontrados os dados pessoais relativos a cada indivíduo.

QUADRO 1 - DADOS PESSOAIS RELATIVOS A CADA INDIVÍDUO DA AMOSTRA ESTUDADA

ENFERM	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	EST. CIVIL	OCUPAÇÃO	ÍNDICE DA DOENÇA IDADE	OUTRAS OCORRÊNCIAS	DISPOSIÇÃO HERED. P/A RESPECTIVA ENFERM.	CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS	TRAT. ATUAL	
A P R E S E N T E S E	R1	Fem	55	1º Grau Inc.	Cas.	Doméstica	45	Sinusite Dor de estômago	Lado paterno e materno	Sou muito nervosa porque sou muito preocupada	Sintomático
	R2	Fem	20	2º Ciclo C.	Sol.	Escriturária	16	Acidente de Moto	Ninguém	Qdo fico nervosa fico quieta não respondo. Qdo tenho que tomar decisões não sei o que fazer fico irritada	Sintomático
	R3	Masc	26	1º Grau C.	Sol.	Desenhista	24	Dor de garganta	Lado paterno	Não sou muito nervoso quando acontece fico calado.	Sintomático
	H1	Fem	58	2º Grau C.	Cas.	Do Lar	59	Diarréia	Imã	Paciente guarda seus sentimentos, não desabafa	Sintomático
	H2	Masc	50	1º Grau Inc.	Cas.	Dono Bar	49	Acidente de Caminhão Dores nas pernas e costas	Pai enfartado	Sistema fechado, não sou de brincadeiras, me irrita com facilidade, qdo fico ou me deixam irritado, farto.	Sintomático
	H3	Masc	31	1º Grau Inc.	Sol.	Agricultor	24	Dor de cabeça "Sopro"	Mãe pressão alta	Qualquer coisa fico bravo, pode ficar quieto ou brigar.	Sintomático
	H4	Fem	38	1º Grau C.	Cas.	Doceira	31	"Útero miomático"	Avó paterno	Não reajo nada, enjulo, fico quieta.	Sintomático
	P1	Fem	26	1º Grau C.	Cas.	Do Lar	8	- X -	- X -	Só discuto com o meu marido, com os outros fico quieta.	Tópico
	P2	Masc	35	Super.	Cas.	Advogado	17	Ejaculação Precoce	- X -	Sou tenso, nervoso; reação é imediata, estouro na hora.	Tópico
	P3	Masc	34	1º Grau C.	Cas.	Eletricista	25	Episódio de impotência, fez uso de: bebida, maconha, xarope, moderador de apetite. Foi preso (suspeita de roubo).	- X -	Antes era agressivo, agora tenho domínio, influência da religião	Tópico

Dados obtidos nas entrevistas clínicas:

## **A) Constituição hereditária**

### **Rinite Alérgica Perene**

Apenas dois pacientes relataram a presença de distúrbios respiratórios na família.

### **Hipertensão Arterial Essencial**

Três dos quatro pacientes estudados referem a presença de distúrbios cardiológicos na família.

### **Psoríase**

Os pacientes negam a presença desta enfermidade, assim como de outras enfermidades na família.

## **B) Condições de Nascimento**

### **Rinite Alérgica Perene**

Os pacientes referem ter nascido de parto normal.

### **Hipertensão Arterial Essencial**

Os pacientes referem ter nascido de parto normal.

### **Psoríase**

Os pacientes referem ter nascido de parto normal.



## **C) Enfermidades Orgânicas na Infância**

### **Rinite Alérgica Perene**

Pacientes referem ter tido as doenças infantis do tipo caxumba, sarampo, catapora. Apenas um dos pacientes afirma ter tido crises respiratórias e outros dores de garganta.

### **Hipertensão Arterial Essencial**

Pacientes referem apenas as doenças irritantes: caxumba , catapora, sarampo.

### **Psoríase**

Os pacientes afirmam terem tido doenças infantis: sarampo, catapora, e outras.

## **D) Natureza da Atenção dispensada durante o Primeiro Ano de Vida**

### **Rinite Alérgica Perene**

**R<sub>1</sub>**-Foi amamentada no peito. Após um ano e meio nasceu uma irmã e a paciente afirma:

*"...é o sinal que foi por pouco tempo. Minha mãe nunca deu costume de dar chupeta".*

A paciente diz que não teve problemas para andar, falar. Sua alimentação era "normal".

**R2-***"Fui amamentada por muito tempo porque minha mãe tinha leite. Era minha mãe que cuidava de mim. Não tive problemas para andar e falar".*

Recebeu alimentação artificial normalmente.

**R3-***"Fui amamentado com mamadeira, acho que não aceitava o leite. Tomava leite de cabra. Era minha mãe que cuidava de mim"*

Andou e falou na época certa, sem problemas.

### **Hipertensão Arterial Essencial**

**H1-***"Fui amamentada no peito... Minha mãe era carinhosa. Andei e comecei a falar sem nenhum problema".*

**H2-***"Fui amamentado acho que mais ou menos um ou dois anos".*

**H3-***"Fui amamentado por minha mãe. Minha mãe foi sempre carinhosa".*

**H4-***"Parei de mamar no peito com oito dias e depois aceitei mamadeira. Minha mãe vivia me levando ao médico. Uma noite, tomei a mamadeira toda, depois vomitei tudo. Tomava pouco leite, minha mãe chorava muito. Colocava leite no pirex e dava para mim com colherinha, mas eu não tomava muito. Fui difícil para comer, não tomava remédio pela boca, ia ao médico e tomava injeção, vai ver era de vitamina".*

Não teve problemas para andar e falar.

## Psoríase

**P1-***"Fui amamentada no peito até dois anos... isto eu sei, porque minha mãe vivia tirando sarro da gente "Vocês eram grandonas e mamavam". Tive dificuldade para falar tinha a língua presa, depois trocava as letras.*

Sem problemas para andar.

**P2-***"Minha mãe fez o possível para evitar meu nascimento, não estava programado. Sou diferente, mais irritado, mais nervoso, fui o filho que mais trabalho deu".*

Teve rejeição de leite. Só conseguiu acertar no sétimo mês.

*"Não fui amamentado pela minha mãe, não sei se ela é que não tinha leite. Ouvi dizer que teve que sair da cidade para (para procurar médico) resolver este meu problema".*

A avó veio do Líbano quando o paciente nasceu, ela morava na mesma casa e cuidava dele. Uma vez, o paciente desmaiou e relaciona este fato à alimentação. A avó cuidava mais dele que a mãe.

Teve dificuldade para andar porque era muito gordo.

**P3-***"Fui amamentado, depois usei mamadeira"*

Era o filho caçula e era mimado pela mãe.

## **E) Hábitos, Rituais Infantis e Tics.**

### **Rinite Alérgica Perene**

**R<sub>1</sub>**-*"Não usei chupeta".*

**R<sub>2</sub>**-*"Não chupava chupeta só o dedo e deixei este hábito com dez anos. Tinha também uma cobertinha e parei de usar por conta própria. Todos diziam que era feio, mas não davam apoio. Foi difícil deixar, principalmente no começo. Quando uso moleton fofinho por dentro ficava mexendo como fazia com o paninho. Quando a crise respiratória era forte chupava o dedo e ficava mais fácil respirar, dava a impressão que sim".*

**R<sub>3</sub>**- *"Usava um tipo de chupeta até sete anos, minha mãe pedia para deixar a chupeta, mas não exigia, larguei de vez".*

### **Hipertensão Arterial Essencial**

**H<sub>1</sub>**- *"Acho que usei chupeta só quando nenezinho, acho que quando grande não usava. Nunca tive preferência quando nenê ou criança por algum objeto".*

**H<sub>2</sub>**-Não deu informação.

**H<sub>3</sub>**-*"Acho que usei chupeta".*

**H<sub>4</sub>**-*"Usei chupeta até três anos de idade. Com cinco ou seis anos tomava leite na garrafa de guaraná e punha chupeta na ponta (bico de mamadeira)"*

## Psoríase

**P1-** *"A mãe nunca disse se usou chupeta. Usava travesseiro, sempre o mesmo, era sujo, ainda por cima, lembro bem, até dez anos para ver televisão... Acho que eu substitui o travesseiro pela minha irmã".*

*"Quando minha irmã mais nova nasceu, minha mãe ficou doente e eu cuidava da minha irmã".*

**P2-** Não ofereceu nenhuma informação.

**P3-** *"Não usei chupeta, mas usei mamadeira até sete anos. A mamadeira era de vidro e um dia caiu, quebrou e cortou meu pé, tive que tomar vacina contra tétano".*

## F) Acidentes Emocionais Traumáticos na Infância; Perdas Importantes, Vivência de Miséria

### Rinite Alérgica Perene

**R1-** *"Desde que me entendi por gente meu pai era tuberculoso, dormia em cama separada de minha mãe e as coisas dele eram separadas. Ele era alcóolotra, nunca tive carinho dele".*

**R2-** Não teve problemas dessa ordem na infância.

**R3-** *"Meu pai bebia, parou antes de eu nascer, mas era mulhengo e minha mãe se separou dele (o paciente tinha menos de doze anos). Daí viemos morar em Campinas com minha mãe. (o pai já morreu)".*

## Hipertensão Arterial Essencial

**H<sub>1</sub>**-*"Pai dava pouca atenção, só ligava para os filhos, os homens".*

A infância foi boa, a mãe era carinhosa.

**H<sub>2</sub>**-Nenhuma informação sobre este item. Considera sua infância boa, alegre, tinha primos *"e eram todos amigos"*

**H<sub>3</sub>**-Tinha problemas econômicos.

*"A infância foi bem ruim, não tinha o que tenho hoje, não tinha brinquedo, brincava de carrinho feito de sabugo..."*

**H<sub>4</sub>**-*"Minha infância foi normal, brincava com os filhos da vizinha, brinquei de boneca até onze anos. Repeti três vezes na escola, parei de estudar para trabalhar".*

## Psoríase

**P<sub>1</sub>**-*"Era a filha mais velha... uma irmã teve paralisia infantil, após três anos morreu, quando eu tinha quatro anos, depois um irmão, ao nascer morreu, depois duas irmãs morreram... uma com quatro anos e a outra com dois anos e meio. As crianças sofriam com as doenças e eu (paciente) sofria em ver o estado da minha mãe e com o sofrimento das irmãs. Esta época foi difícil, o pai bebia e saía com outras mulheres. Meus pais eram primos, as avós eram irmãs e os avôs primos, diziam que isso podia causar filhos com problemas. A primeira irmã que morreu tinha a boca aberta, mandíbula deslocada".*

**P2-**"Fui rejeitado pela minha mãe minha avó que cuidou mais de mim e me protegia eu era arteiro e apanhava dos pais era irritado (a avó veio do Líbano após o nascimento do paciente)."

**P3-**"Não considero boa minha infância... meu pai era agressivo batia na minha mãe..".

Era o filho caçula e era mimado pela mãe.

O pai era alcólatra e doente, sofreu inúmeras cirurgias e internações hospitalares freqüentes".

### **G) Clima Emocional da Família e Experiências Emocionais nas Relações Interpessoais. Traços de personalidade dos Pais e Irmãos**

#### **Rinite Alérgica Perene**

**R1-**"Meu pai era alcólotra; meus pais brigavam muito. Quando tinha doze anos, meus pais se separaram e minha mãe não deixava ele entrar em casa. Se separam por causa de muitas brigas. É o que lembro".

O pai teve tuberculose e dormia separado da mãe da paciente

"Minha mãe era muito revoltada, exigente, não deixava ir para casa de ninguém. Eu nunca brincava com outras crianças, brincava com meus irmãos".

**R2-**"Meu pai e minha mãe sempre foram carinhosos, mas não tinham hábito de beijar. Me dou bem com minha irmã e com minha família. Sou muito apegada à minha mãe e ela também é comigo. Quando saí do sítio para estudar, meus pais sentiram e

*ainda sentem a minha falta".*

**R3-***"Meus pais são separados, mas meu pai era mais legal, dava mais atenção, mas batia também... Minha mãe agora é mais legal, mas nunca beijava nem dava carinho".*

## **Hipertensão Arterial Essencial**

**H1-***"Adorava minha mãe, meu pai não, talvez porque meu pai era árabe e gostava mais dos filhos homens, dava mais atenção... sempre tiveram mais privilégios que as meninas; eu disse que queria estudar mas meu pai não deixou, disse que mulher não precisa estudar (refere-se à faculdade), ...Era daqueles turcão atrasado..."*

*"Tinha receio dele, tinha certa distância dele, chegava a ignorá-lo. Transferi para minha mãe, acho, o meu amor. Ela era mais carinhosa, era árabe também".*

**H2-***"Meus pais brigavam um pouco, meu pai bebia. Morava no sítio, meus tios iam na minha casa, todos cantavam junto... Meus pais se preocupam até hoje com a gente. Minha mãe é nervosa. Quando está nervosa não fala com a gente, seu coração dispara, parece que vai morrer... Não saio de casa (refere-se a morar sozinho) porque acho que tenho que ficar perto da mãe, ela não está bem".*

**H1 -** *"A minha mãe era amorosa, meu pai era sempre nervoso, sempre ficava bravo, sistema nervoso mesmo. Com o pai não tinha conversa, não tinha diálogo, era assim antigamente. A mãe é de conversar muito com os filhos. Quando tinha dez anos tive que morar com a avó para poder estudar. A minha avó era brava, batia em mim se saía para visitar o vizinho, não era como ficar em casa. Fiquei dois anos com minha avó e cada dois meses*



*ia visitar a mãe. Minha avó tinha condições econômicas, mas era miserável, dava moedas para tomar sorvetes.*

**H4-***"Meus pais se davam bem, o clima da família era bom".*

## **Psoríase**

**P1-***"Meu pai bebia e saía com outras mulheres. Desde que me conheço por gente meu pai bebia. O pai nunca batia só olhava feio e a gente "tremia na base", a mãe as vezes batia, mas era carinhosa. O pai sempre "judiou da mãe". Acho que meu pai só pegou duas vezes eu no colo".*

**P2-***"Tinha dificuldade de contato com minha mãe, evitava a mãe porque apanhava dela e ela tinha muitas reclamações minha. Meu pai viajava. Até quatorze anos a situação financeira da família era boa, depois o pai perdeu tudo. Não me lembro muito de como meus pais eram na infância, mas davam tudo o que podiam, mas não eram de conversar muito. Tinha liberdade era solto".*

**P3-***"Não considero boa minha infância. Meu pai bebia e era doente, fez sete cirurgias, sempre correndo para o hospital. Ele era agressivo quando bebia, batia na minha mãe e nos filhos. Quando pequeno gostava muito do meu pai, mas sabe como é sempre mãe. Com oito anos entrei na escola, não assimilava a matéria, mas não repeti de ano. Tinha amigos, era normal, brincava de bola, caminhão".*

## **H) Adolescência**

### **Rinite Alérgica Perene**

**R1-**Menarca-14 anos.

*"Minha mãe nunca me orientou, soube sobre menstruação pelas irmãs. Minha vida sexual é insatisfatória, meu marido sempre foi frio".*

## **R<sub>2</sub>-Menarca-12 a 13 anos.**

*"Não estava preparada, nem fui orientada. Aceitei a menstruação e as mudanças do corpo. Tenho namorado e as relações sexuais, mas são insatisfatórias, não são freqüentes e tenho medo de engravidar".*

**R<sub>3</sub>-***"Gostei viu! (refere-se as mudanças corporais). "Achei legal sair, divertir... a primeira relação foi com dezessete anos, foi normal".*

## **Hipertensão Arterial Essencial**

**H<sub>1</sub>-***"Menarca... não me lembro, creio que foi com idade normal, com dez/doze anos, não me lembro. Minha mãe nunca me falou nada sobre sexo. Não me lembro quando ocorreram as mudanças no meu corpo, mas acho que foi normal. Tinha amigos reduzidos, onde estudava e pessoas da família. Trabalhava com dez/doze anos na loja de meu pai, era muito esperto. Me dava bem com meus irmãos, só depois que tiraram a herança (da paciente e da irmã) é que foi diferente".*

**H<sub>2</sub>-***"As mudanças (no corpo) Ocorreram com quatorze anos... não gostava de ter que fazer a barba, até hoje não gosto... a gente queria ser sempre criança né, enfim nasceu barba...a gente deixa de ser criança. Depois que cresci mais comecei a gostar de crescer. Depois que cresci mais comecei a jogar futebol no clube. Sempre tive namorada, desde os dez anos. Orientação se-*

*xual nunca tive, antes (os pais) se preocupavam com gravidez, agora falam em doenças. Tive a primeira relação com namorada, nunca fui à zona..."*

**H3-***"As mudanças corporais foram aceitas... Não fui orientado sexualmente. Meu pai tinha gênio duro, pedia as coisas e ele não dava, tinha que pedir para a mãe o dinheiro. Era alegre, tinha amigos, ia a festas e bailes".*

**H4-**Menarca com doze anos e meio. A mãe não orientou nada. Tinha vergonha de ser mocinha, de conversar perto da mãe sobre sexo. Conversava na escola, com amigas. Namorado firme só o marido.

## **Psoríase**

**P1-**Menarca com quinze anos, a mãe nunca explicou nada.

*"Fiquei assustada, foi na escola fiquei toda manchada, a professora super legal explicou e ajudou. Tinha vergonha em falar com minha mãe, ela não dava intimidade para falar com ela. Depois da primeira vez começou a comprar modess, antes só perguntava está tudo bem? Minha avó nunca disse nada também. Sempre tive vergonha quando alguém era melhor do que eu, quando tinha dinheiro, não conseguia relacionar com esta pessoa. Achei engraçado as mudanças (corporais) interessante, ... sempre quis ser moça. Tive a primeira relação sexual com vinte e um anos, antes do casamento, não tive antes porque tinha medo de engravidar e que os pais descobrissem".*

**P2-***"Com onze anos já andava com pessoas mais velhas que eu, freqüentava zona de prostituição e minha primeira relação sexual foi com essa idade e com prostituta. Freqüentava "lugares*

*pesados". Fui reprovado no primeiro colegial, fui aluno médio, nunca gostei de estudar, era meio preguiçoso. Fiz serviço militar co aos dezessete anos, fumava dois maço de cigarro, comecei com onze anos.*

Perdeu a avó com dezessete anos, mas não sentiu muito. Sempre fui o líder de classe. Na faculdade mudei porque os colegas eram mais velhos, estudava a noite". Teve que trabalhar com quatorze anos, pois o pai perdeu tudo o que tinha:

*"... tive que encarar tudo o que aparecesse: lavar carro, vender frutas".*

**P3-***"Quanto as mudanças corporais... não é uma coisa normal, a gente não é criança que nem gente grande, ninguém dá valor para a gente. Meus pais não explicavam nada. No ginásio é que eu aprendi sobre sexo. A primeira relação foi com quatorze anos com uma amiga. Já tive um episódio de impotência".*

Fez uso de drogas dos dezessete aos vinte e sete anos, usava maconha, os amigos que ofereciam e diziam para experimentar. Usou também moderador de apetite, Artame, xarope. Foi preso por suspeito de roubo, ficou três dias preso depois foi solto, diz que tudo por causa da "companhia". Depois parou de fumar, começou quando tinha vinte e cinco anos (tem atualmente 34).

## **D) Vida Atual**

### **Rinite Alérgica Perene**

**R<sub>1</sub>**-"*...Não é boa. Até hoje não tenho mesa, cadeira, estou lutando para ter. Trabalho como doméstica há um ano e tenho que deixar os meus dois filhos em casa para trabalhar. ...Nem sempre meu marido tem emprego; daí sou eu que sustento a casa. Meu marido é pastor, nós moramos junto à Igreja. Ele é seco, não é de conversar, discutir problemas, não é dialogar. Sexualmente estou insatisfeita, meu marido sempre foi frio sexualmente*".

**R<sub>2</sub>**-Faz faculdade à noite na PUCC e trabalha no escritório de uma firma de metalúrgica.

*"Gosto do serviço, mas gostaria de trabalhar em contabilidade, estou procurando estágio para ter mais facilidade de emprego"*.

Tem namorado, mas a mãe não aceita.

*"Gosto dele, mas sempre surge probleminhas, pois ele só pensa em trabalhar"*.

Mantém relações sexuais com o namorado, usa camisinha e tabelinha, não usa pílulas. O relacionamento é insatisfatório, tem medo de engravidar.

*"Não quero me entupir de remédios"*.

E as relações não são frequentes devido o cansaço dos dois.

*"O namoro vai bem, a idade não faz diferença (oito anos) as*

*cabeças são parecidas. A única dificuldade é que ele só pensa em trabalhar, disto sai alguns probleminhas, não dá tanta atenção para mim. Gostaria que a gente se vesse no sábado, á noite e no domingo, ás vezes ele está cansado e não vem me ver, disto sai muitas brigas, ele tenta melhorar". "Me dou com meus pais, eles moram no sítio, e eu moro em Indaiatuba com minha irmã casada. Nos fins de semana vou para o sítio".*

**R<sub>3</sub>** - *"Ando desanimado por causa da Rinite e da falta de emprego, tendo ficado sem comer. Em casa só eu que não estou trabalhando, minha irmã sempre diz que é preciso arranjar emprego.*

Mora com a mãe. Na última entrevista sentia-se melhor, pois conseguiu alguns desenhos para fazer em casa.

## **Hipertensão Arterial Essencial**

**H<sub>1</sub>**-*"...Não tenho vida com meu marido, tudo o que ele gosta eu não gosto. Ele joga truco, bebe cerveja, eu gosto de cinema, teatro, shopping. Se fosse depender dele não teria conhecido o Shopping Galeria. Ele chega em casa, eu saio, com minha irmã, minha filha e outras pessoas. Faz muito tempo que não tenho relação sexual, cinco ou seis anos. Não gosto que me toquem, nunca gostei... é minha natureza... nunca tive necessidade. Viajo muito, quatro vezes por ano, vou para praia com meu marido e minhas duas netas mais velhas. Tenho uma filha solteira e quatro filhos casados, com quem se dá muito bem".*

**H<sub>2</sub>**-*"Trabalho na Holambra há sete anos, com batata de Palma. Moro com meus pais, ajudo minha família economicamente. Não me considero alegre, meus colegas dizem que sou solitário. Penso na namorada que perdi, acho que é isso que me deixa solitário. Arranjo namorada mais não dá certo. Quando saio á noite*

*meu pai fica esperando. Vou no clube, fico na praça, lanchonete. Às vezes nem durmo".*

**H<sub>3</sub>** - É dono de bar no centro da cidade, tem um sócio. É casado e seu relacionamento com os filhos é bom, dá dinheiro para eles comprarem o que precisam. Com a esposa se dá "mais ou menos". Seu relacionamento sexual era bom, "agora com a pressão alta é diferente" informa.

*Diz ser "sistema fechado, não sou de brincadeira não, sou mais fechado quando me deixam nervoso, me irrita com facilidade no bar e em casa".*

**H<sub>4</sub>** - Trabalha em casa junto com o marido, eles têm comércio de comida. "Meu marido é muito ciumento. ... Me responsabiliza, diz que não sei educar nosso filho". O marido era bancário, deixou o Banco para trabalhar com ela. Ela gostaria que ele voltasse a trabalhar fora. O filho não gosta de ver o pai ficar em casa". A paciente afirma:

*"Passo muito nervoso com o meu marido".*

Foi ao médico ginecologista, fez ultrassom e o "útero deu aumentado" - "útero miomático" - "vou ter que operar, posso até ter que tirar o útero".

## **Psoríase**

**P<sub>1</sub>** - "Sou casada, meu marido é carinhoso e sexualmente está bom. Não brigam, apesar do marido ser "meio grosso", "ignorante" Eu entendo porque com quatro anos perdeu a mãe, com nove, o pai. Ele é pedreiro, é trabalhador, não deixa faltar nada. Nós adoramos nosso filho, eu sou super mãe, ele é super pai".

**P2**-O paciente é casado, tem quatro filhos. trabalha como advogado, é muito ativo, gosta de jogar futebol, ler jornal e revistas pornográficas. Ouve música popular e sertaneja, odeia musica americana.É presidente de um clube esportivo e diz: *"É o maior clube da cidade"*.

Paciente diz que se dá bem com a esposa, é muito sensual, quer relações sexuais com freqüência, mas a esposa está sempre cansada. O paciente, entretanto, reconhece que ela trabalha muito. Refere ter ejaculação precoce.

**P3**-O paciente é casado, tem dois filhos, mora com a sogra, mas afirma *"dou contribuição"*. *"Tenho uma vida boa, tenho terreno, carro, e minha mulher tem mobilete"*.

Seu lazer é passear com a família, jogar bola, às vezes. Sua vida conjugal é *"boa, normal"*.

*" Como o salário é pouco, faço bico, daí dá para fazer alguma extravagância"*.

Sua mulher trabalha com jóias, tem uma equipe que a ajuda a vender.

É da Igreja Testemunha de Jeová e sua esposa também.

*"Sou ligado à religião, estudo a bíblia ... o auto domínio é influência da religião"*.

## **J) Auto-Imagem**

### **Rinite Alérgica**

**R1**-*"Fico nervosa porque sou muito preocupada. Sou muito nervosa, apavorada, se meu filho atrasa da escola fico telefonando*



*para a escola. Sempre fui uma pessoa tímida, agora melhorei, mas não sou de chegar e falar com ninguém, sou uma pessoa muito fechada. Quando nervosa eu grito, depois fico com vergonha, falo alto, parece que uma coisa esquenta na cabeça. Sou assim em casa com as crianças, no emprego não".*

**R<sub>2</sub>**-*"Gosto de mim como sou ... Meu namorado acha que sou magricela ... me sinto bem ... às vezes me acho feia".*

**R<sub>3</sub>**-*"Acho que estou bem, gosto de ser assim. Tá bom assim ... sou alegre, brincalhão, gosto de brincar com as pessoas. Às vezes penso que é melhor ficar sozinho, a gente não sabe qual é o destino da gente (refere-se ao casamento)".*

## **Hipertensão Arterial Essencial**

**H<sub>1</sub>**-*"... Vó carente ... Acho a vida boa tudo bem, posso me sentir feliz. Deus foi bom para mim. Ninguém me ajudou, estou bem e os filhos são bons".*

**H<sub>2</sub>**-*"Todo mundo fala: porque você é triste, eu não sei, eu canto no (meu) trabalho ... tem os nervos né ... às vezes um mosquito é um boi".*

**H<sub>3</sub>**-*"Do jeito que a gente está levando a vida, tá bom".*

**H<sub>4</sub>**-*"Sou insegura, não reajo em nada, faço tudo o que o marido quer, guardo tudo, fico com raiva. A gente se dá bem, mas tem uma parte ... passo muito nervoso".*

## **Psoríase**

**P<sub>1</sub>**-*"Uma parte sou chata, brigo, por outra ajudo os outros. Não brigo, por exemplo, com minha cunhada, posso precisar dela. ... Não sei disfarçar, encarar de frente um problema, eu choro.*

*Fico irritada, às vezes ... se brigo com o meu marido ficou martelando o dia todo, bato no meu filho, se ele irrita eu brigo à noite com o marido. Ele é a única pessoa que eu discuto, nem com minha mãe eu discuto. Com as pessoas posso ficar roxa, fico quieta, não falo, posso até chorar, mas brigar assim... chego em casa falo com o marido".*

**P<sub>2</sub>**-*"Fisicamente sou um cara normal, embora não seja alto. A psoríase procuro esconder, tenho certo preconceito. "Sei que é da pele, mas as pessoas não pensam assim. Olham, discriminam".*

Na profissão se preocupa demais, assume muito, vive os problemas dos clientes. Diz ser afetivo e que as pessoas gostam dele. É extrovertido, tenta ajudar as pessoas que estão do seu lado,

*"... mas dentro de mim sou diferente, sou preocupado por antecipação. Não gosto de perder nem de correr riscos. Sou sociável, depois da doença fiquei triste".*

**P<sub>3</sub>**-*"Acabaria com a psoríase, o resto está tudo bem. Em casa minha mulher sabe o que é (refere-se à psoríase). Gosto de nadar, mas sempre tem uns engraçadinhos que perguntam. Os irmãos da Igreja não rejeitam. As outras pessoas rejeitam, não sabem o que é, fico constrangido, mas depois passa".*

## **K) Projeto de Vida para o Futuro**

### **Rinite Alérgica Perene**

**R<sub>1</sub>**-*"Não tenho nenhum (projeto de vida), para mim como vier ... Não estou contente com o casamento por causa do sexo e de não ser firme no emprego ... Sempre penso ... tenho fantasias*

*a respeito de outro casamento, outro homem, depois fico chateada de ter esses pensamentos quando está tudo bem ..."*

**R2-***"De início encontrar algo na área (contabilidade) para ter condições econômicas. Conseguir estágio em firma boa que dê possibilidades. Depois quero casar, ter filhos, se não puder quero adotar".*

**R3-***"Quero seguir a carreira para desenhista ... tenho que continuar fazendo curso, está caro. Meu irmão que pagou o primeiro curso. Acho que o curso sem pagar (gratuito) é difícil. ... Às vezes penso que é melhor ficar sozinho, a gente não sabe qual é o destino. Condições de vida e achar a pessoa certa é difícil, as meninas, hoje, só querem bagunça".*

## **Hipertensão Arterial Essencial**

**H1-***"Agora não tenho mais (refere-se a projetos de vida), mas gostaria de construir uma casa, mas meu marido não quer, e sozinha é duro começar tudo".*

**H2-***Nada a informar.*

**H3-***"Se ganhasse na Sena deixaria o bar para criar gado, fui criado na roça e o costume é esse. Penso sempre no futuro melhor".*

*"... Mudaria o sistema de viver, compraria casa própria, tudo essas coisas."*

**H4 -** *"Gostaria que meu marido voltasse a trabalhar (fora) para ter renda e porque me irrita muito, interrompe muito o serviço, fica pedindo as coisas".*

*"... Gostaria de trabalhar fora, ser dona de casa, mas nem posso*

*falar isto com o marido, ele não concorda. Queria uma coisa (comércio) mais no centro, aqui é tudo limitado".*

Entretanto, a paciente afirma não fazer nada para obter o que quer.

*"Sou muito pessimista, tenho medo de não conseguir dar bom futuro para as crianças".*

## **Psoríase**

**P1** - *"Planejo construir minha casa, ou ir morar em Minas, os irmãos do marido tem terras e podia trabalhar com eles e arranjar outro filho".*

**P2** - Na entrevista não há referências sobre seus projetos futuros. Mostra estar contente com a sua vida. Queixa-se apenas da psoríase.

**P3** - *"Construir uma casa, não penso alto, quero fazer uma viagem com minha esposa, pois não fizemos".*

## **Resultados da Prova de Rorschach**

O estudo quantitativo e qualitativo dos protocolos da Prova de Rorschach dos pacientes em estudo, se fez de acordo com os critérios de classificação das respostas, terminologia e fundamentação teórica, de Anibal Silveira (1964).

A análise dos resultados indica que a mostra estudada difere da população padrão em vários aspectos (Quadro 2).

QUADRO 2  
VALORES MÉDIOS DOS ÍNDICES OBTIDOS NA AMOSTRA ESTUDADA NA PROVA DE RORSCHACH

ÍNDICES	VALOR MÉDIO (**)	DESVIO PADRÃO	RINÍFÍTCOS			HIPERTENSOS				ESORÍFÍTCOS			
			R 1	R 2	R 3	H 1	H 2	H 3	H 4	P 1	P 2	P 3	
TRM	18" a 40"												
Nº R	43,70	20,83	24 N	18 I	28 N	19 I	21 N	17 N	21 N	24 N	23 N	24 N	
% F	64,24	7,90	83,3 I	88,8 I	71,4 N	73,6 N	95,2 I	100 I	90,4 I	70,8 N	78,2 I	62,5 N	
% F +	87,39	4,98	83,3 N	60 I	45 I	78,5 I	63,1 I	56,2 I	66,6 I	64,7 I	61,1 I	66,6 I	
% V	26,93	± 4,04	12,5 I	33,3 I	17,8 I	36,8 I	42,8 I	23,5 N	28,5 N	20,8 I	30,4 N	25 N	
% A	36,80	± 3,92	25 N	44,4 I	42,8 I	52,6 I	81 I	47,0 I	38,1 I	37,5 N	48,8 I	58,3 I	
RMI	50,0	± 5,00	40,2 I	45,9 N	35,2 I	55,9 N	62,3 I	42,2 I	44,4 N	41 I	46,4 N	49,9 N	
A F	1,2	± 0,10	2,0 I	1,5 I	1,15 N	1,7 I	2,0 I	1,4 N	2,0 I	1,4 I	1,3 N	2,4 I	
IMP	0,34	± 0,05	0,60 I	0,37 N	0,50 I	0,50 N	0,27 I	0,25 I	0,4 N	0,55 I	0,85 I	0,21 I	
CON	50,05	± 2,95	66,7 I	48,9 N	16,5 I	62,8 I	58,4 I	56,2 I	57,1 I	35,6 I	39,4 I	29,1 I	
	0,4 A 0,6	-	0,20 I	0,12 I	0,40 N	0,33 I	0,05 I	0,0 I	0,10 I	0,41 N	0,27 I	0,60 N	
EIAB /R	1,0 A 1,3	-	0,25 I	1,0 N	1,1 N	0,94 I	0,80 I	0,05 I	0,54 I	0,56 I	1,2 N	0,89 I	
PERC	-	-	P/;p3	G; P; (p), E	G; P;	G; P; E	G; P;	P; p3	G; P; (p)	P/; (p)	G/; P	G/; P	

(\*) Dados obtidos por SILVEIRA (1964).

N = Dentro do esperado  
I = Abaixo do esperado  
† = Acima do esperado

O estudo das respostas dadas às pranchas monocromáticas e coloridas foi feito separadamente, uma vez que o confronto dos diferentes índices e dos dinamismos obtidos no grupo das referidas pranchas permite avaliar as reações do probando ao se defrontar com situações que exigem decisões e discernimento (Quadro 3) ou perante incitações afetivas intensas (Quadro 4). Através de um estudo diferencial, tem-se a possibilidade de verificar objetivamente a ocorrência de choques psicológicos, que expressam ansiedade em nível profundo. Isto pode ser observado através da análise dos Quadros 5 e 6 (Quadros 3, 4, 5 e 6 - Anexo III).

Nos Quadros 7 e 8 observam-se os resultados colhidos das pesquisas dos sinais indicativos de comprometimento neurológico (série de sinais lesionais de Protrowski), bem como dos sinais indicativos de dificuldades afetivo-emocionais graves (série de sinais psicogêncios de Molly Harrower). (Quadros 7 e 8 - Anexo III).

A interpretação dos resultados será feita em duas etapas:

- a) Tipo de trabalho mental
- b) Feitio de personalidade

Embora se trate de uma divisão artificial, ela é útil para averiguar a participação isolada de cada tipo de função subjetiva. Silveira (1964) estabelece que a ligação direta do indivíduo com a realidade se faz através do trabalho mental de observação, captação, elaboração, isto é, assimilação dos eventos; na comunicação das idéias e do estado subjetivo; e na atividade explícita - modos de produção. Nas duas modalidades, a ligação afetiva está sempre presente ainda que indiretamente. O item feitio de personalidade permite entender como se manifestam as expressões afetivas e emocionais e suas repercussões na vida de relação do indivíduo, incluindo a área intelectual e conativa.

Este tipo de análise traduz as reações e os dinamismos psicológicos resultantes da singularidade do indivíduo e de suas relações com os demais.

A interpretação do psicograma, portanto, vai fornecer quais as disposições estruturais que conta cada examinando nas interações cotidianas e de que maneira recorre ao cabedal subjetivo de que dispõe (Silveira, 1964).

Esta forma de apresentação dos resultados também vai permitir comparações entre os diferentes dinamismos psicológicos. Através destes terá uma visão integrada do funcionamento mental dos probandos.

## **A) Tipo de Trabalho Mental**

### **Rinite Alérgica Perene**

#### **R<sub>1</sub>**

O trabalho mental se faz com rendimento quantitativo satisfatório (24), revelando um nível razoável de produção associativa e certa flexibilidade perceptual. Nota-se reduzida gama de interesse e o probando reage apenas a um número limitado de estímulo do ambiente, o que traduz um contato bastante superficial com o meio. Seus interesses estão voltados, mais freqüentemente a aspectos vagos, genéricos sem qualquer característica peculiar que revele contato pleno e espontâneo com o mundo. Mostra interesse por situações que exprimem relações afetivas mais primárias.

O probando distribui sua atenção aos elementos imediatos e concretos das experiências e também àqueles menos evidentes que exigem esforço mental. Denota, porém, desinteresse em estabelecer relações entre os fatos isolados, o que lhe daria uma visão mais integrada da realidade. Nas situações de decisão e iniciativa, a examinanda se atém apenas aos elementos concretos e mais evidentes das experiên-



cias, demonstrando desinteresse em estabelecer relações entre os fatos isolados, o que lhe daria uma visão mais ampla e integrada da realidade. Nas situações afetivas intensas, a probanda percebe normalmente os elementos mais evidentes e concretos das experiências, detendo-se, especialmente, nos aspectos inusitados da realidade circundante. Nota-se um nível de elaboração intelectual, o que é decorrente da incapacidade em estabelecer relações lógicas entre os fatos, apoiando-se em seus aspectos isolados e imediatos. Isso se dá devido à ineficiência do raciocínio dedutivo.

Revela imaturidade intelectual que se manifesta na ausência de valores conscientes que a examinanda deveria ter elaborado através das relações interpessoais satisfatórias e que permitiriam nortear seu comportamento objetivo. Denota certa preocupação com os seres humanos, sendo capaz de levar em conta os vários matizes psicológicos e sociais do comportamento social. Entretanto, sua interpretação dos fatos mostra-se bastante ligada à vida emocional com prevalência dos juízos de valor. Observa-se, também, acentuado apego às fantasias infantis como compensação emotiva das dificuldades que enfrenta em desenvolver interesses maiores e diferenciados no ambiente.

Tem dificuldade de aceitar as imposições da realidade, embora apresente domínio consciente dos processos perceptivos de modo a permitir o exame objetivo e imparcial dos fatos. Contudo, sua ligação lógica com a realidade revela-se precária indicando que a probanda não participa das normas de pensamento peculiar ao grupo a que pertence na aceitação intelectual da realidade.

Nas situações que exigem discernimento e decisão, nota-se rigidez do trabalho mental, um apego emocional às referidas situações. Evidencia dificuldade na aceitação intelectual de imposições ambientais, o que é decorrência direta da não participação das normas de pensamento lógico próprias do adulto amadurecido. Nas incitações afetivas intensas há um déficit acentuado na aceitação das imposições da realidade, o que ocorre da grande dificuldade de pensar, segundo as

normas do grupo. Observa-se acentuada flexibilidade nas operações mentais.

## R<sub>2</sub>

O trabalho mental se faz com um rendimento quantitativo insuficiente, revelando baixo nível de produção associativa e de flexibilidade perceptual ante os diversos estímulos do ambiente. Suas associações abrangem uma gama reduzida de interesses e reage apenas a um número limitado de estímulos do meio externo, o que traduz um contato superficial com o ambiente. Distribui sua atenção, normalmente, às implicações gerais e abstratas dos fatos, aos seus elementos concretos, assim como se empenha em considerar os diversos obstáculos impostos pelo ambiente. Revela certo desinteresse pelos fatos menos evidentes e que exigem análise mais aguda e minuciosa dos eventos. Nas situações de decisão e iniciativa nota-se um apego acentuado pelos aspectos globais da realidade, não se empenhando, contudo, em analisar minuciosamente os fatos. Entretanto, a apresentação global da experiência é feita de maneira a captar generalidades concretas e evidentes com reduzido nível de elaboração.

Nas situações afetivas a probanda se atém aos elementos mais palpáveis e práticos dos dados, sendo capaz de descobrir aspectos menos evidentes à maioria e em considerar os obstáculos impostos pelo ambiente.

Evidencia capacidade elaborativa, sendo, portanto, capaz de estabelecer relações lógicas entre os fatos isolados. Seus interesses são vagos, sem qualquer característica que revele contato espontâneo e pleno com o mundo. Mostra, entretanto, preocupação consigo mesma.

Tem pouco interesse pelos seres humanos, bem como preocupação pelas várias matizes psicológicas e sociais do comportamento humano. Em acentuado apego às fantasias infantís, se mostra, como

compensação, emotiva frente às dificuldades que encontra em desenvolver interesses mais complexos e diferenciados no ambiente.

Revela imaturidade intelectual que se expressa na ausência de valores conscientes que deveria ter elaborado na infância através de relações interpessoais satisfatórias, e que lhe permitiriam nortear seu comportamento objetivo.

A probanda aceita, intelectualmente, as imposições da realidade, graças a uma submissão ao pensamento do grupo, pensamento estereotipado e emocional.

Nas situações que exigem decisão e iniciativa, a probanda aceita, intelectualmente, as imposições da realidade graças à submissão aos valores do grupo, um pensamento estereotipado e muita tensão emocional.

Nas situações afetivas intensas, a examinada não aceita, intelectualmente, as imposições da realidade externa, devido, basicamente, à dificuldade de estabilizar a atenção para análise objetiva e imparcial dos fatos.

### R<sub>3</sub>

O trabalho mental se faz com rendimento quantitativo satisfatório, revelando um nível bom de produção associativa e flexibilidade perceptual. Reage a um número limitado de estímulos do ambiente e mostra uma gama reduzida de interesses, o que traduz uma ligação superficial com o mundo externo.

Apresenta nível de elaboração intelectual satisfatória e condições de estabelecer relações lógicas entre os fatos. Distribui sua atenção aos aspectos gerais e abstratos do meio, assim como aos elementos concretos e mais evidentes das experiências. Revela, entretanto, desinteresse pelos aspectos inusitados da realidade, que exigem reflexão e

análise minuciosa. Nas situações de decisão e iniciativa o probando de-  
tém, acentuadamente, sua atenção nos aspectos gerais da realidade.  
Suas generalizações, entretanto, são do tipo concreto, levando mais  
em conta os dados mais evidentes das experiências, dos quais não exi-  
gem grande esforço mental.

Nas situações, no meio, é do tipo vago e genérico não revelan-  
do um contato pleno e espontâneo com o mundo externo. Mostra-se  
preocupado consigo mesmo e com seu estado mórbido, denotando cer-  
to desinteresse pelo seres humanos, não sendo capaz, também, de ava-  
liar as diferentes matizes dos comportamentos social e psicológico. Seu  
contato, no meio, é bastante tenso, estereotipado e ligado à vida emo-  
cional com prevalência dos juízos de valor. Acentuado apego às fanta-  
sias infantis impede o probando de desenvolver interesses mais  
diferenciados e complexos no ambiente. Nota-se, neste protocolo, ima-  
turdade intelectual devido à ausência de valores conscientes que per-  
mitiriam ao probando se nortear no meio e que deveriam ter sido  
elaborados através de suas inter relações pessoais satisfatórias durante  
seu desenvolvimento.

O examinando revela dificuldade em aceitar, intelectualmente,  
as imposições do meio ambiente. Isto se deve ao domínio insuficiente  
dos processos perceptivos que lhe permitiriam manter a atenção, de  
modo a permitir o exame objetivo e imparcial dos fatos. Ao lado disso,  
observa-se também que o probando não participa da norma do pensa-  
mento lógico do grupo a que pertence, mostrando ter um pensamento  
estereotipado e muita tensão emocional. Esta mesma tendência, se ob-  
serva quando o probando se defronta com situações que exigem dicer-  
nimento, bem como com aquelas caracterizadas por acentuada  
estimulação afetiva.

\*

A análise dos resultados dos protocolos dos pacientes rinóticos revela que o trabalho mental se faz com razoável rendimento quantitativo, porém com reduzida elaboração mental. Reagem a um número limitado de estímulos do meio e apresentam uma gama reduzida de interesses. Estes são vagos, genéricos indicando um contato superficial e pouco espontâneo.

Distribuem a atenção aos fatos concretos e mais evidentes da realidade. Nas situações afetivas intensas se detêm nos aspectos mais evidentes, podendo, também, se ater aos aspectos inusitados das experiências. Frente as situações que exigem discernimento se voltam para os dados gerais bem como para os mais concretos dos fatos.

A imaturidade intelectual destes pacientes se expressa na ausência de valores conscientes que lhes permitiriam nortear-se objetivamente no mundo. A dificuldade em aceitar intelectualmente imposições da realidade, nas situações afetivas intensas, decorridos do deficiente pensamento lógico e da maneira subjetiva e parcial de avaliar a realidade. Entretanto, nas situações que exigem discernimento, verifica-se certo grau de aceitação intelectual, graças a um pensamento estereotipado, que é acompanhado de tensão emocional.

## **Hipertensão Arterial Essencial**

### **H<sub>1</sub>**

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com o rendimento quantitativo inferior à expectativa média, revelando baixo nível de produção associativa e de flexibilidade perceptual frente aos diferentes estímulos do meio ambiente. As associações abrangem uma gama reduzida de interesses e a probanda reage apenas a um número limitado de estímulos do mundo externo, revelando uma ligação superficial com o mundo.

Observa-se baixo nível de elaboração intelectual, o que decorre da incapacidade da probanda em estabelecer relações lógicas entre os fatos, apoiando-se mais aos aspectos isolados e imediatos das experiências. A inabilidade em elaborar, satisfatoriamente, os dados da realidade se dá especificamente à ineficiência do raciocínio dedutivo. Suas elaborações resultam, primordialmente, de correlações indutivas e concretas. O rebaixamento das funções de elaboração intelectual pode resultar da capacidade mental medíocre como de conflitos emocionais que interfiram no uso construtivo do raciocínio. Sua atenção se distribui aos aspectos gerais abstratos e aos elementos mais concretos das experiências, não se empenhando, entretanto, na análise aguda e minuciosa dos fatos. Mostra-se capaz de considerar os obstáculos impostos pela realidade externa.

Seus interesses no ambiente são de conteúdos vagos e genéricos, sem características que revelem um contato pleno e espontâneo com o mundo. A preocupação da probanda com os seres humanos acha-se inibida.

Nas situações de decisão e iniciativa, a examinanda revela empenho na apreensão global das experiências. Isto, entretanto, pode resultar na captação de generalidades concretas e evidentes e que exigem reduzido nível de elaboração.

Nas situações afetivas intensas, a probanda se detém nos elementos mais imediatos e evidentes, podendo também considerar os obstáculos impostos pela realidade.

Suas observações dos fatos são ligadas à vida emocional com prevalência dos juízos de valores, interferindo no desenvolvimento de interesses mais complexos e diferenciados no meio.

Este protocolo sugere que a precariedade apresentada nos diversos aspectos do processo associativo resulta da construção psíquica relativa aos conflitos interpessoais e não propriamente a deficiências

intelectuais.

O trabalho mental revela-se imaturo, o que justifica a precariedade da adaptação da probanda à realidade, devido à ausência de valores conscientes, o que deveria ter sido elaborado através das relações interpessoais satisfatórias na infância e que permitiriam nortear o comportamento objetivo.

A paciente aceita, intelectualmente, as imposições da realidade, graças a seu pensamento estereotipado e muita tensão emocional, uma vez que suas disposições conativas se mostram insuficientes e o domínio dos processos perceptivos é inadequado para permitir o exame objetivo e imparcial dos fatos.

Nas situações que exigem decisão e iniciativa, existe uma acentuada subordinação intelectual às injunções ambientais, devido à grande tensão emocional, ao pensamento estereotipado e à escassa participação dos recursos individuais na análise da realidade, atendo-se, quase exclusivamente, aos valores peculiares ao grupo a que pertence.

Nas situações afetivas intensas, a probanda não aceita intelectualmente as imposições da realidade, devido à dificuldade em manter a atenção para o exame objetivo e imparcial dos fatos, assim como por não ter assimilado, suficientemente, as normas do pensamento lógico do grupo.

## H<sub>2</sub>

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com rendimento quantitativo dentro da expectativa média, indicando um razoável nível de produção associativa.

Suas associações, entretanto, abrangem uma gama reduzida de interesses, e o probando reage a um número limitado de estímulos do meio ambiente, o que traduz falta de flexibilidade perceptual e ligação

superficial com o mundo. Observa-se baixo nível de elaboração intelectual em seu trabalho mental, o que é decorrente da incapacidade do probando de estabelecer relações lógicas entre os fatos isolados, apoiando-se nos elementos indutivos e mais concretos e a inabilidade em elaborar, satisfatoriamente, os dados da realidade decorre da ineficiência do raciocínio. Isto pode resultar da capacidade mental medíocre, como de conflitos emocionais que interferem no uso construtivo do raciocínio.

Sua atenção se distribui tanto aos aspectos gerais e abstratos dos fatos, como também àqueles mais concretos e evidentes das experiências. Nas situações de decisão e iniciativa, o probando denota um maior esforço de apreensão global das experiências, mas tal empenho resulta na captação das generalidades concretas e evidentes que exigem reduzido nível de elaboração. Nas situações afetivas intensas o examinando tende a reagir de modo imediato, não se detendo na reflexão abstrata ou na análise profunda dos eventos.

Seus interesses estão voltados para si mesmo. Mostra, entretanto, algum interesse pelos seres humanos, não sendo capaz de apreciar as diferentes matizes do comportamento humano. Sua maneira de interpretar a realidade está ligada à vida emocional com prevalência do juízo de valores, o que o impede de desenvolver valores mais complexos e diferenciados no ambiente.

A imaturidade intelectual, observada neste protocolo, é decorrente de contrição psíquica a conflitos interpessoais e não propriamente de deficiência intelectual.

O estudo do nível e da natureza da adaptação intelectual às imposições da realidade revela que o probando aceita as imposições da realidade, graças à submissão às normas do pensamento e do grupo e a um pensamento estereotipado e muita tensão emocional, uma vez que sua disposição conativa, investida neste dinamismo, se mostra insuficiente e o domínio consciente dos processos perceptivos é inadequado



para permitir o exame objetivo e imparcial dos fatos.

Nas situações que exigem discernimento, há uma acentuada subordinação intelectual às injunções ambientais, devido à grande tensão emocional, ao pensamento estereotipado e à escassa participação dos recursos individuais na análise da realidade, atendo-se, quase que exclusivamente, aos valores peculiares do grupo a que pertence.

Nas situações afetivas, o probando aceita, intelectualmente, as imposições da realidade, graças a um pensamento estereotipado e muita tensão emocional.

### H3

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com rendimento quantitativo inferior à expectativa médica, indicando baixo nível de produção associativa e de flexibilidade perceptual ante os diversos estímulos do meio ambiente. As associações abrangem uma gama reduzida de interesses e a ligação com o mundo é bastante superficial.

Nota-se um nível razoável de elaboração intelectual no trabalho mental do probando, o que é decorrente da sua capacidade em estabelecer relações lógicas entre os fatos. Sua atenção se distribui aos aspectos concretos e mais evidentes da experiência, podendo se ater aos fatos que exigem análise e reflexão. Nas situações que exigem decisões e iniciativa, o probando tem dificuldade de planejamento e organização, o que lhe permitiria uma visão mais integrada e complexa das experiências. Sua atenção está mais voltada aos fenômenos que se impõem de modo imediato e evidente, assim como dos dados inusitados das experiências.

Nas situações afetivas intensas, denota maior esforço na apreensão dos dados concretos e evidentes, podendo se deter, normalmente, na análise dos fatos.

Seus interesses no mundo estão voltados aos conteúdos ligados aos aspectos afetivos mais primários. Mostra preocupação com os seres humanos e com as diferentes matizes do comportamento social. Suas observações da realidade são impregnadas da vida emocional com prevalência de juízo e valor, o que impede de desenvolver interesses mais diferenciados e complexos no meio.

A imaturidade intelectual do probando é devida à constrição psíquica relativa a conflitos interpessoais e não, propriamente, deficiência intelectual. A precariedade de adaptação do probando à realidade, decorre da ausência de valores conscientes que deveria ter desenvolvido através das relações interpessoais satisfatórias na infância, o que permitiria nortear o comportamento objetivo.

A análise do nível e da natureza da adaptação intelectual do examinando à realidade revela que ele não aceita as injunções da realidade, devido à dificuldade em manter a atenção para poder fazer uma análise e um exame objetivo dos fatos. Sua adaptação à realidade é predominantemente de ordem emocional. Estas circunstâncias ocorrem tanto em situações que exigem decisão e iniciativa, como nas situações afetivas intensas.

#### H<sub>4</sub>

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com rendimento quantitativo dentro do esperado, revelando nível médio de produção associativa e de flexibilidade perceptual frente aos diversos aspectos do meio ambiente. Suas associações abrangem um número reduzido de interesses no ambiente e a probanda reage a apenas um número limitado de estímulos do mundo exterior, o que traduz uma ligação bastante superficial com o mundo externo.

Nota-se, ainda, baixo nível de elaboração intelectual no trabalho mental, o que é decorrente da incapacidade de estabelecer relações lógicas entre os fatos isolados, não possibilitando o desenvolvimento de

uma atividade mental mais construtiva. Sua atenção se distribui aos aspectos gerais e abstratos, assim como aos mais concretos e evidentes das experiências, não se empenhando, entretanto, em analisar mais aguda e minuciosamente os fatos. Nas situações de decisão e iniciativa, denota esforço de apreensão global das experiências. Porém, tal empenho resulta na captação de generalidades concretas que exigem reduzido nível de elaboração.

Nas situações afetivas intensas, a examinanda tem dificuldade no planejamento e na organização da visão integrada e complexa das experiências, tendendo a reagir de modo imediato e concreto, não se detendo na reflexão abstrata e na análise profunda dos fatos.

Seus interesses estão voltados aos conteúdos da vida afetiva mais primária. Revela pouca preocupação com os seres humanos. Sua maneira de observar os fatos é bastante emocional, com prevalência do juízo de valores, o que dificulta o desenvolvimento de interesses mais complexos e diferenciados no meio.

Observa-se, também neste protocolo, imaturidade intelectual, o que é decorrente de conflitos psíquicos e não de deficiência mental. A precariedade da adaptação à realidade decorre da ausência de valores conscientes que a probanda deveria ter desenvolvido através de relações interpessoais satisfatórias na infância.

A análise do nível e da natureza da adaptação intelectual à realidade revela que a examinanda aceita injunções da realidade de forma subjetiva, sem um exame objetivo e imparcial dos fatos.

Nas situações de decisão, entretanto, não aceita intelectualmente as imposições da realidade, devido à dificuldade em manter a atenção para avaliar objetivamente os fatos, exagerada flexibilidade nas operações mentais, assim como falta de apego emocional às situações do meio.

Nas situações afetivas intensas, aceita, intelectualmente, as im-

posições da realidade, graças a um pensamento estereotipado e muita tensão emocional.

\*

Estes pacientes hipertensos apresentam rendimento intelectual pouco satisfatório e com reduzida elaboração intelectual (reagem apenas a um número limitado de estímulos do ambiente). Revelam poucos interesses no mundo. Estes se mostram do tipo vago e genérico característicos de contato pouco espontâneo com o meio. Observa-se, todavia, certa preocupação pelos seres humanos.

Distribuem a atenção tanto aos fatos evidentes e concretos das experiências bem como levam em conta os aspectos gerais e abstratos. Estes, porém, são percebidos sem grande elaboração.

Nas situações afetivas intensas perdem a capacidade de generalização e se apegam apenas aos dados concretos da realidade imediata. Em contrapartida, nas situações de decisão e discernimento, nota-se um apego exagerado e quase exclusivo aos aspectos globais, tornando-os quase incapazes de solucionar as situações da vida cotidiana.

A imaturidade intelectual é evidenciada nestes pacientes devido à carência de valores que deveriam ser desenvolvidos através das relações interpessoais satisfatórias e que os ajudariam a nortear seu comportamento objetivo.

Nas situações afetivas intensas, os hipertensos evidenciam uma análise extremamente subjetiva da realidade. Apesar disso, conseguem, em sua maioria, uma aceitação intelectual da realidade graças a um

pensamento estereotipado acompanhado de muita tensão emocional. Nas situações de decisão e iniciativa tendem ao extremo de não aceitação à subordinação intelectual às imposições da realidade. A não aceitação se deve, basicamente, a uma avaliação demasiadamente subjetiva da realidade, enquanto que nos casos, onde ocorre a subordinação intelectual às injunções do meio, observa-se submissão excessiva às normas do pensamento lógico do grupo e análise objetiva dos fatos, sem a participação individual.

## **Psoríase**

### **P<sub>1</sub>**

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com rendimento quantitativo, dentro do esperado, revelando bom nível de produção associativa e certa flexibilidade perceptual frente aos diferentes estímulos do meio, apresentando, porém, uma ligação superficial com o ambiente.

Suas associações abrangem um número razoável de interesses e a probanda reage a um número limitado de estímulos.

Observa-se, no trabalho mental da probanda, um baixo nível de elaboração intelectual, o que é decorrente da sua incapacidade em estabelecer relações lógicas entre os fatos isolados, atendo-se a seus elementos indutivos e mais evidentes. A inabilidade em elaborar, satisfatoriamente, os dados da realidade decorre da ineficiência do raciocínio dedutivo. Isto resulta da capacidade mental medíocre e de conflitos emocionais que interferem no uso construtivo do raciocínio. Sua atenção se distribui mais para os aspectos mais evidentes das experiências, podendo também se ater aos fatos que exigem análise e reflexão. Nas situações que exigem decisão e iniciativa, a examinanda revela certo empenho na apreensão global da experiência. Isto, no entanto,

pode resultar na captação de generalizações concretas e evidentes e que exigem reduzido nível de elaboração.

Nas situações afetivas intensas, a probanda se detém nos elementos mais imediatos e evidentes das experiências, podendo também se ater àqueles menos evidentes e que exigem algum esforço mental.

Seus interesses estão voltados aos conteúdos da vida afetiva mais primários e aos que indicam um contato pouco espontâneo e mais genéricos com o ambiente. Revela preocupação limitada com os seres humanos. Sua maneira de avaliar os fatos mostra ser emocional, com prevalência do juízo de realidade, o que a impede de ter interesses mais diferenciados no meio.

A precariedade da sua adaptação à realidade é devida à ausência de valores conscientes que deveria ter desenvolvido através das relações satisfatórias na infância. Sua imaturidade intelectual é decorrente de conflitos psíquicos e não de deficiência mental.

A análise do nível e da natureza da adaptação intelectual à realidade, revela que a examinanda não aceita as imposições da realidade. Isto se dá, uma vez que as disposições conativas se mostram insuficientes e o domínio consciente dos processos perceptivos é inadequado para permitir o exame objetivo e imparcial dos fatos. Sua ligação lógica com a realidade revela-se igualmente precária e as normas de pensamento peculiar à população a que pertence não foram suficientemente assimiladas pela probanda.

Estas circunstâncias ocorrem, também, nas situações que exigem decisão e iniciativa, bem como naquelas afetivamente intensas.

## P2

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com rendimento quantitativo, dentro da faixa esperada, revelando um bom nível de produção associativa e de flexibilidade perceptual. As associações abrangem uma gama reduzida de interesses e o probando reage a um número limitado de estímulos no ambiente. Sua ligação com o mundo é superficial. Observa-se, no entanto, um bom nível de elaboração intelectual, o que decorre da capacidade do probando em estabelecer relações lógicas com os fatos. Sua atenção se distribui, principalmente, aos dados mais gerais e abstratos das experiências se atendo, também, aos seus elementos concretos e evidentes, não se empenhando, entretanto, na análise e reflexão. Nas situações que exigem decisão e iniciativa, o probando se empenha em deduzir as concepções gerais das experiências, sendo capaz de considerar os diversos obstáculos impostos pelo ambiente. Todavia, nas situações afetivas intensas, denota desinteresse na apreensão dos dados gerais e abstratos dos fatos, se atendo, apenas, aos elementos mais evidentes e concretos das experiências.

Seus interesses estão voltados aos conteúdos mais genéricos e vagos, que indicam pouco contato com o ambiente. Revela pouca preocupação com os seres humanos e esta é carregada de tensão emocional. Sua maneira de observar os fatos, mostra ser emocional, com prevalência do juízo de valores, o que o impede de ter interesses mais diferenciados do meio.

Sua imaturidade emocional, decorre de constrição psíquica e não de deficiência mental. A precariedade de sua adaptação à realidade é decorrente da ausência de valores crescentes que deveriam nortear seu comportamento e que teriam que ser desenvolvidos através das relações interpessoais satisfatórias na infância.

A análise do nível e da natureza da adaptação intelectual à realidade, revela que o examinando aceita, intelectualmente, as imposições,

mas esta é, predominantemente, de ordem emocional nas situações que exigem decisão e iniciativa.

Quando submetido às incitações afetivas, o probando já não aceita as imposições da realidade. Isto ocorre devido à impossibilidade em manter atenção a fim de poder fazer o exame, objetivo e imparcial, da realidade.

### **P<sub>3</sub>**

Neste protocolo, o trabalho mental se fez com rendimento quantitativo, dentro do esperado, indicando bom nível de produção associativa e de flexibilidade perceptual ante os diferentes estímulos do mundo externo. As associações abrangem uma gama reduzida de interesses e o probando reage apenas a um número reduzido de estímulos do ambiente, o que traduz ligação superficial com o meio.

Observa-se baixo nível de elaboração intelectual, o que indica a incapacidade do probando de estabelecer relações lógicas entre os fatos. Isto decorre da ineficiência do raciocínio dedutivo, uma vez que o probando se apoia em elementos indutivos. Isto é o resultado dos conflitos emocionais, que interferem no uso construtivo do raciocínio. Sua atenção se distribui, principalmente, aos fatos mais gerais e abstratos, podendo se ater também aos mais concretos e evidentes das experiências; não se empenhando, entretanto, em análise e na reflexão. Nas situações que exigem decisão e iniciativa, o examinando denota maior esforço de apreensão global das experiências. Entretanto, este empenho resulta na captação de generalidades concretas e evidentes, que exigem reduzido nível de elaboração intelectual.

Nas situações afetivas intensas, denota-se pouco interesse em deduzir concepções gerais das experiências, atendo-se o examinado aos elementos mais evidentes e concretos dos fatos.

Seus interesses revelam um contato genérico e pouco espontâ-



neo no mundo. Tem preocupação com os seres humanos, mas esta se dá de maneira pouco amadurecida e tensa. Sua interpretação da realidade é impregnada da vida emocional, com prevalência de juízo de valores, o que dificulta o desenvolvimento de interesses mais diferenciados no meio.

A análise deste protocolo revela imaturidade intelectual, devido à constrição psíquica relativa a conflitos interpessoais e não, propriamente, deficiência intelectual, uma vez que a precariedade da adaptação do probando à realidade decorre da ausência de valores conscientes que deveriam nortear seu comportamento objetivo e que deveria ter sido desenvolvido através das relações interpessoais satisfatórias na infância.

A análise do nível e da natureza da adaptação intelectual à realidade revela que o probando aceita as imposições da realidade, graças a uma adaptação predominantemente de ordem emocional.

Quando submetido às situações afetivas, prevalecem na adaptação intelectual do probando os valores emocionais, em detrimento da lógica e do exame objetivo e imparcial dos fatos.

Nas situações de decisão, a aceitação se dá graças ao predomínio emocional e da submissão aos valores do grupo.

A análise dos resultados dos protocolos dos pacientes psoriáticos revela um trabalho mental com rendimento intelectual. Reagem a um número limitado de estímulos no meio e apresentam uma gama reduzida de interesses. Estes se mostram do tipo vago, genéricos, característicos de um contato superficial e pouco espontâneo com o mundo. A preocupação com seres humanos acha-se bastante reduzida.

Distribuem a atenção especialmente aos dados gerais e concretos das experiências. Nas situações afetivas intensas se detêm principalmente nos elementos evidentes em detrimento de uma visão mais integrada da realidade. Frente às situações que exigem discernimento,

estes pacientes se voltam acentuadamente aos aspectos globais, não se enfrentando na análise minuciosa e evidente dos fatos.

Denota-se, nestes protocolos, imaturidade intelectual que se expressa pela carência de valores conscientes que deveriam ter sido desenvolvidos através das relações interpessoais satisfatórias e que os ajudariam a nortear o comportamento objetivo.

Verifica-se, também, que nas situações afetivas intensas, estes pacientes não aceitam intelectualmente as imposições da realidade devido ao excesso de subjetivismo aliado à dificuldade em participar em conformidade com as normas de pensamento do grupo. Nas situações que exigem decisão e iniciativa, embora demonstrem acentuado subjetivismo na avaliação da realidade, pensamento estereotipado acompanhado de tensão emocional, a natureza da aceitação intelectual às imposições do ambiente sofre variações, segundo a maior ou menor participação do pensamento lógico próprio do adulto.

## Conclusão

Através de análise comparativa intra-grupal sobre o trabalho mental dos pacientes, observa-se que a capacidade de produção associativa destes probandos do ponto de vista quantitativo é satisfatório, porém insuficientemente elaborada, devido à sua incapacidade em relacionar os fatos isolados, atendo-se mais aos dados evidentes e concretos da realidade circundante. Isto os impede de obter uma visão ampla e integrada dos fatos.

Embora voltem-se excessivamente para os estímulos do ambiente sua ligação é bastante subjetiva e superficial e a interpretação desta está ligada à vida emocional, com prevalência do juízo de valor. Estas circunstâncias sugerem a interferência de tensão emocional, que prejudica o contato com a realidade .

Quanto à assimilação das normas de pensamento peculiar ao grupo a que pertencem, nota-se haver uma distribuição quase que equitativa entre aceitação intelectual, subordinação e não aceitação das mesmas.

Em 50% dos casos observa-se adaptação intelectual às imposições do ambiente, o que não assegura, entretanto, que estes probandos ajam em conformidade com as injunções do meio. A natureza desta adaptação é do tipo subjetivo, com muita tensão emocional.

A não adaptação intelectual à realidade observada em 40% dos casos, é devido à acentuada dificuldade em manter a atenção, impedindo-os de fazer um exame objetivo e imparcial dos fatos.

Embora, quantitativamente, verifique-se desvios positivos e negativos neste índice descrito, fica claro que a dinâmica subjetiva em jogo é a mesma em todos os grupos.

A imaturidade no trabalho mental nestes pacientes é evidente e mostra-se como conseqüência de uma constrição psíquica, devido a conflitos emocionais que interferem no uso construtivo do raciocínio e na produção mais autônoma e criativa.

Observa-se, também, que a precariedade da adaptação destes pacientes é devida à ausência de valores conscientes que os mesmos deveriam ter elaborado através de relações interpessoais satisfatórias e que permitiriam nortear o comportamento objetivo e ajudá-los a se localizarem no ambiente .

## **B) Feitio de Personalidade**

### **Rinite Alérgica Perene**

#### **R<sub>1</sub>**

A probanda se mostra amplamente susceptível à estimulação afetiva do meio ambiente, não exteriorizando, entretanto, essa tendência, mas bloqueando-a por se sentir confusa e ameaçada, ou por apresentar um embotamento afetivo com a disposição permanente.

Elevada impulsividade pode levá-la a reagir irrefletidamente frente a estímulos momentâneos, obedecendo às necessidades individuais com relativa desconsideração pelos estímulos mais diferenciados socialmente.

A nível manifesto apresenta feitio de personalidade coartado. A nível latente se observa certa disposição intratensiva, estando suas tendências intelectuais estão mais ligadas à vida emocional, sofrendo intensamente influência das elaborações intelectuais mais primárias. Estas circunstâncias impedem-na de desenvolver papéis adequados à convivência social e de se localizar objetivamente no mundo.

A análise dos dinamismos emocionais, isto é, o que envolve a afetividade ante solicitações reais ou imaginárias do ambiente, neste protocolo, revela um bloqueio total das reações emocionais. Este, porém, é compensado parcialmente pela ocorrência de um tipo mais simples e concreto de adaptação emocional.

Neste protocolo, verifica-se que a probanda dispõe de capacidade subjetiva para agir no meio, mas esta se manifesta de forma excessivamente subordinada aos estímulos externos e através de um contato rígido e impessoal com o ambiente.

Observa-se, também, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda que ela enfrenta em sua adaptação à realidade. Tais conflitos são acompanhados de intensa ansiedade que interfere e desorganiza o trabalho mental tanto nas situações que exigem decisão e iniciativa, bem como nas situações afetivas intensas.

## **R<sub>2</sub>**

Neste protocolo, o probando se mostra susceptível às reações afetivas do meio ambiente, tendo, entretanto, certo bloqueio afetivo. Nas poucas vezes que manifesta sua afetividade, o faz de forma amadurecida.

Revela feitiço de personalidade extrovertido tanto a nível latente quanto a nível manifesto, revelando harmonia intrapsíquica.

A análise da dinâmica emocional aponta bloqueio total das reações emocionais, sem qualquer tipo de compensação emocional.

Embora o probando apresente capacidade subjetiva para agir no meio ambiente, esta é do tipo impessoal, subordinada aos estímulos externos e com muita tensão emocional.

Observa-se acentuada ansiedade que interfere e desorganiza o trabalho mental, principalmente nas situações afetivas intensas.

## **R<sub>3</sub>**

O probando revela ser sensível à estimulação afetiva do ambiente apresentando, porém, retração afetiva. As poucas vezes que reage afetivamente, o faz de modo maduro e adequado.

Elevada impulsividade leva-o a agir irrefletidamente aos estímulos momentâneos, sem considerar os estímulos mais diferenciados socialmente.

Observa-se também, neste protocolo, bloqueio das reações emocionais, que se mostram compensadas pela ocorrência de um tipo mais simples e concreto de adaptação emocional, onde o elemento emotivo é resultante do processo de aculturação, não representando um traço pessoal. Esta adaptação é própria de indivíduo que aprendeu a temer seus afetos, devido a intensos desapontamentos anteriores.

A nível manifesto, o probando e apresenta, como feitiço de personalidade, extrovertido. A nível latente, mostra-se introvertido. Esta discordância revela desarmonia intrapsíquica.

Nas suas relações interpessoais, suas tendências intelectuais mostram-se mais ligadas à vida emocional, sofrendo interferência das elaborações mais primárias, desligadas das exigências atuais e impedindo que o probando se localize, objetivamente, no ambiente e desenvolva papéis mais adequados à convivência social.

Verifica-se, neste protocolo, que o probando não dispõe de capacidade subjetiva para agir no meio externo. Seu contato com o ambiente se dá de modo subjetivo.

Observa-se acentuada ansiedade que interfere e desorganiza o trabalho mental, principalmente nas situações em que o probando é estimulado afetivamente.

\*

Concluimos que estes pacientes riniticos são susceptíveis à estimulação afetiva não exteriorizando, entretanto, esta tendência. Revelam alto potencial impulsivo latente que pode levá-los a reagir irrefletidamente, sem consideração com os estímulos mais diferenciados do meio. Nota-se, também, bloqueio das reações emocionais, des-

vio este compensado por um tipo de adaptação mais concreta, própria de indivíduos que aprenderam a temer seus afetos devido a intenso desapontamentos anteriores.

Neste grupo verifica-se os seguintes feitos de personalidade: coartado-intratensivo; extrotenso-intratensivo; extrotenso-intratensivo. Observa-se, portanto, desarmonia intrapsíquica nos dois primeiros casos.

Observa-se, nestes protocolos, pobreza de fantasias. As poucas que surgem são de natureza infantil, ainda não superadas e ligadas às primeiras fases do desenvolvimento emocional. Estas interferem no desenvolvimento de papéis adequado ao convívio social, bloqueando a capacidade de auto-afirmação, impedindo, assim, de os pacientes se localizarem objetivamente no mundo.

Estes pacientes apresentam conflitos psicológicos de natureza grave e profunda que interferem na sua adaptação à realidade. Tais conflitos são acompanhados de acentuada ansiedade que prejudica e desorganiza o trabalho mental e também o contato destes pacientes com o mundo e consigo mesmo.

## **Hipertensão Arterial Essencial**

### **H<sub>1</sub>**

A probanda revela-se amplamente susceptível a reações afetivas do meio ambiente e reage a este de forma adequada podendo, entretanto, manifestar-se afetivamente de maneira imatura.

Elevada impulsividade pode levar a probanda a agir irrefletidamente, obedecendo às necessidades individuais com desconsideração pelos estímulos afetivos mais diferenciados socialmente.

Revela, tanto a nível latente como a nível manifesto, feitiço de



personalidade extrovertido.

A análise dos dinamismos emocionais revela bloqueio total das reações emocionais. Entretanto, este é parcialmente compensado pela ocorrência de um tipo simples e concreto de adaptação emocional, onde o elemento emotivo não constitui um traço individual, mas é resultante do processo de aculturação. E é própria de indivíduo que aprendeu a temer seus afetos em razão de desapontamentos anteriores muito intensos.

A probanda dispõe de capacidade subjetiva para agir no mundo externo. Mas esta se mostra impessoal, rígida e com muita tensão emocional.

Observa-se, neste protocolo, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda, as quais esta examinanda enfrenta em sua adaptação à realidade. Tais conflitos são acompanhados de intensa ansiedade tanto em situações que exigem discernimento, como em situações afetivas intensas.

## H<sub>2</sub>

O paciente revela-se bastante susceptível à estimulação afetiva do meio ambiente. Embora mostre potencial afetivo, é incapaz de reagir afetivamente, bloqueando esta tendência por se sentir confuso ou ameaçado, ou por apresentar um embotamento afetivo como disposição permanente.

Revela impulsividade rebaixada e um bloqueio total dos dinamismos emocionais.

A nível manifesto, apresenta um feitiço de personalidade coartado e, a nível latente, tendência à introversão, indicando discordância e certa desarmonia intrapsíquica.

Neste protocolo, observa-se que o probando dispõe de capacida-

de subjetiva para agir no mundo externo, mas esta é excessivamente subordinada aos estímulos externos e através de um contato impessoal e rígido com o ambiente.

Denota-se também, neste protocolo, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda, que impedem o probando de se adaptar satisfatoriamente à realidade. Tais conflitos são acompanhados de acentuada ansiedade que interfere no trabalho mental, principalmente nas situações que mobilizam intensamente a afetividade.

### H<sub>3</sub>

Neste protocolo, observa-se que o probando é amplamente mobilizado pelos estímulos afetivos, em geral do ambiente, e não apenas aqueles que influenciam suas necessidades individuais. Embora se mostre potencialmente capaz de reagir afetivamente, não exterioriza esta tendência mas a bloqueia, ou por sentir-se ameaçado, ou confuso, ou por apresentar embotamento afetivo como disposição permanente. Revela impulsividade rebaixada e um bloqueio total dos dinamismos emocionais, o qual é compensado por um mais simples e concreto de adaptação.

A nível manifesto e latente, revela um feitio de personalidade coartado.

Embora disponha de capacidade subjetiva para agir no mundo externo, esta mostra-se excessivamente subordinada aos estímulos externos e se faz através de um contato rígido e impessoal com o ambiente.

Nota-se a presença de conflitos psicológicos de natureza grave e profunda que impedem o probando de se adaptar à realidade. Tais conflitos são acompanhados de intensa ansiedade que interfere e desorganiza o trabalho mental, principalmente nas situações afetivas intensas.

#### H4

A paciente revela-se amplamente influenciada pelos estímulos afetivos, em geral, do meio ambiente não apenas àqueles que mobilizam suas necessidades individuais. Embora se mostre potencialmente capaz de reagir afetivamente, não exterioriza essa tendência mas bloqueia, por se sentir confuso e/ou ameaçado, ou por apresentar um embotamento afetivo como disposição permanente.

A análise dos dinamismos emocionais aponta o predomínio das reações mais imaturas menos diferenciadas e que revelam, também, ansiedade subjacente.

A nível manifesto e latente, a probanda revela feitiço de personalidade coartado.

Embora disponha de capacidade subjetiva para agir no meio externo, esta se faz através de uma subordinação excessiva aos estímulos externos, e de um contato rígido e impessoal com o ambiente.

Observa-se também, neste protocolo, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda que a probanda enfrenta em sua adaptação à realidade. Tais conflitos são acompanhados de intensa ansiedade que interfere e desorganiza o trabalho mental, nas situações de intensa solicitação afetiva.

\*

Concluimos que estes pacientes hipertensos se mostram amplamente susceptíveis às estimulação afetiva do meio ambiente mas têm dificuldade de exteriorizar essa tendência.

Revelam potencial impulsivo latente que podem levá-los a rea-

gir irrefletidamente aos estímulos momentâneos, obedecendo a necessidades individuais com desconsideração pelos estímulos afetivos mais diferenciados socialmente.

Observa-se neste grupo, tendência a um bloqueio das reações emocionais, que aparece apenas como um pano de fundo, acompanhando o contato com o mundo.

O feitiço de personalidade que prevalece no grupo é do tipo coartado, próprio de indivíduo cujo contato afetivo com o meio é extremamente pobre, restrito e superficial.

Prevalece, no grupo, bloqueio total de fantasia (3 casos) Isto revela ausência de empatia, autonomia e auto-afirmação, o que impede estes pacientes de se localizarem no mundo perante os outros indivíduos. No caso em que se manifesta é do tipo infantil, que deveria ter sido superado à medida que o indivíduo se integra lógica e afetivamente na realidade social.

De uma maneira especial, estes pacientes evidenciam - de forma mais acentuada do que nos outros dois grupos - a existência de intensos conflitos de natureza afetivo emocional que os levam a adaptar-se à realidade de modo bastante precário. Estes conflitos são acompanhados de intensa ansiedade nas diferentes situações da vida.

## **Psoríase**

### **P<sub>1</sub>**

A probanda mostra-se amplamente susceptível à estimulação afetiva, em geral, do ambiente, não apenas àqueles que mobilizam suas

necessidades individuais. Reage afetivamente de forma imatura, egocêntrica, tendendo a reagir com agressividade e com mudanças intempestivas de humor. Elevada impulsividade faz com que a probanda reaja, irrefletidamente, aos estímulos momentâneos obedecendo às necessidades individuais, com relativa desconsideração pelos estímulos afetivos diferenciados socialmente.

A análise dos dinamismos emocionais revela bloqueio das reações emocionais, que é, entretanto, compensado por um tipo mais concreto e simples de adaptação emocional, onde o elemento emotivo não constitui um traço individual, mas é resultante do processo de aculturação. Observa-se, também, ansiedade subjacente à sua adaptação emocional.

A probanda apresenta um feitiço de personalidade extroversivo, tanto a nível manifesto, como a nível latente. Entretanto, na adaptação social da probanda, prevalecem os recursos intelectuais resultantes de fantasias infantis desligadas das exigências atuais e que interferem no desenvolvimento de papéis mais diferenciados sociais, impedindo que a examinanda se localize objetivamente no ambiente.

Neste protocolo, nota-se que a capacidade subjetiva da probanda, para agir no meio ambiente acha-se bastante reduzida, sendo, entretanto, capaz de utilizar seus recursos internos, embora estes se mostrem imaturos e mais subjetivos.

Observa-se, também, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda, que esta probanda enfrenta na sua adaptação à realidade. Tais conflitos são acompanhados de intensa ansiedade, que interfere e desorganiza o trabalho mental nas situações afetivas intensas.

## **P<sub>2</sub>**

O probando se mostra susceptível às estimulações afetivas do meio ambiente e reage afetivamente de modo adequado e amadurecido. Todavia, revela também elevada impulsividade, que o faz reagir irrefletidamente aos estímulos momentâneos, obedecendo às necessidades com relativa desconsideração pelos estímulos mais diferenciados socialmente.

Revela um feitio de personalidade extroversivo, tanto a nível manifesto, como a nível latente, o que indica certa harmonia intrapsíquica.

A análise dos dinamismos emocionais revela que o examinando reage emocionalmente, podendo agir tanto de forma amadurecida, como de forma inadequada. Observa-se, também, uma maneira mais concreta de adaptação emocional, onde o elemento emotivo constitui-se do processo de aculturação, não tendo característica individual. Denota-se, também, certa ansiedade subjacente à sua adaptação emocional.

Observa-se, também, reduzida capacidade subjetiva para agir no ambiente devido a uma ligação demasiadamente subjetiva, mas que não se acompanha de ampla utilização de seus recursos pessoais.

## **P<sub>3</sub>**

O probando se mostra amplamente susceptível à estimulação afetiva do meio ambiente, reagindo, predominantemente, através das reações afetivas mais imaturas e genéricas, podendo, entretanto, manifestar-se através de reações adequadas.

Revela um potencial impulsivo latente que pode ou não se manifestar. Apresenta bloqueio dos dinamismos emocionais.

Mostra um feitio de personalidade extrovertido, tanto a nível manifesto quanto a nível latente, com as seguintes características psicológicas: egocentrismo, sugestibilidade e insuficiente auto-afirmação. Na adaptação social do probando, prevalecem recursos intelectuais resultantes de fantasias infantis desligadas das exigências atuais, e que interferem no desenvolvimento de papéis sociais mais diferenciados à convivência social, bloqueando a capacidade de auto-afirmação e impedindo-o de se localizar objetivamente no ambiente.

Sua capacidade subjetiva para agir no mundo externo é bastante reduzida, mas o probando é capaz de utilizar os poucos recursos subjetivos de que dispõem.

Revela, entretanto, acentuada ansiedade, que interfere e desorganiza o trabalho mental, principalmente nas situações afetivas intensas.

\*

Concluimos que estes pacientes psoriáticos se mostram amplamente susceptíveis à estimulação afetiva do ambiente revelando certa tendência em reagir de forma imatura e inadequada, podendo, entretanto, reagir adequadamente.

Revelam um potencial impulsivo latente que pode levá-los à reagir irrefletidamente aos estímulos momentâneos com relativa desconsideração pelos estímulos afetivo-social mais diferenciados.

Observa-se inibição das reações emocionais que são parcialmente compensadas por um tipo de adaptação mais concreta, própria de indivíduos que temem seus afetos devido a intensos desapontamentos anteriores. Revelam, a nível manifesto e latente, um feitio de personalidade extrovertido indicando harmonia intra-psíquica. Quanto a este aspecto, tais pacientes são expressivos, fazem amizade com facilidade

e necessitam de aprovação e reconhecimento externo. As relações interpessoais são extensas, porém instáveis e superficiais.

Nestes protocolos, a produção de fantasia mostra-se bastante reduzida é do tipo imaturo-infantil que deveria ter sido superada através do desenvolvimento emocional e que interfere na capacidade de autoafirmação, empatia e criatividade, assim como de estes pacientes se localizarem objetivamente no mundo frente aos outros indivíduos.

Tais pacientes apresentam conflitos afetivos intensos que se manifestam principalmente na relação consigo mesmo e interferem na adaptação à realidade externa.



## Conclusão

A análise intra-grupal comparativa dos vários setores da personalidade dos probandos indica que estes diferem em vários aspectos do padrão médio. O estudo intragrupal revelou desvios, do ponto de vista quantitativo, positivos e negativos em relação a alguns índices, o que, entretanto, não conduz a diferenças significativas no funcionamento psíquico destes probandos.

O estudo dos dinamismos psicológicos ligados à afetividade denota que estes pacientes são amplamente susceptíveis à estimulação afetiva do ambiente, apresentando, entretanto, bloqueio total (40% dos casos) ou parcial (20% dos casos) das reações afetivas, o que pode decorrer do fato de se sentirem ameaçados, confusos ou por apresentarem um embotamento afetivo como disposição permanente. Os probandos que se manifestam afetivamente apresentam reações adaptadas, amadurecidas (20%); (20% dos casos), predomínio das reações afetivas mais imaturas e egocêntricas, próprias de indivíduos sugestionáveis .

Elevada impulsividade faz com que estes probandos reajam irrefletidamente aos estímulos momentâneos, obedecendo a necessidades individuais, sem consideração pelos estímulos mais diferenciados socialmente. Neste caso, as descargas de afeto se acompanham de exteriorizações motoras imediatas, estabelecendo, assim, correlação afetiva com a motilidade. Este dado indica que estes probandos têm alto grau de labilidade afetiva. Em 30% dos casos, o índice impulsividade se encontra rebaixado em decorrência do artefato do teste, o que pode ser decorrência de pressão interna, devido a impulsos primários, determinando certo grau de ansiedade e interferência no trabalho mental.

A análise dos dinamismos emocionais ,que envolvem as reações afetivas ante solicitações reais ou imaginárias do meio, revela um bloqueio total das reações emocionais, tanto das mais diferenciadas como das subjetivas e latentes. Estas últimas surgem, entretanto, em al-

guns casos (70%) como um pano de fundo que acompanha todo o contato com o ambiente. Ressalta-se, também, que o desvio encontrado é parcialmente compensado pela ocorrência de um tipo mais simples e concreto de adaptação (C'), onde o elemento emotivo não constitui um traço individual, mas é resultante do processo de adaptação cultural. Para Klopfer (*apud* Coelho, 1975), é próprio de indivíduos que aprenderam a temer seus afetos, devido a desapontamentos afetivos anteriores intensos. Observa-se também, nestes protocolos, reações emocionais mais primárias, que podem transparecer como ansiedade, tensão emocional e uma ligação com o mundo onde prevalece o juízo de valor.

Quanto ao tipo de contato afetivo que os probandos estabelecem com o ambiente, nota-se em 60% dos casos, o tipo extroversivo e, em 40% dos casos, coartado. O primeiro apresenta as seguintes características gerais: é própria de indivíduos que apresentam relações interpessoais extensas, porém instáveis, superficiais, com propósitos momentâneos. São expansivos e necessitam de aprovação social. Mostram ter inteligência prática e voltada para a realidade. Revelam eficiência pela animação e objetividade, mas não pela originalidade ou riqueza de concepções.

O tipo de feitiço de personalidade coartado denota um contato com o meio extremamente artificial, restrito e pobre com apego à realidade objetiva imediata, aos aspectos cotidianos práticos e rotineiros das experiências. Esta maneira de reagir pode-se dar devido à tendência à depressão e ao desinteresse em estabelecer vínculos afetivos e criações intelectuais, o que exigiria deles energias das quais não dispõem.

As informações quantitativas sobre a liberdade subjetiva do probando para agir no meio externo, indicam (em 50%) dos casos uma ação demasiadamente subordinada aos estímulos do ambiente, um contato rígido e impessoal. Observa-se, também, (40% dos casos) reduzida capacidade de ação prática, em decorrência de excesso de subjetivismo. Embora estes indivíduos tenham poucos recursos internos - intelectuais

e afetivos - e do tipo imaturo e subjetivo, se empenham em utilizá-los em suas disposição para agir no meio.

Ressalta-se, também, que estes probandos enfrentam, na adaptação ao meio, conflitos psicológicos de natureza grave e profunda, que interfere e desorganiza o trabalho mental e seu contato com o meio. Estes conflitos são acompanhados de acentuada ansiedade subjacente, principalmente nas situações afetivas intensas.

Trata-se, pois, de um grupo de pacientes com uma estrutura de personalidade pobre, restrita de recursos intelectuais e afetivo - emocionais, o que os impede de ter um referencial interno que possibilite um contato interpessoal rico e profundo e de se localizarem no meio ambiente.

A dinâmica de personalidade neste grupo mostra-se bastante comprometida, devido a conflitos psicológicos graves os quais são acompanhados de intensa ansiedade, que interfere na adaptação deste no mundo e impede um contato satisfatório consigo mesmo.

\*

# CAPÍTULO VII

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Inicialmente, serão discutidas as idéias, sentimentos e atitudes do paciente decorrentes de sua experiência com a doença.

A doença, seja ela física ou psicológica, pode representar uma ameaça à integridade pessoal, levando o indivíduo a reagir intelectual e emocionalmente. Do ponto de vista intelectual, o paciente poderá construir teorias a respeito de sua doença e, concomitantemente, revelar reações emocionais proporcionais à sua estrutura de personalidade e às suas crenças. O enfermo, freqüentemente, se apresenta infantilizado, dependente e regredido, revelando um funcionamento mental primitivo influenciando seus conhecimentos racionais com fantasias de destruição, de angústia e temores.

A participação maior ou menor destes aspectos mais imaturos vai depender da estruturação e força do ego do indivíduo. As construções teóricas sobre o adoecer podem oferecer um caminho útil para a compreensão de mecanismos psicológicos subjacentes à enfermidade e também a qualidade de integração e diferenciação do ego dos pacientes em estudo.

Frente a estas proposições, fez-se a análise dos resultados das entrevistas. Os dados revelaram que, inicialmente, os pacientes relacionam suas doenças a questões como: disposições hereditárias, experiências com doenças anteriores, situações de trabalho e outras. As explicações, freqüentemente, se mostram confusas e misturadas às explicações científicas.

**R<sub>1</sub>** - "... Talvez por causa do cheiro do pó de cortina, de cigarro. Qualquer cheiro, dá coceira no ouvido, irritação na garganta, falta de ar, crosta no nariz. Qualquer frio que sinto dói o canal nasal, se esquenta com a mão melhora... não sei se o nervoso tem a ver com isso".

A doença surgiu depois que mudou para São Paulo. A paciente não se lembra de que tenha acontecido algo importante na família nesta época

"... até que o casamento não era ruim". "Não me preocupava com a falta de um relacionamento amoroso".

"... Fiquei nervosa esta semana e o nariz tapou. Fico com falta de ar quando fico nervosa. Acho que o nariz escorre não por causa do nervoso".

**R<sub>2</sub>** - "... É do pó, dos animais também, mas sempre morei no sítio e animais sempre existiram. Os motivos sempre existiram, não dá para saber. A Rinite é devido a estes motivos, é difícil explicar. Quando estou atacada de Rinite fico nervosa. Se estiver nervosa não surge a Rinite".

(Morou separado dos pais para estudar, afirma que neste período teve dificuldade para adaptar-se).

*"Nesta época estava bem mal (da Rinite), mas não estava em casa não tinha o que fazer. ... Quando tinha crise respiratória forte, chupava o dedo e ficava mais fácil respirar, dava a impressão que sim".*

**R3** - *"Deve ser poeira, antes de operar a garganta tinha sintomas de Rinite, não sabia que tinha Rinite. Depois da operação fui trabalhar na "Doce Campineira", empilhava e abria caixas de papelão. A poeira das caixas irritava. Piora quando tomo gelado, quando fico no vento" "... Acho que se tivesse operado a garganta quando pequeno não teria isso (Rinite)". "... Não se sabe se a Rinite piora ou surge com o nervoso".*

**P1** - *"... Nas férias fui com a minha patroa na praia, eu era babá do filho dela. Eu não queria ir, estava apavorada de ficar com pessoas ricas". "... A patroa levava em restaurantes chiques ... e eu tinha medo de errar... Nesta temporada tomei muito sol, fiquei com febre, tinha dores de cabeça. O filho da patroa tinha três anos, era levado, tinha também dois garotos primo dele... deixavam a gente louca, brigavam, jogavam coisas no chão..."*  
*"Na época era muito ligada à minha mãe, e ela teve derrame, a patroa não deixou ver minha mãe... daí surgiu a primeira mancha..."*

*"... Fui ao médico "particular" ele disse que era Psoríase, deu calmante e dois tipos de injeções à base de corticóide. Disse, também, que era hereditário e que "nunca mais ia sarar, "vai morrer com isso", disse o médico, daí perguntei se ia morrer porque tinha isso e o médico disse que não".*

*"... Uma vez briguei com o meu marido, no dia seguinte acordei tinha seis brotinhos de psoríase (o nervoso tem a ver com psoríase?)*

*... pode ser que não, não defini, mais tem que ter né..."*

Em outra entrevista: "... quando não discuto com meu marido, guardo a raiva, fica "alta" a pele e surge a mancha. Quando durmo nervosa acordo com três ou quatro manchas no dia seguinte..."

**P<sub>2</sub>** - "Quando terminei o tiro de guerra surgiu a psoríase, pensei que era do uso do capacete, micose. Os médicos clínicos não sabiam que era psoríase e davam antibiótico. Durante os seis meses finais no tiro de guerra fiquei tenso, com medo de não ser dispensado ...".

"...Minha cunhada disse que o sistema imunológico está rebaixado, tenho muita gripe... por isso a psoríase..."

"... Levei muito tombo, fiquei com caroço na cabeça, cicatrizou sozinho, acho que pode ter ligação com a psoríase. Tenho quisto sebáceo e as pessoas dizem que tem que tirar porque mexe com o sistema imunológico ..."

"... Quando faço tratamento some tudo durante seis meses depois volta, piora quando tenho problemas. Quando fico nervoso, quando exagero na comida e na bebida, má digestão, ataca a psoríase".

"... referindo-se a psoríase sei que é só da pele".

**P<sub>3</sub>** - "...Sofri acidente de bicicleta, tive escoriações, depois de cicatrizado percebi escamações em cima da cicatriz. Fui ao médico, ele disse que era psoríase, depois espalhou pelo corpo..."

"... Não relaciono com nada..." (refere-se à psoríase).

"... Começou a psoríase com vinte e cinco anos, era só uma pontinha, começou a aumentar com vinte e oito anos, nesta época eu bebia..."

É interessante observar que nestes relatos os pacientes oferecem diferentes explicações para a origem da própria doença sem se darem conta disso.

Embora o aparecimento da doença tenha se dado simultanea-



mente a circunstâncias de vida bastante difíceis, parecem não estabelecer ligações entre estes fatos. Falta-lhes uma compreensão mais satisfatória sobre si mesmo e sobre os fatos, o que poderia fornecer expectativas mais reais sobre sua doença.

Frente a estes dados, fica clara a fragmentação e dissociação que estes pacientes fazem entre corpo e psiquismo, não havendo qualquer representação mental do órgão ou do funcionamento deste. O representante psíquico do corpo parece ser recusado, ou considerado como desprovido de importância e rejeitado quanto à sua significação.

Segundo MacDougall (1986), esta dissociação ocorre uma vez que os fenômenos psicossomáticos estão relacionados a processos psicológicos de natureza primitiva, pré-verbal, não estando, portanto, aptos a serem representados psiquicamente.

Esta fragmentação revela a maneira como estes indivíduos vivem seus corpos, sua identidade, que deveria ter sido construída desde o nascimento, inicialmente através de suas relações com a mãe e, posteriormente, através de suas interações com o ambiente. Aos poucos, o indivíduo tem que ser capaz de diferenciar seu corpo do de outros e reconhecer o interior e o exterior de seu próprio corpo.

Em alguns casos, as explicações científicas sobre a doença propostas pelo médico, são aceitas mais como um meio de aliviar ansiedades e angústia, estando, ligadas mais às demandas emocionais que propriamente à compreensão intelectual.

*P<sub>2</sub> - "... Quase todos os médicos acham que tem ligação com o nervoso a doença (?) ... eu acho que tem relação com sistema nervoso ..."*

Mesmo tendo recebido a explicação sobre a psoríase e orientação sobre o tratamento, a paciente mantém fantasias de conteúdos des-

trativos que se manifestam através dos sonhos.

**P<sub>1</sub>** - *"...Eu sonhava que tinha bichinho me comendo, chorava dormindo e minha mãe me acordava. Quantas vezes acordei apavorada com isso ..."*

Estas fantasias podem estar sendo mobilizadas por sentimentos inconscientes de culpa que exigem punições, por exemplo: por ser sã, por não ter morrido como seus irmãos e irmãs (na história de vida da paciente há uma série de perdas significativas e pouco elaboradas). "Estar sendo comida por bichinhos" pode evidenciar também identificação patológica com os irmãos mortos. Pode apresentar, também, ligação com conflitos sexuais.

**P<sub>2</sub>** - refere-se à doença como "micose".

As teorizações sobre a doença como tentativas de entender seu aparecimento podem resultar de experiências anteriores de adoecer.

**P<sub>2</sub>** *"... Levei muito tombo, fiquei com um caroço na cabeça cicatrizou sozinho, acho que pode haver ligação com a psoríase ..."*

**P<sub>2</sub>** *"... Minha cunhada disse que o sistema imunológico está rebaixado, tenho muita gripe... por isso a psoríase..."*

A doença pode ser considerada como expiação de situações vividas com culpa, havendo, também, certa aceitação da explicação dada pelo médico.

**H<sub>2</sub>** - *"O médico disse que a pressão alta é problema de nervoso."*

*Deve ser sistema nervoso, quando brigo com o sócio fico nervoso, a pressão sobe".*

*- "O médico no Hospital Mário Gatti disse que é devido à caipirinha ..."*

Há pacientes capazes de delimitar as situações em que somatizam, mas se mostram impedidos de saber o porquê. Há como um curto-circuito entre o *soma* e psiquismo. O significado fica totalmente inexistente na mente, assemelhando-se ao que McDougall (1986) denominou "atos sintomas" onde há carência de elaboração psíquica e uma falha na simbolização que são compensadas por um agir compulsivo. *"Estes atos sintomas, ocupam o espaço do imaginário e da capacidade de sentir o próprio corpo... "*

**H4** - *"... Morava numa casa geminada, tinha muita amizade com a vizinha, a vizinha falava de tudo que pensava, eu não conseguia desabafar, o médico disse que era ansiedade... passo e passava muita contrariedade ..."*

**H3** - *"Na época (quando surgiu a pressão alta) terminei o namoro, foi o pior tempo da vida, preferia morrer que viver, namorava há cinco anos, acho que pode ser isso e a caipirinha ..."*

**H1** - Esta paciente refere também ter disenteria *"... sem explicações ... isto ocorre quando vou a casamento quando estou em lugares fechados ... nestas ocasiões fico gelada, vou ao banheiro, tenho disenteria daí melhora ..."*

Ao adoecer, o indivíduo sofre limitações e perdas, às vezes, significativas e que envolvem restrições nas atividades ocupacionais e de lazer. Estes fatos são acompanhados por certo comprometimento da imagem corporal.

O corpo, como concepção, também envolve sentimentos, e atitudes que são resultantes das experiências que o indivíduo teve consigo mesmo e com os outros. A imagem do corpo ultrapassa os limites do próprio corpo, uma vez que tudo que se origina ou emana dele faz parte do esquema corporal. Neste estudo, os pacientes psoriáticos, principalmente, referem-se às suas doenças como um estigma que interfere na visão que eles têm de si mesmos e que os outros têm deles.

*P<sub>1</sub> "... Não uso mais shorts, por causa das manchas nas minhas pernas ..."*

*P<sub>2</sub> - "... a psoríase procuro esconder, tenho certo preconceito. Sei que é só da pele, mas as pessoas não pensam assim. Olham, discriminam. Na praia fui nadar na piscina do condomínio do meu irmão, o síndico achou ruim, fui explicar para ele e dizer o que era, mas ele não estava no condomínio".*

*P<sub>3</sub>- "... gosto de nadar, mas sempre tem um engraçadinho que pergunta sobre as manchas. ... Os irmãos da Igreja não rejeitam, outras pessoas rejeitam, não sabem o que é, fico constrangido, depois passa".*

Estes relatos revelam que todo indivíduo mantém uma imagem idealizada do corpo, o corpo ideal, frente ao qual confronta sua percepção e o conceito a respeito do seu próprio corpo. As discrepâncias que surgem destas avaliações são integradas no ego e podem mobilizar afetos agradáveis ou desagradáveis nos diferentes casos (Schilder, 1950).

O indivíduo estigmatizado se sente inseguro em relação à maneira como as outras pessoas vão identificá-lo, recebê-lo e tem a sensação de não saber aquilo que os outros estão realmente pensando dele. Frequentemente, o indivíduo estigmatizado vacila entre o retraimento e a agressividade, tornando, assim, claro que as interações "face a face" podem-se tornar constrangedoras e até violentas (Goffman, 1975). O

medo de que os outros possam desrespeitá-lo por algo que ele exhiba, o faz sentir-se inseguro em seus contatos com os outros.

O indivíduo com deformações visíveis necessita ter menos dúvidas sobre a sua receptividade nas interações, podendo situações novas representar fronteiras sócio-psicológicas importantes e que têm de ser ultrapassadas.

A doença pode ter, portanto, múltiplos significados para a complexa dinâmica interna do paciente, ficando a concepção de doença ora delimitada pelas considerações científicas, ora pelas teorias elaboradas pelo próprio paciente, na tentativa de explicar seu aparecimento. As explicações médicas foram precariamente utilizadas, tiveram apenas o intuito de minimizar a angústia frente a natureza desconhecida e incontrolável da doença.

A doença é mostrada, ora como tendo sua origem no *soma*, ora no psíquico, mostrando, um ego insuficiente para unir e dominar as vivências do paciente e um sentimento de estranheza que impede o ego de ter a sensação de todo. E assim, o paciente ao explicar as causas de sua doença, necessita de um continente externo que acolha suas ansiedades e angústias através de projeções, por exemplo: a poeira, o frio, o fator hereditário, o nervoso.

Estes estados de angústia são primitivos, não são dominados pelo ego, por não terem ainda uma função sinalizadora. Isto exige um ego desenvolvido, capaz de simbolizar e, deste modo, antecipar as situações de perigo. Este ego imaturo é incapaz de manejar seus afetos sem se sentir aniquilado, fato que só poderia ser evitado pelo desenvolvimento de fantasias por onde escoaria a ansiedade, bem como pelo processo de simbolização que lhe daria uma realidade psíquico objetiva, afastando os afetos das experiências concretas.

É na infância, através da mãe capaz de acolher as descargas do bebê e de devolvê-las amenizadas (Função de *Reverie*, Bion, 1962),

que o ego do bebê desenvolve seu processo de pensamento e pode, assim, mediar suas demandas internas.

Estes dados, articulados com os da Prova de Rorschach, reforçam a idéia de um ego imaturo, pobre em fantasias e representações mentais. Esta constrição psíquica manifestada nestes pacientes, na Prova de Rorschach, decorre de privação ambiental, o que é confirmado pelas entrevistas clínicas, não resultando, pois, de mecanismo de repressão, o qual se mostra insuficiente nestes protocolos, comprometendo, substancialmente, o trabalho mental. Observa-se subjetivismo na avaliação da realidade, bem como uma maneira parcial de examinar os fatos - que são interpretados com prevalência do juízo de valores. O contato superficial com o meio leva estes pacientes a reagirem a um número limitado de estímulos e de ter poucos interesses no meio. Estes interesses são vagos, genéricos, não indicando contato espontâneo, denotando, ainda, ingenuidade e modo infantil de pensamento, com pouca elaboração.

Revelam tendências hipocondríacas, próprias de indivíduos preocupados consigo mesmo e com seu estado mórbido. O interesse específico pelos seres humanos e pelos diferentes matizes de comportamento social é reduzido, uma vez que tem dificuldade na representação subjetiva de si próprio e de seu corpo e, como consequência do outro, este não existe o que pode decorrer das experiências pessoais e dos relacionamentos interpessoais insatisfatórios da infância. Estes relacionamentos não proporcionaram condições favoráveis às boas introjeções e segurança nos contatos afetivos.

Alguns casos clínicos revelam ambiente familiar desequilibrado, ansiogênico, refletindo conflitos inconscientes e contradições entre os pais. Estas circunstâncias, provavelmente, impediram a internalização de funções maternas e paternas tranqüilizadoras, e, também, de iniciar o lento processo de diferenciação para atingir, ulteriormente, a capacidade de distinguir a representação de si mesmo da representação do outro.

Estes pacientes mostram ausência de um referencial interno, que os ajudaria a nortear o comportamento objetivo e a localizarem-se no meio ambiente. A precariedade da adaptação à realidade, destes pacientes, é fruto da imaturidade intelectual e da dinâmica afetivo-emocional. Embora se mostrem amplamente susceptíveis às estimulações afetivas do meio, revelam bloqueio total ou parcial, em alguns poucos casos, das reações afetivo-emocionais, por se sentirem confusos ou ameaçados ou por apresentarem embotamento afetivo como disposição permanente.

São várias as hipóteses que fornecem subsídios a estes fatos. Para McDougall (1986), a incapacidade de reconhecer ou expressar afetos não é uma forma de defesa psíquica, mas é devida a uma carência vital, acarretada por uma inibição no desenvolvimento mental.

É também através dos discursos familiares que são transmitidas as experiências afetivas. A mãe, que as reconhece como genuínas, mostra aprovação ou desaprovação, o que pode impedi-las de ter acesso ao consciente. O ambiente familiar que não permite a expressão de emoções por considera-lá um sinal de fragilidade, algo insensato e perigoso, e que condena os aspectos psicológicos e físicos dos estados afetivos, favorece um meio propício ao desenvolvimento de um ideal de ego patológico, onde qualquer expressão ou conhecimento das reações emocionais pode diminuir os sentimentos de auto-estima.

É a mãe, também, que determina qual o grau de investimento e contra investimento libidinal para o corpo e suas diferentes zonas ou funções. A ausência de investimento libidinal em alguma zona corporal ou no corpo, como uma totalidade, leva o indivíduo a correr o risco de não apenas ter transtornos no funcionamento somático, mas também repúdiar do conhecimento consciente da dor mental ou física.

A vitalidade afetiva estimulada por moções pulsionais ou por exigência externa se paralisa de imediato e as percepções que poderiam proporcionar um conhecimento do próprio corpo ou poderosas reações

afetivas são evitadas ou rapidamente eliminadas da consciência, uma vez que as inundações afetivas podem provocar episódios transitórios de despersonalização (McDougall, 1987). Fica evidenciado, na Prova de Rorschach, que a descarga de afeto não se exterioriza por não ter um canal de saída e, assim, os afetos perdem sua função de ligação entre o *soma* e o psíquico de modo a interromper a comunicação interna.

Idéias impregnadas de afetos depressivos ou ansiosos, potencialmente não controláveis e não elaboráveis pelo sujeito, não atingem a representação mental. E a falência das representações de idéias corre paralelamente à tendência ao agir e à descarga da tensão.

Segundo McDougall (1987), no fenômeno psicossomático, a ejeção para fora da psiquê de uma realidade psíquica deixa o sujeito sem contato e conhecimento dos afetos, cuja função é advertir a psiquê de uma situação ansiógena para a qual deveria se preparar para enfrentar. Se esta supressão não é compensada psicologicamente, é provável que o *soma* sozinho seja solicitado a responder da maneira que lhe é própria, ou seja, uma resposta somática a uma mensagem que só pode ser decodificada como mensagem biológica. Este indivíduo, ao sentir-se constantemente bombardeado por vivências afetivas, precipita-se em estados de pânico impedido de dirigir-se para as percepções, acontecimentos e relações que lhes deram origem.

Estas situações podem ser exemplificadas através dos casos clínicos observados neste estudo. É importante ressaltar as condições e o clima emocional da família destes pacientes os quais, segundo seus relatos, são do tipo agressivo, violento e carente de relações amorosas:

*"... Meus pais brigam muito"; "... minha Mãe é muito revoltada"; "... Minha mãe nunca me beijava nem dava carinho"; "... Meu pai era bravo, ... violento ..., alcoólatra ..." "... Tinha receio (do pai) tinha certa distância dele ..., chegava a ignorá-lo".*



Nestas famílias, há ausência de um discurso a respeito do corpo, de sua função e funcionamento, o que pode ter dificultado a representação mental do corpo de suas funções, impedindo alguns dos pacientes de usufruírem prazerosamente do corpo.

*"Minha mãe nunca me orientou (sobre sexo, menarca) a minha vida sexual é insatisfatória ...".*

*"... Não estava preparada, nem fui orientada (fala sobre a menarca) ... as relações sexuais (hoje) são insatisfatórias".*

*"... Fiquei assustada, foi na escola (refere-se à menarca) fiquei toda manchada, a professora super legal explicou e ajudou. Tinha vergonha em falar com minha mãe, ela não dava intimidade para falar com ela ...".*

Refere-se a mudanças corporais *"... Não é uma coisa normal, a gente não é criança, nem gente grande, ninguém dá valor para a gente, meus pais não explicavam nada. No ginásio é que eu aprendi sobre sexo ... Já tive episódio de impotência ...".*

Quanto às vivências afetivas do grupo, nota-se diferentes maneiras de descrevê-las e experimentá-las.

*"Vó carente ... a vida é boa, tudo bem, posso me sentir feliz. Deus foi bom para mim".*

Aqui se evidencia a dificuldade de viver a felicidade. Esta é definida através de constructo lógico, racional e não de vivência afetiva.

*"Quando nervosa grito, falo alto, parece que uma coisa esquenta na cabeça".*

*"Sou muito nervosa, apavorada, se meu filho atrasa da escola, fico telefonando para a escola ..."*

Nestes casos acima, a ação motora toma o lugar das vivências emocionais como se no aparelho mental os diferentes sistemas estivessem separados uns dos outros e o inconsciente não pudesse expressar-se por representações. A força do Id procura descarga através da ação motora.

Nas seguintes situações observa-se pobreza de vida afetiva, bloqueio na capacidade de elaborar as demandas pulsionais que o corpo dirige ao psíquico, como também de representá-las. Existe uma pobreza no investimento libidinal e ausência de reações afetivas adequadas diante das situações conflitivas. Este tipo de pensamento é próprio de pacientes com pensamento operatório (Marty, 1974; De M'Uzan, 1980) e de pacientes psicossomáticos (Rocha, 1988; McDougall, 1987).

*"... Com as pessoas posso ficar roxa fico quieta, não falo, posso até chorar, mas brigar assim ..." (refere-se a falar sobre o assunto).*

*"... Todo mundo fala: porque você é triste! eu não sei, eu canto no trabalho ... tem o nervoso né às vezes um mosquito é um boi .." "... Sou insegura, não reajo em nada, faço tudo o que meu marido quer, guardo tudo (fala da raiva), fico com raiva ..."*

*"... Se brigo com meu marido fico martelando o dia todo ..."*

Estes fatos decorrem da imaturidade dos processos integrativos, os quais se estruturaram através das relações interpessoais insatisfatórias para favorecer produções de fantasias e a capacidade de simbolização, isto é, os meios de vinculação entre a representação mental e a

experiência emocional. Assim, o significado não integrado e excluído do inconsciente tende à realidade, manifestando-se, por vezes, no corpo. Esta explosão no corpo tem uma função de descarga que provoca curto-circuito no trabalho psíquico, levando à falência da representação e de significados.

Através dos dados obtidos nas entrevistas clínicas e na Prova de Rorschach verifica-se, nestes pacientes acentuada pobreza de fantasia que os impede de serem espontâneos, criativos e empáticos, o que os leva a ter um contato consigo e com o mundo, de forma impessoal, superficial, subordinado aos estímulos do ambiente.

A fantasia, como representante mental dos instintos, é que integra, de modo dinâmico, os processos físicos e psíquicos e interliga as diferentes estruturas mentais: processo primário com o processo secundário. É ela que se presta também como um meio de escoamento da ansiedade e torna possível ao ego o desenvolvimento do pensamento. Através deste, torna possível a mediação das demandas internas e permite vivenciar e manifestar sentimentos e emoções sem receio de aniquilamento.

O abandono do uso do objeto transicional nos pacientes deste estudo, se deu tardiamente, sugerindo dificuldade destes em se organizarem frente à consciência de diferenciação, uma vez que os objetos transicionais permitem a fantasia de fusão com a "boa mãe". O objeto transicional oferece uma forma transicional e de estrutura psíquica que, pelo processo de internalização, gradualmente se torna parte da estrutura interna e ajuda a mantê-la (Winnicott, 1951).

Deste modo, segundo Topin (1971), a ausência da internalização de objetos transicionais, como consequência de deficiência ambiental, e portanto falhas no processo de separação-individualização, provoca defeitos psíquicos estruturais que podem ser compensados pela adição de um regulador externo, como por exemplo, a doença física.

O trabalho de internalização do objeto transicional envolve luto, similarmente ao processo de formação de símbolos da teoria Kleiniana, no qual a criação de representantes mentais envolve perda, separação, e trabalho emocional de reparação.

Nos casos clínicos estudados, o ambiente familiar não se mostrou facilitador de crescimento e integração ou relacionamentos conjugais insatisfatórios, em outros casos relação mãe-filho comprometida e expressa através de problemas de aleitamento ou dificuldade de abandono dos objetos transicionais. A falha de internalização das funções maternas, é percebidas nestes pacientes pois têm dificuldades adaptativas e uma estrutura psíquica pobre, com poucos recursos subjetivos. As possibilidades adaptativas, assim como o enriquecimento da estrutura psíquica são adquiridas através das experiências nas quais o bebê se encontra engajado com a mãe e/ou objeto transicional.

Neste estudo são evidentes as perturbações no processo de simbolização. Este fato é ressaltado pela ausência de um referencial interno e de papéis adequados à convivência social, o que permitiria uma identidade pessoal definida e participação social mais adequada.

Embora revelem certo grau de aceitação intelectual da realidade externa esta é predominantemente do tipo emocional impregnada de juízos de valor, de um pensamento estereotipado e de tensão emocional. O contato subjetivo com o mundo é acompanhado de ansiedade subjacente. Dessa forma, a falta de diferenciação entre o objeto (o mundo) e o ego leva-os a apresentar a uma perturbação entre o símbolo e o objeto que seria simbolizado e o pensamento, preso à percepção das sensações, não ganha representação mental.

A palavra tem o papel de unir o afeto e as representações mentais e suscitar a emergência do pulsional e emocional para tornar os afetos e fantasias contíguas acessíveis ao pensamento verbal. É através da palavra que o sentimento de identidade é construído e mantido, bem como a imagem psíquica do corpo. A ausência de afeto retira das rela-

ções interpessoais toda sua significação, permanecendo a palavra à disposição do indivíduo mas despida de significação para o indivíduo que a pronuncie. A criança aprende desde muito cedo o significado emocional da palavra: as palavras que ferem, as que anunciam a perda de amor; as que humilham (McDougall, 1986).

O indivíduo produz fantasias, sonha, tem memórias, e assim usa as lembranças para regular e modelar as emoções. Posteriormente, a regulação interativa é enriquecida pela comunicação verbal, que acompanha a diferenciação, o reconhecimento e a apropriação do corpo pelo indivíduo.

Os resultados da Prova de Rorschach reforçam as observações da existência de sérios conflitos psicológicos de natureza grave e profunda que interferem na adaptação destes pacientes à realidade externa. Estes conflitos são acompanhados por intensa ansiedade que desorganiza o trabalho mental e acompanha todo contato com o mundo, principalmente nas situações afetivas intensas. Revelam uma falta de estrutura psíquica para suportar tensões internas e externas, tendo, como principal recurso, reagir de forma concreta, estereotipada ou através de descarga motora. Impedido de qualquer percepção que possa originar emoção, forma-se um abismo entre o surgimento do afeto e a representação mental, que conduz inevitavelmente à não formação ou destruição de significados.

O confronto dos resultados da Prova de Roschsch no que se refere ao tipo de trabalho mental revela que os pacientes riníticos, hipertensos e psoriáticos apresentam modos de funcionamento mental semelhantes mas não iguais. A produtividade é mediana, porém pouco elaborada, o contato com o meio é superficial e restrito, interferindo na busca de interesses no meio.

Verifica-se imaturidade intelectual e constrição psíquica relativa aos conflitos inter-pessoais e não são distúrbios da esfera intelectual.

Na avaliação do feitio de personalidade destaca-se que os pacientes hipertensos evidenciam, de maneira mais acentuada que os outros dois grupos, a existência de conflitos afetivo-emocionais profundos, levando-os a se adaptarem à realidade de forma precária, através de um contato extremamente restrito e impessoal, carente de vínculos afetivos e de criações intelectuais. Tais conflitos são acompanhados de acentuada ansiedade principalmente nas situações afetivas intensas.

Embora os pacientes com rinite alérgica perene também apresentem conflitos psíquicos da mesma natureza, estes pacientes conseguem estabelecer algum tipo de vínculo com o ambiente.

Em contrapartida, os pacientes psoriáticos expressam ao nível manifesto e latente um feitio de personalidade de extratensivo indicando certa harmonia intrapsíquica quanto a este aspecto. Estes pacientes são expansivos, fazem amizades com facilidade. Necessitam de aprovação e reconhecimento externo. Suas relações interpessoais são numerosas, porém instáveis e superficiais.

O tratamento dos pacientes psicossomáticos, segundo McDougall (1987), exige do analista modelos de funcionamento mental que remetem a um universo pré-simbólico. Quando a estrutura do paciente se permite uma psicanálise, o "setting" analítico deve parecer seguro o suficiente para poder abrigar as fantasias primitivas e os cenários do teatro psíquico interno. As manifestações psicossomáticas, segundo a autora, têm umá história ou, pelo menos, uma mitologia. Numa tentativa desesperada para salvar a sobrevida psíquica, estas pessoas estabelecem um corte entre o *soma* e a psiquê, a fim de se colocar ao abrigo condições afetivas insuportáveis. Assim se instala uma economia psíquica apta a favorecer a somatização. "... *Estes são signos de dramas primitivos não elaborados. Tais signos são portadores de mensagem para a psiquê, embora eles pareçam, numa primeira abordagem, escapar representações. O tratamento psicanalítico para estes pacientes pode se tornar o local de confronto entre o eu adulto e o eu infantil e o analista, no caso, será o "objeto figurante*

*proteiforme do teatro interno do analisando" que vai ser chamado a desempenhar todos os ppis. E assim a análise terá seu curso, se sobreviver às resistências do analisando e dependendo da permeabilidade e da tolerância do eu do analista.  medida que o sintoma se torna metáfora e a lembrança se constrói, o inaceitável e o insensato do passado mudam de signo, o paciente passa a reconhecer-se ator, autor da própria vida e de seu futuro (McDougall, 1982).*

O tratamento psicanalítico para os pacientes com doenças somáticas tem despertado muitas controvérsias. A dificuldade em estabelecer uma relaçao terapêutica desenvolve impasses no tratamento e alto risco de dificuldades contra transferências. Para Marty (1990), a indicaçao da psicanalse clássica é muito limitada em pacientes psicossomáticos embora alguns pacientes possam se beneficiar com essa técnica. Sifneos (1974(a)) já adverte contra a utilizaçao da psicoterapia psicodinâmica e a psicanálise em pacientes alexitímicos psicossomáticos uma vez que tais intervenções podem provocar ansiedade e agravar suas condições físicas, recomendando se em tais casos a terapia de apoio.

Krystal (1983) sugere modificações na técnica psicanalítica a fim de torná-la mais benéfica aos pacientes com doença física. Recomenda que o analista, inicialmente, ajude o paciente a reconhecer a natureza de sua perturbaçao cognitiva - afetiva e, posteriormente, a desenvolver tolerância afetiva e, assim como um professor, leve o paciente a aprender a reconhecer, classificar, interpretar e organizar seus próprios sentimentos. A atividade terapêutica fica, desse modo, comparável à tarefa da mãe de ajudar a criança a identificar, diferenciar e verbalizar sentimentos. Trata-se de um processo lento, mas o paciente reconhecer seus sentimentos  medida que aprende a verbalizá-los.

## Comentários Finais

Através da articulação dos dados de ambos os instrumentos utilizados neste estudo, concluiu-se que estes pacientes não adquiriram uma identidade própria em decorrência de relações interpessoais e de condições ambientais insatisfatórias. Estes pacientes revelam sérios conflitos psicológicos que interferem na adaptação à realidade e que se manifestam através de:

- a) Produção mental pobre, restrita, imatura, sem indícios de uma capacidade criativa e de produção autônoma.
- b) Ausência de um referencial interno que permitiria reconhecer e localizar a própria posição no ambiente em relação aos outros indivíduos e em consonância com seus interesses, indicando pois problemas frente a aquisição da própria identidade.
- c) Incapacidade de usufruir do potencial afetivo-emocional de que dispõem, devido à ansiedade intensa e profunda que os desorganiza e os torna confusos, levando-os a ter um contato superficial e restrito consigo mesmo e com o mundo sem a vivência colorida e prazerosa oferecida pelas experiências afetivas e que enriqueceria a própria vida.

Deste modo, as experiências residuais de indiferenciação provocam perturbações significativas na capacidade de produção de fantasia e de simbolização, bloqueando o escoamento da ansiedade de forma mais satisfatória, bem como a possibilidade de elaborar e expressar os afetos. Este fato torna estes indivíduos susceptíveis a expressarem a nível somático seus conflitos internos, ficando vulneráveis, portanto, a adoecer fisicamente.

Ao lado destas contribuições teóricas, é importante destacar que



a entrevista psicológica e a Prova de Rorschach mostram ser instrumentos preciosos e eficientes na avaliação diagnóstica nesta investigação.

Através da entrevista pode-se obter o estilo comunicativo especial destes pacientes, suas condições internas no que concerne às dificuldades em reconhecer, descrever seus próprios sentimentos e também discriminar seus estados emocionais das sensações corporais. A compreensão deste funcionamento mental constricto foi ampliada e aprofundada pela Prova de Rorschach, que forneceu uma apreciação diagnóstica da estrutura e dinâmica psicológica atual destes pacientes, destacando-se assim as principais características desfavoráveis ao equilíbrio psicossomático.

A importância da apreciação diagnóstica reside principalmente na dimensão prognóstica e nas medidas terapêuticas que dela decorrem. Objetivando enriquecer as sugestões propostas, segue-se uma citação de Pierre Marty (1990) "... *O exame psicológico de fato permite precisar com perfeição em que movimento dinâmico evolutivo encontra-se inserido o sujeito quando o vemos. Assim, ele dá indicações preciosas sobre a oportunidade ou não de intervenções cirúrgicas, por exemplo, neste momento da vida de uma paciente*". Ressalta também este autor que é importante constatar "... *as economias consideráveis, em sofrimento, em trabalho, em custo global que o recurso sistemático ao exame psicológico permitira realizar nos serviços de medicina e de cirurgia de ponta*".

Fica, portanto, como sugestão de ordem prática neste estudo, a inclusão do exame psicológico na prática médica como um recurso complementar de grande valia para a compreensão dos doentes físicos.

\*

## Referências Bibliográficas

- ALEXANDER, F. - Psychosomatic Medicine: It's Principles and Application. London, George Allen University Ltd, 1952. 1950
- AULAGNIER, P. - Cuerpo, história, interpretação. Buenos Aires, Editorial Paidós. 1991.
- BADEN, H.P. & PURCHASE, M. - Psoriáse. Dermatology, 3:47-50. 1973
- BELLAK, L. - Psicologia de las enfermedades orgánicas: introdução à medicina psicossomática. Buenos Aires, Hormê. 1965.
- BEKEI, M. et al. - Lecturas de lo psicossomático. Buenos Aires, Lugar Editorial. 1991
- BION, W.R. - Atenção e interpretação, Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda. 1973
- BION, W.R. - Aprendendo com a experiência. Rio de Janeiro Imago Editora, 1964. 1962
- BREUER, J.F. & FREUD, S. Casos clínicos Fraulein Elizabeth Von R. In: ——— Estudos sobre Histeria, Rio de Janeiro, Imago, 1975, Vol 2 (Edições Standard Brasileira). 1895
- BREUER, J. & FREUD, S. - Série Complementares - In: ——— Comunicações preliminares. Rio de Janeiro, Imago. 1975. Vol 2 (Edição Standard Brasileira). 1895
- BAHNSON, C.B. - Stress and cancer: The estate of the art. Psychosomatics, 22:202-220. 1981
- CALLAS, M.E. - Dermatology and psychosomatics in daily practice. Psychosomatics. 21:273-277. 1972/1973.
- CHANDLER, M. J.; Patterson, R - Psychosomatic Nasal Disorder. J. Allergy Clin Immunol. 78 (2):328-331. 1986.
- COELHO, L.S. - Epilepsia e personalidade, São Paulo, Editora Ática S/A. 1975.

- COHEN, J. J. - Immunity and Behavior. *J. All Clin. Immunol* 79 (1):2-5. 1987.
- CONSELHO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DE HIPERTENÇÃO ARTERIAL. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 56 (Suplemento A), Rio de Janeiro, 1991.
- CZUBASKI; ZAWISZA E. - The role of psychic factors in patients with allergic rhinitis. *Acta Otorinolaryngol* 81: 484-488. 1976
- DEMO, P. - *Introdução à Metodologia da Ciência*. São Paulo, 1987, 2ª Edição, 1ª Edição. 1983
- DUNBAR, F. - *Diagnóstico Psicossomático*. Buenos Aires. S. E. Tchehayen, S. R. L. 1950. p. 572-74.
- ENGELS, W.D. - Dermatologic Disorders. "Psychosomatic". *J. Acad. Psycho. Med.*, 23 (12): 1209-1219. 1982
- ETCHEGOYEN, H. - *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas. 1989
- EY, Henri et al - *Tratado de Psiquiatria*. 8ª Edição. Barcelona. Toray Masson. 1978. p. 904-910.
- FENICHEL, O. - *Teoria Psicanalítica de Las Neurosis*. Buenos Aires, Paidós. 1966
- FRIEDMAN, M. & ROSEMAN, R. - Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *J. Amer. Med. Assn.*, 169: 1286-1296 1959
- FREUD, S. - Uma introdução sobre o narcisismo. In: ——— *A história do movimento psicanalítico*. Rio de Janeiro. Imago, 1975. Vol 14. Edição Standard Brasileira. (1920-1922)
- FREUD, S. - Uma réplica às críticas do meu artigo sobre a neurose de angústia ——— *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. Rio de Janeiro. Imago. 1975. Vol 3. Edição Standard Brasileira. (1895a.)
- FREUD, S. - A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: ——— *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. Rio de Janeiro, Imago 1975. Vol 3.

Edição Standard Brasileira. (1895b)

FREUD, S. - Um sonho é a realização de um desejo. In:—— *O caso de Schreber e Artigos sobre Técnica*. Rio de Janeiro. Imago. 1975. Vol 12. Edição Standard Brasileira. (1900)

FREUD, S. - A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In:—— *Cinco Lições de Psicanálise*. Rio de Janeiro. Imago. 1975 Vol 11. Edição Standard Brasileira. (1910).

FREUD, S. - Apêndice Palavra e Coisa. In:—— *A História do Movimento Psicanalítico*. Rio de Janeiro. Imago. 1975. Vol 14. Edição Standard Brasileira (1915a).

FREUD, S. - Uma introdução sobre o narcisismo. In: —— *A História do Movimento Psicanalítico*. Imago. 1975. Vol 14. Edição Standard Brasileira. (1914).

FREUD, S. - Os instintos e suas vicissitudes. In:—— *A História do Movimento Psicanalítico*. Rio de Janeiro. Imago. 1975. Vol 14. Edição Standard Brasileira. (1915b).

FREUD, S. - Além do princípio do prazer. In:—— *Além do Princípio do Prazer*. Imago. 1975. Vol 18. Edição Standard Brasileira. (1920).

FREUD, S. - O ego e o Id. In:—— *O Ego e o Id*. Imago. 1975. Vol 19. Edição Standard Brasileira. (1923).

GADDINI, E.E. - Defensive fantasies and the psychoanalytical process. *Int. J. Psychol-Anal.*, 63:379-388. 1982

GADDINI, R. - The Pathology of the self as a basis of Psychosomatic disorders. *Psychother-Psychosom.* ,28:271. 1977

GADDINI, E. - Transitional objects and the process of individuation: a study in three different social groups. *J.Amer.Acad. Child Psychiat.*, 9:347-365. 1970

GARMA, A. The internalized mother as harmful food in ulcer patients. *Internat.J.Psycho-Anal.*, 34:102-110. 1958

GILBERT, A. R. et al - Personality evolution un psoriasis - *clever-clin-Q*.

1973. 40:147-152. Imago. Vol 14. 1915.
- GRODDECK, G.W. - O livro disso. São Paulo. Editora Perspectiva S/A., 2ª. Edição, 1988. (1932)
- HOFER, M.A. - Relationships as regulators: A psychobiologic perspective of bereavement. *Psychosom. Med.*, 46:183-197. 1984
- HOLMES, T. Hetal - Life Situations, Emotion, and Nasal Diase. *Psych. med.* 13:71-79. 1951.
- JAPIASSU, H. - Introdução à epistemologia da psicologia. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda. 1975
- KOHUT, H. - A restauração do self. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda. 1988
- KLEIN, M. - Sentimento de solidão. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda. 1970
- KLEIN, M. - A importância da formação do símbolo no desenvolvimento do ego. In: Os progresos da Psicanálise, 3ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. (1930).
- KLEIN, M. Psicanálise da criança. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1969. 1932.
- KLEIN, M. - Contribuição à psicanálise! 2ª Edição. São Paulo, Editora Mestre Jou, 1975. (1948).
- KLEIN, M. - Os progressos da psicanálise. 3ª Edição. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. (1952).
- KLEIN, M. - Melanie klein hoje. Rio de Janeiro, Imago Editora. 1990. 2. Vol II
- KRYSTAL, H. - Laexthymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Internat J. Psychother.* 9: 393-378. 1983.
- LADRIERE, J. A articulação do sentido. São Paulo, Editora Pedagógica e Universidade Ltda. (EPU), Editora da Universidade de São Paulo. 1977
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. - Vocabulário da psicanálise. Santos,

- Martins Fontes Editora Ltda. 1970. (1967).
- MAHLER, M. - *As psicoses infantis e outros estudos*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas. 1989. (1968).
- MARTY, P. - *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1993
- MARTY, M. de UZAN, M. - Psychodynamic mechanisms psychosomatic symptom formation. *Psychother. Psychosom.*, 23:103-110. 1974
- McDOUGALL, J. - *Em defesa de uma certa anormalidade*, Porto Alegre, Artes Médicas. 1983
- McDOUGALL, J. - *Theaters of the mind. Illusion and truth on psychoanalytic stage*. London, FAB. 1986
- McDOUGALL, J. - *Corpo físico, corpo psíquico, corpo sexuado - Conferências Brasileiras*. Traduzido por Fernando Rocha, Rio de Janeiro, Xenon Editora e Produto Cultural. 1987
- McDOUGALL, J. *O teatro do corpo*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1990
- McDOUGALL, J. Il paciente desafectiuizado - reflexiones sobre la patologia del afetto. *Rev. Psicot.Psicoanalít.* 1(4):7-24. 1985
- McDOUGALL, J.- Alexithymia, psychosomatoses and psychosisinternat. *J of Psychoanal and Psychoterapy*, 9: 379-88. 1982
- MAC FADDEN, M. A. J.; RIBEIRO, A. V. Aspectos psicológicos da Hipertensão Arterial Essencial. *Anais do Congresso Mundial de Saude Mental. México*. p. 44. 1991.
- MAC FADDEN, M.A.; DUARTE, F.; NICOLA, E. M. D. Uma abordagem psicossomática da Rinite Alérgica Perene - *Revista da Associação Médica Brasileira*, 39 nº 2, p. 73-77, abril/junho 1993.
- MAC FADDEN, M.A.J - Estudo descritivo sobre a dinâmica afetivo-emocional de um grupo de pacientes psoriáticos - *Revista da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP*. 4(1). p. 5-9. 1993.
- MOORE, B. E. & FINE, B. D. - *Termos e conceitos Psicanalíticos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992

- NEMIAH, J. C. - Alexithymie: Theoretical considerations. *Psychother Psychosom*, 28: 199-205. 1977
- NEMIAH, J. C. - Psychosomatic illness. A problem of communication. *Psychother. Psychosom.*, 18: 154-160. 1978.
- PAIVA, L. M. - *Medicina Psicossomática* - Porto Alegre, Editora Artes Médicas. p. 647-544. 1966.
- PALJAN, D. - Psychosomatic factors influencing the course of Psoriasis. *Acta Derm. Venereol.*, 113: 121-122. 1984
- PETOT, J. M. - *Melanie Klein II*. Sao Paulo, Editora Perspectiva. 1988
- PERESTRELLO, D. - *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro. Livraria Atheneu Ltda. 1975
- PERESTRELLO, D. - *Trabalhos escolhidos Rio de Janeiro*. Livraria Atheneu Ltda. 1987
- ROCHA, F. J. B. - A psicanálise e os pacientes somatizantes - Introdução às idéias de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicoanálise*, 22 (1): 27-47. 1988
- RORSCHACH, H. (1948). *Psicodiagnóstico*. São Paulo. Mestre Jou. 1963.
- RYCROFT, C. - Symbolism and its relationship to the primary and secondary processes. *Internat. J. Psycho. Anal.*, 37: 137-146. 1956
- SAFAR, E. M. - Hemodynamic factors and Rorschach testing in borderline and sustained huppertens. *Psych. Med.* 40 (8). 1978.
- SEGAL, H. - *Introdução a obra de Melaine Klein*. Rio de Janeiro, Imago Editora. 1964.
- SEGAL, H. Notes on symbol formation. *J. Psycho. Anal.*, 38: 391-397. 1957
- SEGAL, H. Contribution to the symposium on Phantasy. *Int. J. Psycho Anal.*, 44. 1963
- SHAUGHNESSY, M. O. - A commemorative essay on W. R. Bio's theory on thinking. *J. of child Psychother*, 7,2:181-9. 1981
- SILVEIRA, A. - *A Prova de Rorschach, elaboração do programa*. São

- Paulo, Endonele. 1964
- SIFNEOS, P. E. The prevalence of "alexithimic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.*, 22: 255-262. 1973
- SIFNEOS, P. E. A reconsideration of psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation in view recent clinical observations. *Psychother. Psychosom.*, 24: 151-155. 1974
- SPERLING, M. - Psychosis and psychosomatic illness. *Internat. J. Psychoanal.*, 36: 320-327 1955
- SPERLING, M. - Conversion hysteria and conversion symptoms. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 21: 7145-771. 1973
- SPITZ, R. A. - *El primer ano de vida de niño*. Madri, Col. Psicologia y Educacion, 1972
- SCHILDER, P. - *A imagem do corpo: As energias construtivas da psique*. São Paulo, Martins Fontes, 1a Edição Brasileira. 1981(1950.)
- TRINCA, W. - *O pensamento em diagnóstico clínico*. Rio de Janeiro, Editora Vozes Ltda. 1983
- TUSTIN, F. *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro, Imago Editora. 1975
- TUSTIN, F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro, Imago Editora 1984
- TAYLOR, G. J. - *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. National Universities Press - Stress and Health Series Madison Connecticut - Edited by Leo Golderberg, PhD. 1980.
- TOLPIN, M. On the beginning of a cohesive self: An application of the concept of transmuting internalization to the study of the transitional object and signal anxiety. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26: 316-352, New York, Quadrangle. 1971
- VILLEMOR, F. - *Pirâmides Coloridas*. Rio de Janeiro. Ed. Apa 2<sup>a</sup> edição. 1978
- VOGUE, P. C. - Psychosomatic aspect of psoriasis. *Z. Psychoanalytic*. Munique, 1976, 22 (2): 177-89.



- WINNICOTT, D. - *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda. 1975.
- WINNICOTT, D. - *A criança e o seu mundo*. Rio de Janeiro, Zahar Editora. 1982.
- WINNICOTT, D. - *A mãe dedicada comum*. In: Os bebês e suas mães. São Paulo, Martins Fontes, 1988. (1966)
- WINNICOTT, D. - *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1988. (1960)
- WINNICOTT, D. - Objetos transicionais e fenômenos transicionais, In: *Textos selecionados: Da pediatria a psicanálise*, 2ª Edição Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1982, publicado, revisto e ampliado em *O Brincar e a Realidade*. Imago Editora Ltda., 1975. (1951)
- WINNICOTT, D. Preocupação materna primária. In: *Textos selecionados: Da pediatria a psicanálise, O Brincar e a Realidade*, Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1975. (1956)
- WINNICOTT, D. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro "self". In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1988. (1963)
- WINNICOTT, D. -. A mente e suas relações com psiquê-soma. In: *Da pediatria a psicanálise*, 2ª Edição. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1982. (1949)
- WINNICOTT, D. -. Da Dependência a independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artes Médicas. 1988. (1963)
- WINNICOTT, D. -. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: *O ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. (1963a)
- WINNICOTT, D. -. O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: *O Brincar e a Realidade*, Rio de Janeiro, Imago Editora Ltda, 1975.(1968)
- WINNICOTT, D. - Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Textos Sele-*

cionados: da pediatria a psicanálise, 2ª Edição, Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1982. (1945)

\*

# **A N E X O S**

## ANEXO I

### ACEPÇÃO DOS VÁRIOS ELEMENTOS E CRITÉRIOS PARA APURAÇÃO DA PROVA DE RORSCHACH DE ACORDO COM ANIBAL SILVEIRA (1964)

#### Modalidades

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
R	Total de respostas do protocolo
G	Resposta que abrange a prancha toda: global
P	Pormenor primário: frequência de seleção, na população média até 1:22
P	Pormenor secundário: frequência inferior a 1:22
P'	Pormenor primário e secundário, de tipo inibitório: anormalmente destacado como parte humana ou animal
E	Resposta relativa ao espaço em branco
PE	Resposta global com menção explícita de espaço em branco
PG	Resposta aparentemente global, mas na realidade oriunda apenas de um pormenor, seja primário, seja secundário, que dá sentido ao todo.
CP	Resposta global em que o conteúdo é somente parte humana, ou parte animal, uma vez que isso não seja estatisticamente frequente.

#### Determinantes

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
M	Movimento de figura humana ou antropóide, ou peculiar a ser humano
m	Movimento de animal não antropóide
m'	Movimento de oposição, de contenção, ou em tendência, ou de ser inanimado
Ps	Perspectiva, com elemento forma como primário na associação
ps	Perspectiva de forma vagas, a terceira dimensão como elemento primário
ps'	Profundidade, ou ampliação, sem elemento forma
F <sup>+</sup>	Resposta determinada pela forma, com frequência superior a 5% entre adultos normais em condições normais de pesquisa
F <sup>-</sup>	Resposta de forma, com frequência inferior a 5% nas mesmas condições acima
F	Resposta de forma, cuja frequência não foi ainda suficiente para avaliação estatística: em geral entende como pormenor secundário pouco selecionado
<sup>λ</sup> L	Forma bem delimitada, determinada pela luminosidade, isto é, pela reação subjetiva aos tons claro-escuros
I	Sensação de relevo, ou de textura, determinada pela luminosidade

## ANEXO I (cont.)

### Determinantes (cont.)

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
I'	Contraste entre luz e sombra, simplesmente, ou efeito de transparência, ou ausência de estrutura, ou ainda sensação tátil
FC	Resposta baseada na forma e, secundariamente, na cor
C	Resposta determinada pela cor, sem participação da forma
CF	Resposta provocada pela cor e, secundariamente, pela forma
C'	Tons acromáticos - branco, preto sombreado usados como cor na resposta, porém, na nossa acepção - com a forma implícita na associação
nC	Nome da cor apenas, sem interpretação
nC'	Mesmo fenômeno acima, em relação ao tom acromático. A rigor, na nossa acepção, a notação seria ml'. Conservamos a abreviatura por ser a usada habitualmente.
Pos	Interpretação determinada somente pela posição relativa das manchas.

### Conteúdo

SÍMBOLO	CATEGORIAS MAIS FREQUENTES
A	Figura animal
pA	Parte da figura do animal
H	Figura humana
pH	Parte da figura humana
fg	Fogo, fumo
ggr	Acidente geográfico
mp	Mapa
ml	Referência militar
nat	Fenômeno da natureza
nv	Nuvem
ab	Abstração
al	Alimento
an	Anatomia
ant	Antiguidade
art	Arte
bt	Botânica
ci	Ciência
obj	Objeto
pz	Paisagem
rl	Referência religiosa
sg	Sangue
sx	Sexo
vst	Vestimenta

## **ANEXO III**

### **PRINCIPAIS ABREVIATURAS E CONCEITOS DA PROVA DE RORSCHACH DE ACORDO COM SILVEIRA (1964)**

#### **V**

Resposta vulgar - com frequência de 1:6 ou mais - subentende, necessariamente, o determinante "forma bem vista":  $F^+$ , M ou m, Ps, ps, L ou **L**, C'

#### **O**

Resposta original - com frequência de 1:50 ou de 1:100, subentende, necessariamente, o determinante forma, o qual pode ser  $F^+$ ,  $F^-$  ou  $F_0$ , ou estar implícita nas mesmas categorias mencionadas em V. O conteúdo explícito pode ser original: a) pelo conceito; b) pela localização; e c) pela elaboração

#### **I**

Resposta individual, isto é, ligada a fatores subjetivos peculiares ao examinando e não ao ambiente dele - evocada por dinamismos não conscientes

#### **Af**

Índice afetivo, que exprime a "pujança das figuras coloridas para liberar a produtividade" (BECK) e, na prática, a susceptibilidade aos estímulos afetivos

#### **Cont**

Contaminação - resposta em que se condensam conteúdos explidísparos, que, habitualmente, seriam atribuídos a respostas distintas.

#### **Con**

Índice de conação, reflete a capacidade subjetiva do examinando para agir no mundo exterior

#### **Elab**

Coefficiente de elaboração intelectual da resposta

#### **Eq**

Equilíbrio das forças da personalidade - indica que modo a afetividade e a reflexão - ou a auto-afirmação influenciam as relações interpessoais do examinando

#### **Eq'**

Variante de Eq na qual se consideram forças intelectuais latentes

#### **Fab**

Fabulação: elaboração secundária que foge ao estímulo objetivo da mancha

## **ANEXO II (cont.)**

---

### **PRINCIPAIS ABREVIATURAS E CONCEITOS ... (cont.)**

#### **Imp**

Índice de impulsividade

#### **In**

Inibição do trabalho mental - exprime-se pelos distúrbios na distribuição das modalidades, pela degradação do nível das formas, pelo tipo do conteúdo explícito e pela queda do valor **Elab** ou mesmo pelo mecanismo **Rej**

#### **λ Lâmbda (código)**

Índice de utilização dos recursos íntimos da personalidade ou fuga desses recursos e, portanto, adesão ao domínio

#### **Perc**

Tipo de percepção; modo do examinando distribuir a atenção entre os fenômenos gerais, os pormenores óbvios e as minúcias que reclama esforço intelectual

#### **Pers**

Perseveração: resistência do conteúdo explícito, em geral, não adequada a nova resposta

#### **RMI**

Relação com a média intelectual - afere em que o nível de subordinação à realidade exterior se encontra o examinando

#### **Rej**

Rejeição: incapacidade para produzir qualquer resposta classificável como tal, na prancha

#### **Rev**

Reversão: tendência a inverter os valores relativos entre figura e fundo

#### **Suc**

Sucessão das várias modalidades na série das pranchas, o que corresponde ao método de trabalho mental dispendido pelo examinando na vida cotidiana.

\*

ANEXO III  
QUADRO 3  
VALORES MÉDIOS DOS ÍNDICES OBTIDOS PELA AMOSTRA ESTUDADA NAS FRANCHAS MONOCROMÁTICAS

ÍNDICES	VALOR MÉDIO (*)	DESVIO PADRÃO	RINÍTICOS			HIPERTENSOS				PSORIÁTICOS			
			R 1	R 2	R 3	H 1	H 2	H 3	H 4	P 1	P 2	P 3	
TRM											23"	46"	
Nº R		± 20,83	8	7	13	7	7	7	7	7	10	10	7
% F +	87,39	± 4,98	83,3 N	66,6 ↓	57,1 ↓	100 ↑	100 ↑	50 ↓	71,4 ↓	50 ↓	75 ↓	80 ↓	
% V	26,93	± 4,04	12,5 ↓	42,8 ↓	15,3 ↓	71,4 ↓	71,4 ↓	14,2 ↓	28,5 N	20 ↓	30 N	57,1 ↓	
% A	36,08	± 3,92	37,5 N	57,1 ↓	46,1 ↓	71,4 ↓	71,4 ↓	42,8 ↓	28,5 ↓	50 ↓	60 ↓	57,1 ↓	
RMI	50,0	± 5,00	44,4 N	55,5 N	39,5 ↓	81,0 ↓	81,0 ↓	35,6 ↓	42,8 ↓	40 ↓	55 N	64,7 ↓	
G/R	0,25	± 0,05	0/8	5/7	7/13	4/7	6/7	1/7	7/5	2/10	7/10	6/7	
CON	50,05	± 2,95	58,3 ↓	52,4 N	11 ↓	71,5 ↓	100 ↓	50 N	71,4 ↓	30 ↓	55 ↓	51,5 N	
λ	0,4 A 0,6	-	0,33 ↓	0,16 ↓	0,85 N	0,40 N	0 ↓	0 ↓	0 ↓	0,25 ↓	0,25 ↓	0,40 N	
ELAB/R	1,0 A 1,3	-	0,0 ↓	1,15 N	0,92 ↓	0,92 ↓	1,6 ↓	0,14 N	0,92 ↓	0,20 ↓	1,5 ↓	1,5 ↓	
PERC.	-	-	P	G <sub>7</sub>	G <sub>4</sub> (P)	G <sub>5</sub> (P)	G <sub>9</sub>	(G) <sub>7</sub> ; P <sub>7</sub> ; p <sub>9</sub>	G <sub>7</sub>	G <sub>7</sub> P	G <sub>7</sub> E	G <sub>10</sub>	

(\*) Dados obtidos por SILVEIRA (1964).

N = Dentro do esperado  
↓ = Abaixo do esperado  
↑ = Acima do esperado



ANEXO III (cont.)

QUADRO 4  
RESULTADOS MÉDIOS DOS ÍNDICES DA AMOSTRA ESTUDADA NAS FRANCHAS COLORIDAS

ÍNDICES	VALOR MÉDIO (*)	DESVIO PADRÃO	RINÍTICOS			HIPERTENSOS				PSORIÁTICOS			
			R 1	R 2	R 3	H 1	H 2	H 3	H 4	P 1	P 2	P 3	
TRM											19"	44"	
Nº R	43,70	± 20,83	16 ↓	11 ↓	15 ↓	12 ↓	14 ↓	10 ↓	14 ↓	14 ↓	13 ↓	17 ↓	
% F +	87,39	± 4,98	83,3 N	55,5 ↓	38,4 ↓	66,6 ↓	46,1 ↓	60 ↓	63,6 ↓	77,7 ↓	50 ↓	60 ↓	
% V	26,93	± 4,04	12,5 ↓	27,2 N	20 ↓	16,6 ↓	28,5 N	30 N	28,5 N	21,4 ↓	30,7 ↓	11,7 ↓	
% A	36,08	± 3,92	18,7 ↓	36,3 N	40 N	41,6 ↓	85,7 ↓	50 ↓	42,8 ↓	28,5 ↓	38,4 N	58,8 ↓	
RMI	50,0	± 5,00	38,1 ↓	39,6 ↓	32,8 ↓	41,6 ↓	53,4 N	46,6 N	44,9 N	42,5 ↓	39,7 ↓	43,5 ↓	
G/R	0,25	0,05	0/16	0/11	0/15	1/12	0/14	0/10	0/14	0/14	1/13	3/17	
CON	50,05	± 2,95	70,8 ↓	46,5 ↓	25,1 ↓	41,6 ↓	39 ↓	60 ↓	49,4 ↓	42 ↓	27 ↓	18,9 ↓	
λ	0,4 A 0,6	-	0,14 ↓	0,20 ↓	0,15 ↓	0,33 ↓	0,07 ↓	0	0,16 ↓	0,55 N	0,30 ↓	0,70 N	
ELAB/R	1,0 A 1,3	-	0,37 ↓	0,68 ↓	1,3 N	0,95	0,39 ↓	0,0 ↓	0,35 ↓	0,82 ↓	1,03 N	0,64 ↓	
PERC.	-	-	P; P <sub>2</sub>	$\bar{P}$ ; P, E/	$\bar{P}$	P;/E	P/	P;/p	P;/p	$\bar{P}$ ; p	$\bar{P}$	(G), $\bar{P}$	

(\*) Dados obtidos por SILVEIRA (1964).

N = Dentro do esperado  
↓ = Abaixo do esperado  
↑ = Acima do esperado

P R O T O C O L O

	R1	R2	R3	H1	H2	H3	H4	P1	P2	P3
1- REJ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- INTERFERÊNCIA NÍVEL DE FORMAS	-	% F <sup>+</sup> ↓	% F ↓	% F <sup>+</sup> ↑	% F <sup>+</sup> ↑	% F <sup>+</sup> ↑	% F <sup>+</sup> ↑	% F <sup>+</sup> ↑	% F <sup>+</sup> ↑	-
3- INIBIÇÃO M	M = 0	M = 0	m > M	M = 0	M = 0	M = 0	M = 0	M = 0	M = 0	-
4- DESVIO DE MODALIDADE	-	G ↑	G ↑	G ↓	G ↑	-	G ↑	-	G ↓	G ↓
5- DISTÚRBO CONTEÚDO EXPLÍCITO	H < PH % V	A ↓ V	% V ↓	A ↓ H < PH % V ↓	% V ↓	% V ↓	A ↓	A ↓ V ↓	pH > H % A ↓	% A ↓ % V ↓
6- SUBJETIVISMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7- DINAMISMOS ANORMAIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8- DIMINUIÇÃO DE ELABORAÇÃO	Elab = 0	-	-	-	-	Elab ↓	-	Elab ↓	-	-
9- ALTERAÇÃO DE T E R	R ↓	-	-	R ↓	-	-	-	-	-	TR ↑ R ↓
10- RESTRIÇÃO DE CATEGORIAS	det ↓ cont ↓	cont ↓	-	cont ↓	-	-	-	-	-	cont ↓ H = pH
T O T A L	5	5	4	6	4	4	4	4	4	4

ANEXO III (cont.)  
 Q U A D R O 6 - INDÍCIOS DE CHOQUE APETIVO (ch c)

P R O T O C O L O

	R1	R2	R3	H1	H2	H3	H4	P1	P2	P3
1- REJ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- DEGRADAÇÃO NÍVEL DE FORMAS	-	% F <sup>+</sup> ↓	% F ↓	% F <sup>+</sup> ↓	% F <sup>+</sup> ↓	% F <sup>+</sup> ↓	% F <sup>+</sup> ↓	% F <sup>+</sup> ↓	% F <sup>+</sup> ↓	% F <sup>+</sup> ↓
3- DESVIO FATOR M	M < m + m	M = 0	M = 0	M = 0	M = 0	M = 0	M = 0	m > M	m (1)	m = 1 M = 0
4- DESVIO RESP. CROMÁTICAS	FC = 0	-	-	-	FC = 0	FC = 0	FC = 0	FC = 0 CF > FC	-	CF > FC
5- DISTÚRBO CONTEÚDO EXPLÍCITO	A ↓	-	V ↓	V ↓ A ↓	0 A ↓ V ↓	-	% A ↓	% A ↓	-	% A ↓ % V ↓
6- DINAMISMOS ANORMAIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7- DIMINUIÇÃO DE ELABORAÇÃO	Elab ↓	Elab ↓	-	Elab ↓	Elab ↓	Elab ↓	Elab ↓	Elab ↓	-	Elab ↓
8- ALTERAÇÃO DE T E R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	R ↓
9- RESTRIÇÕES DE CATEGORIAS	-	-	d ↓	-	-	-	-	-	-	-
10- DESVIO NAS MODALIDADES	G = 0	G = 0	G = 0	G = 0	G = 0	G = 0	G = 0	G = 0	G = 0	G ↓
T O T A L	5	4	5	5	6	5	6	6	3	7

ANEXO III (cont.)  
 Q U A D R O 7  
 FENÔMENOS ESPECIAIS

SÉRIES DE SINAIIS LESIONAIS	P R O T O C O L O											
	R1	R2	R3	H1	H2	H3	H4	P1	P2	P3		
1- R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- T	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-
3- M	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-
4- NC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5- & F'	-	X	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X
6- AUT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7- LIB	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8- Pp1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9- Rpt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10- & V	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-
TOTAL DE PONTOS	3	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2	2

ANEXO III (cont.)  
 Q U A D R O 8  
 FENÔMENOS ESPECIAIS

SÉRIES DE SINAIS PSICOGENOS	P R O T O C O L O										
	R1	R2	R3	H1	H2	H3	H4	P1	P2	P3	TOTAL DE PONTOS
1- R	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2- M	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3- m	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
4- 3 P	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5- In	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6- FC	3	-	-	-	3	3	3	3	-	-	-
7- 3 A	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1
8- an	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
9- chC	3	-	3	3	3	3	3	3	-	-	3
10- chl	3	3	-	3	0	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE PONTOS	12,5	7,5	7,5	10,5	10,5	9,5	9,5	9,5	3,5	7,5	