

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



SONHOS PERDIDOS:

Reflexão sobre um Caso de Depressão

Yojaira Pita Pernia

Nº 12638

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

SONHOS PERDIDOS:

Reflexão sobre um Caso de Depressão

Yojaira Pita Pernia

Dissertação orientada por: Prof. Dr. António Mendes Pedro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Dr. António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Foram várias as pessoas que se cruzaram no meu caminho ao longo destes anos que dediquei à concretização de um sonho: ser psicóloga. Contudo, algumas delas merecem especial destaque. Algumas surgiram no decorrer desta caminhada, outras muito importantes, já eram parte integrante da minha existência. Todas elas contribuíram para o meu enriquecimento como pessoa e enquanto futura psicóloga. Nutro por todas elas um grande sentimento de gratidão e admiração, pelo carinho, estímulo e ajuda que me dedicaram, pedindo apenas, em troca, que eu fosse bem sucedida neste desafio. A todas elas dedico uma palavra de sincero agradecimento.

Antes de mais, e acima de todos, agradeço aos meu pais, Aires e Yolanda, afinal devolhes a minha existência e a possibilidade de concretização deste sonho. Sempre me apoiaram e incentivaram, acreditaram nas minhas decisões, que foram muitas e decisivas na minha vida, mesmo desconfiando que o futuro que me esperava nesta área poderia não ser muito promissor. Obrigada por acreditarem em mim e nas minhas capacidades, pelo orgulho que demonstraram a cada meta atingida e pelo suporte perante aquelas que não pareciam atingíveis. Por tudo isto sei que estão orgulhosos de “su niña”.

A toda a minha família. A minha irmã, Eugénia, que soube estar presente, física e afectivamente, quando era importante, e por confiar em mim incondicionalmente. A minha avó, Carmen, que perdi ao longo desta caminhada e quase na recta final, mas que sei que me acompanha e guia a cada passo que dou, pois o importante é o que as pessoas deixam em nós internamente e ela, para mim e para toda a família, foi sempre um exemplo de dignidade, coragem, luta e perseverança, e lá onde está sentir-se-á orgulhosa das minhas realizações. Ao meu sobrinho, Diogo, que chegou à minha vida quando a caminhada ainda ia a meio, mas que me ensinou uma nova forma de olhar, estar e amar na vida.

Aos meus amigos pela capacidade critica e por toda a ajuda, por respeitarem e compreenderem os momentos de maior stress e ausência, por serem sempre a minha fonte de coragem nos momentos difíceis e por me ajudarem a pensar e rever opções. Contudo, não posso deixar de mencionar alguns nomes: às minhas duas amigas de / e para a vida – Cláudia e Filipa – a primeira pela imprescindível verdade e sinceridade e a segunda pelas constantes palavras de carinho e aconchego. Às minhas colegas e agora

amigas, que surgiram na minha vida no primeiro dia de aulas do 1º ano e até hoje me acompanham fielmente, tornando-se nas minhas confidentes e refugio em todos os momentos. Obrigada: Andreia pelas gargalhadas e as lágrimas partilhadas; Inês pelo abraço; Marta pela constante vivacidade no olhar; Vânia a minha eterna companheira. Em especial, alguém que conheci já na etapa final e se mostrou disponível, compreensível e contentora – Raquel Oliveira.

Ao Ricardo e ao João que, apesar de nossas vidas terem tomado rumos distintos, estiveram sempre por perto, sendo muitas vezes uma fonte de inspiração e de força onde busquei toda a confiança que necessitava para acreditar e seguir em frente sem fraquejar. Por me acompanharem e protegerem ao longo desta e de tantas outras etapa da minha vida.

Gostaria, ainda, de agradecer à Professora Dra. Luísa Vicente pela oportunidade de realizar o estágio académico no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santa Maria, local onde me foi possível recolher o material necessário para a concretização deste trabalho.

Ao Professor Luís Delgado pela sua disponibilidade e atenção no esclarecimento de algumas dúvidas.

Ao Professor Dr. António Mendes Pedro, pela escuta atenta, capacidade contentora, conselhos e paciência ao longo de todo este processo, mas principalmente, e acima de tudo, pela constante inspiração.

Por fim, mas não a última, pois sem ela este trabalho não teria sido possível – à “Maria” – que muito contribuiu para o meu amadurecimento, tanto profissional como pessoal, e por me ajudar a encontrar o meu caminho na área da Psicologia Clínica.

Ao Pedro Ferreira, amigo que perdi recentemente e que me ensinou que a vida é estupidamente breve e que só se morre verdadeiramente quando já não vivermos na memória de ninguém. Obrigada por me ajudares a descobrir forças que já não acreditava existir em mim. Até Sempre meu Amigo!

A todos, o meu sincero e eterno «*Obrigada, por me amarem quando menos merecia, mas quando mais precisava!*»

RESUMO

O que se pretende com este estudo é entender o funcionamento inter-subjectivo e relacional de uma pessoa com sintomatologia depressiva, partindo do princípio que, na base de tal sintomatologia e conseqüente patologia, estão as “ más relações de objecto” estabelecidas na infância e que a acompanharam ao longo da vida. A metodologia escolhida é a ilustração de um caso clínico, com enfoque especialmente voltado para certas dimensões das relações de objecto, em especial, as relações com o “objecto absolutamente necessário”.

Para a colecta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: anamnese; o Rorschach e o T.A.T.; assim como a observação clínica e as sessões clínicas semanais durante um ano, uma vez que, além da narrativa da própria história de vida, é, também, através da forma como discursa determinados acontecimentos que se pode reconhecer traços da própria doença.

Os resultados do estudo apontam que são as vivências o individuo experienciou, ao longo da sua infância, e a forma como se relaciona com elas mesmas, que estão na base da perda do prazer de funcionar e investir no mundo, tendo como consequência, neste caso, a depressão.

Palavras – Chaves: *Depressão; Relação de Objecto; Perda; Culpa.*

ABSTRACT

The goal of this study is to study the relational and inter-subjective of a person with depressive symptoms, under the supposition that, at the base of such symptoms and consequential psychopathology are the “bad objectal relations” established in childhood that have accompanied the subject through their life. The methodology chosen is the illustration of a clinical case, focused towards certain aspects of the subject's objectal relations, particularly those relations as an “absolutely necessary object”.

The following instruments were used to collect the information: the Case Study; Rorschach and TAT; the weekly sessions during a year and observations, since, beyond the person's life story, the way the subject verbalizes certain events also allows to detect certain traces of the pathological structure.

The study results indicate that the individual experiences are the experience, throughout his childhood and how it relates to themselves, on which the loss of the pleasure of working and investing in the world, with the result in this case, the depression.

Keywords: *Depression; Object Relations; Loss; Guilt*

ÍNDICE

Introdução.....	12	
I – Relação de Objecto		
1.1 – Teoria de Melanie Klein.....	15	
1.2 – Fairbairn e a Teoria dos “Maus” Objectos Internalizados.....	19	
II – Depressão		
2.1 – Definição de Depressão.....	22	
2.2 – Compreensão Psicodinâmica da Depressão.....	24	
2.2.1 – A Perda	24	
2.2.1 – A Culpa e a Inferioridade	27	
2.3 – Tipos de Depressão	29	
III – Breve Nota sobre o Suicídio		30
VI – Objectivos e Problemática		
3.1 – Objectivos/Problemática.....	34	
V – Metodologia de Pesquisa		
5.1 – Considerações Gerais.....	35	
5.2 – Participantes.....	35	
5.3 – Procedimentos.....	35	
5.4 – Caracterização dos Instrumentos.....	36	
5.4.1 – Entrevista	36	
5.4.2 – Observação Clínica.....	38	
4.4.2.1 – Anamnese da Maria	39	
5.4.3 – Rorschach.....	42	
5.4.4 – T.A.T.	44	

VI – Resultados/ Análise dos Resultados	
6.1 – Rorschach.....	52
6.2 – T.A.T.	58
VII – Discussão.....	67
VIII – Reflexão Final.....	71
Referências Bibliográficas.....	74
Anexos.....	78

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A

Protocolo do Rorschach.....79

ANEXO B

Sessões Clínicas com a “Maria”82

ANEXO C

Carta de Consentimento Informado96

«A criança que fui chora na estrada.
Deixei-a ali quando vim ser quem sou;
Mas hoje, vendo que o que sou é nada,
Quero ir buscar quem fui onde ficou.

Ah, como hei-de encontrá-lo? Quem errou
A vinda tem a regressão errada.
Já não sei de onde vim nem onde estou.
De o não saber, minha alma está parada.

Se ao menos atingir neste lugar
Um alto monte, de onde possa enfim
O que esqueci, olhando-o, relembrar,

Na ausência, ao menos, saberei de mim,
E, ao ver-me tal qual fui ao longe, achar
Em mim um pouco de quando era assim.»

Fernando Pessoa (1916), *A criança que eu fui*

INTRODUÇÃO

“Maria” perde, dia a dia, cada vez mais a vontade de viver. Muitas vezes sente que vai perdendo o gosto de se levantar da cama pela manhã; as tarefas de casa tornam-se mais difíceis; ir trabalhar tornou-se uma obrigação ao invés de um prazer, como outrora; vai perdendo o gosto de tudo. Pior que a perda da anterior imagem do corpo que, cada vez mais vai empalidecendo ao mesmo tempo que, a seus olhos, se vai deformando pelo excesso de peso, pior é, ver morrer projectos e sonhos de uma vida com o fim do seu casamento.

Desde criança “Maria” sente que nunca foi amada, primeiro pela mãe que nunca lhe demonstrou afecto, depois por um pai que antes mesmo de nascer a rejeitou, posteriormente pelo marido que começou a deixar de ter prazer em estar com ela, depois de a desejar até que, por fim, do amor não mais resta que a representação e recordação do que fora na juventude. “Maria” aos poucos se vai abandonando e perdendo a vontade de viver. Tudo se tornou um fardo, tudo se tornou aborrecido, desvitalizado e sem sentido.

O que define a essência da condição humana são as suas relações inter-subjectivas; determinado passado relacional concreto e imaginário, o amor, o desejo, como também o ódio e a oposição. Somos aquilo que vivemos, que experimentamos e sentimos e a base da doença psíquica é a relação traumatizante que perdura no inconsciente.

É no decurso das primeiras fases do desenvolvimento que se estabelecem as primeiras relações com os objectos privilegiados, maioritariamente os pais, e são estas relações que são interiorizadas e que têm um papel organizador do psiquismo. Simultaneamente, as relações de objecto são os conteúdos do aparelho psíquico e os seus elementos organizadores. É a forma como o sujeito capta os objectos, os assimila e constrói no seu interior que se torna fundamental para a sua organização, modelando a actividade do sujeito. Mais tarde, são estas que vão definir, em parte, a forma como os sujeitos se relacionam com outras pessoas significativas ao longo da vida.

A presente investigação debruça-se sobre o estudo de caso da “Maria”. A ideia inicial é perceber e compreender o funcionamento psico-relacional de alguém que apresente uma clara sintomatologia depressiva.

O pedido de acompanhamento surgiu camuflado pelos problemas escolares da filha mais nova da Maria. O seguimento do caso realizou-se no Hospital de Santa Maria, no contexto do Estágio de Psicologia Clínica, Mestrado Integrado.

A metodologia que configura o estudo de caso no método clínico compreende: a Entrevista Clínica que serviria de base para a construção da Anamnese; Sessões de Psicoterapia de Apoio; Análise do Rorschach e Análise do T.A.T.

Do contacto com a Maria sobressai uma depressão acentuada que se inscreve num estilo relacional onde dominam fortes sentimentos de culpa, inferioridade e de abandono. Que vão, conseqüentemente, reflectir-se na forma como se relaciona com todas as pessoas significativas da sua vida e o modo como vivencia as vicissitudes da vida.

É uma depressão acentuada e prolongada do tipo narcísico, que, possivelmente, teve o seu início na infância, vindo somente a se manifestar aquando de uma perda significativa – o divórcio – situação com uma elevada carga emocional e angustiante, e onde ela se encontrava frágil e vulnerável, reforçando deste modo fortes sentimentos de abandono, de culpa e inferioridade.

Uma vez que grande parte das relações que o ser humano estabelece na infância são determinantes para o seu desenvolvimento psíquico e emocional, o objectivo deste estudo é entender o funcionamento inter – subjectivo e relacional de uma pessoa com sintomatologia depressiva, procurando encontrar uma analogia na forma como ela se relacionava com o “objecto” absolutamente necessário na infância e como se relaciona na idade adulta, e, deste modo, encontrar uma possível tradução para a depressão que desenvolveu. Assim sendo, a hipótese colocada é a de que é a forma como o sujeito se relaciona e “introjecta” tais relações desde a infância, que possivelmente, na idade adulta, irão ser responsáveis pela perda do prazer de funcionar e investir no mundo, desenvolvendo deste modo uma depressão.

I – RELAÇÕES DE OBJECTO

“ Na sua essência, a teoria psicodinâmica é uma tentativa para clarificar as adaptações únicas, em múltiplas camadas, conscientes e inconscientes que os indivíduos fazem ao seu ambiente, desde o nascimento até à morte. As formulações contemporâneas incluem a psicologia do self, a teoria das relações de objecto, a psicologia do ego. Aquilo que une estas teorias é o foco que põem em estudar como as interações dos indivíduos com o ambiente moldam a forma como pensam e agem, e como ao longo do tempo estes indivíduos progressivamente consolidam um sentido do self ou identidade que regula estas interações com o ambiente. Estes modelos olham para o mundo interno e para o papel as relações precoces com os outros, como formadoras desse mundo (...) As abordagens psicodinâmicas realçam a importância dos pensamentos internos inconscientes e de sentimentos escondidos como geradores da psicopatologia. Os sintomas são muitas vezes vistos como “janelas da mente” do indivíduo: conscientes ou inconscientes, talvez esforços simbólicos para comunicar a luta dos indivíduos” (Jahnsen, 1995, citado por Rita Marta in Maça Envenenada, 1999).

O termo relação de objecto segundo Laplanche e Pontalis (1967), designa “o modo de relação do sujeito com o seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasmática dos objectos e de certos tipos privilegiados de defesa” (p. 576).

Todas a actividade humanas se pauta pelas relações que os indivíduos estabelecem com os outros. Na primeira teoria da pulsão de Freud (1905a), o que constituía uma das suas principais características seria que o objecto de uma pulsão (as pessoas relativamente à qual a pulsão é dirigida), também era visto como a sua fonte e como o alvo. A pulsão tornou-se conhecida através da sua direcção para algum objecto.

Aceita-se segundo Greenberg e Mitchell (2003), que as imagens internas constituem um resíduo, dentro da mente, dos relacionamentos dos indivíduos com as pessoas significativas na sua vida. De alguma forma, as trocas cruciais com outros deixam as

suas marcas; são “interiorizadas” e, deste modo, vêm a modelar posteriormente atitudes, reacções, percepções, etc.

Numa compreensão mais ampla da “teoria das relações de objectos” as pessoas vivem simultaneamente num mundo interno e num mundo externo

Para Fairbairn (1981), a teoria das relações objectais infere a transformação das relações interpessoais em representações internalizadas de relacionamentos. Os objectos são internalizados ao longo do desenvolvimento da criança; preferencialmente, a criança internaliza um relacionamento completo. Um protótipo de experiência amorosa positiva é transformado durante o período em que o bebé é amamentado (Freud, 1905/1953).

O estudo de relações, segundo Coimbra de Matos (2002), evidencia a consideração do objecto, das suas qualidades intrínsecas e dos seus modos explícitos de agir, como agente da maior importância na maturação pulsional e na estruturação do Eu. *“É todo o problema das introjecções e identificações que, se dependem, por um lado, da constituição e desenvolvimento autónomos do sujeito, dependem de igual forma daquilo que o objecto é e fornece”* (p. 237).

Uma importante fase da evolução psicológica é a construção do “bom objecto interno total”, com isto queremos designar o objecto total pós-ambivalente, é o objecto do amor – que só se solidifica verdadeiramente com a ultrapassagem do conflito edipiano e o estabelecimento de uma razoável identificação homossexual.

Segundo Shafer (1968), referido por Gabbard (1998), a força motivadora dos aspectos amorosos positivos da mãe, na introjecção, parece ser o medo do lactente de perdê-la. As razões para essa introjecção da mãe são mais complexas, e entre os factores podemos encontrar a fantasia de controlar o objecto contendo-o dentro de si (Segal, 1964), obter um senso de domínio através de experiências traumáticas repetidas com o objecto (Schafer, 1968) e a preferência por um objecto “mau”, em vez de nenhum objecto (Schafer, 1968). Para Meissner (1981), o apego intenso a um objecto hostil internalizado também pode estar ligado com a ânsia por uma relação mais positiva com esse objecto. A teoria das relações objectais reconhece que não há uma correlação exacta entre o objecto real e a representação internalizada do objecto (Gabbard, 1998).

1. 1 - Teoria de Melanie Klein

De acordo com Klein, citada por Segal (1975), o terror primário de aniquilamento ligado ao instinto de morte, de Freud, é experienciado pelo bebé nos primeiros meses de

vida. Melanie Klein observou que crianças pequenas, quando dominadas por uma intensa ansiedade, na tentativa de introjectar objectos bons, e, simultaneamente, expulsar objectos maus e projectar sentimentos maus tentavam constantemente dividir (*split*) os seus objectos e os seus sentimentos. Por conseguinte, o bebé vivencia um medo persecutório da mãe, que se caracteriza acima de tudo pelo medo que este o penetre e destrua todo o bem que pelo processo de divisão e introjecção está protegido dentro da criança. É este medo que constitui a matriz característica da ansiedade primária, a qual Klein denominou de *posição esquizoparanóide*.

Com a divisão estão em conexão a ansiedade persecutória e a idealização. Naturalmente, ambas, se retidas na sua forma original na vida adulta, deformam o julgamento. Contudo, segundo Segal (1975), alguns elementos da ansiedade persecutória e da idealização estão sempre presentes e desempenham um papel fundamental nas emoções adultas. É precisamente a pré-condição necessária para que se seja capaz de reconhecer, apreciar e reagir a situações verdadeiras de perigo em condições externas. Por sua vez, a idealização é a base da crença na bondade de objectos e na própria bondade, e é precursora de boas relações de objecto.

A “re-introjecção” é a solução que a criança encontra para obter algum domínio e controlo dos objectos “maus” ou persecutórios que serão projectados na mãe a fim de separá-los dos objectos idealizados. Concomitantemente, os objectos bons podem ser projectados a fim de colocá-los a salvo dos “maus”, que agora se situam internamente.

Segundo Klein, inicialmente, o ego primitivo é amplamente desorganizado e, desde o nascimento, o ego imaturo do bebé é exposto, desde o nascimento, à ansiedade provocada pela polaridade inata dos instintos – o conflito imediato entre instinto de vida e o instinto de morte -, assim como é imediatamente exposto ao impacto da realidade externa, que produz ansiedade, mas também o calor, o amor e a alimentação recebidos da sua mãe. Essa deflexão, resultante da ansiedade produzida pelo instinto de morte consiste, em parte numa projecção e em parte na conversão do instinto de morte em agressividade. O ego se divide e projecta a parte que contém o instinto de morte, para fora, no objecto externo original – o seio. Assim, o seio, que é sentido como contentor de parte do instinto de morte do bebé, é sentido como mau e como ameaçador para o ego, dando origem ao sentimento de perseguição (Segal, 1975).

Quando no auge da ambivalência oral a criança penetra a sua fantasia e ataca o corpo da mãe e os seus conteúdos, este se torna em objecto de ansiedade, que força a criança a deslocar o seu interesse do corpo da mãe para o mundo à sua volta. Como referido por

Segal (1975), uma certa quantidade de ansiedade constitui instigação necessária para esse desenvolvimento. Contudo, se a ansiedade é excessiva, todo o processo de formação simbólica interromper-se-á.

Para Klein, indicado por Segal (1975), a identificação projectiva tem múltiplos objectivos: pode ser dirigida para o objecto ideal a fim de evitar separação, ou pode ser dirigida para o objecto mau a fim de obter controlo sobre a fonte de perigo. Várias partes do eu podem ser projectadas, com vários objectivos: partes más do eu (*self*) podem ser projectadas a fim de se livrar delas, bem como para atacar e destruir o objecto; partes boas podem ser projectadas para evitar separação, ou para mantê-las a salvo de coisas más internas, ou, ainda, para melhorar o objecto externo através de uma espécie de primitiva de reparação projectiva.

Para que o indivíduo ultrapasse a posição Esquizo – Paranóide, Klein defende que a pré-condição necessária é que haja uma predominância das experiências boas sobre as más. Quando há predominância de experiência boa sobre experiência má, o ego adquire crença na prevalência do objecto ideal sobre os objectos persecutórios, bem como na predominância de seu próprio instinto de vida sobre seu próprio instinto de morte. O ego se identifica repetidamente com o objecto ideal, adquirindo desse modo maior força e maior capacidade para enfrentar ansiedades, sem recorrer a mecanismos de defesa violentos. Klein menciona que o medo dos perseguidores diminui, assim como diminui a divisão entre objectos perseguidores e ideais. A necessidade de protecção diminui e o ego se torna cada vez mais capaz de tolerar sua própria agressividade, de senti-la como parte de si mesmo, não sendo impulsionado a projectá-la nos seus objectos. Há uma diferenciação crescente entre o que é eu e o que é objecto (Segal, 1975).

É ao longo dos processos de divisão, projecção e introjecção que a criança ordena as suas percepções e emoções, separando as boas das más. Precisamente neste processo, segundo Segal (1975), o bebé se sente confrontado com um objecto ideal – que ele ama, tenta adquirir e conservar, e com o qual tenta identificar-se – assim como com um objecto mau, os seus impulsos agressivos foram projectados e são sentidos como uma ameaça para o próprio bebé e para o seu objecto ideal. Estes ciclos oscilantes de projecção e introjecção continuam até que a criança consiga entender que a mãe “boa” e a mãe “má” não são de facto diferentes, mas na verdade, a mesma pessoa. Esta nova preocupação com a mãe como um objecto completo é denominada por Klein de *ansiedade depressiva*, pré-anunciando o aparecimento da *posição depressiva*.

Melanie Klein, citada por Segal (1975), define a posição depressiva como a fase de desenvolvimento na qual o bebê reconhece um objecto total e se relaciona com esse objecto. Observou que o bebê se relaciona cada vez mais, não apenas com o seio, mãos, face, olhos da mãe, como objectos separados, mas com ela própria como uma pessoa total, que às vezes pode ser boa, às vezes má, presente ou ausente, e que pode ser tanto amada como odiada.

É na posição depressiva, que os processos introjectivos são intensificados. Em parte devido à diminuição dos mecanismos projectivos e em parte à descoberta feita pelo bebê da sua dependência em relação ao seu objecto, que agora ele percebe como sendo independente e com possibilidades de se afastar. A onnipotência dos mecanismos introjectivos ora leva à *“ansiedade de que poderosos impulsos destrutivos destruam não apenas o bom objecto externo, mas também o bom objecto introjectado”* (Segal, 1975, p. 82).

Quando no auge da sua ambivalência, o bebê acha-se exposto a desespero depressivo, lembra-se de que amou e de que ainda ama a mãe, embora sinta que a devorou ou destruiu, de modo que ela não mais estará disponível no mundo externo. Além do mais, segundo Segal (1975), porque também a destruiu como objecto interno. O bebê sente internamente “em pedaços”, por identificação com esse objecto, e agudos sentimentos de perda são experimentados, bem como de culpa, de anseio e desesperança quanto a recuperá-lo.

Esta experiência envolve uma forte preocupação de que é possível fazer mal a alguém. Deste modo, a culpa torna-se uma parte proeminente da vida afectiva da criança, que tenta resolvê-la através de um processo denominado por Klein de *reparação* (Segal, 1975). A experiência de depressão mobiliza no bebê o desejo de reparar o seu objecto destruído. Realiza sucessivas tentativas de reparar o dano causado pela sua fantasia onnipotente, por restaurar e recuperar seus objectos amados perdidos, e por lhes dar de volta vida e integridade. A criança, segundo Klein, acredita que tal como foi capaz de destruir o objecto com a sua agressividade, será capaz, com o seu amor e cuidado, desfazer os efeitos da mesma. Klein reformula o complexo de Édipo como um esforço para resolver as ansiedades depressivas e as culpas através da reparação. O superego não apenas precede o complexo de Édipo, mas também promove o seu desenvolvimento (Segal, 1975).

À medida que o bebê passa por repetidas experiências de luto e reparação, perda e recuperação, o seu ego se torna enriquecido pelos objectos que ele teve de recriar dentro

de si mesmo e que se tornam parte dele. A confiança na sua capacidade de reter ou recuperar objectos bons aumenta, bem como a crença no seu próprio amor e potencialidade (Segal, 1975).

Para Segal (1975), quando na posição depressiva não foi suficiente e firmemente estabelecida a crença no amor e na criatividade do ego, bem como a capacidade de recuperar objectos interna e externamente, o desenvolvimento é muito menos favorável. O ego é espreitado por constante ansiedade de perda total das suas situações internas boas, é empobrecido e enfraquecido, a sua relação com a realidade pode ser ténue, e há um terror perpétuo e algumas vezes uma verdadeira ameaça de regressão à psicose.

A posição depressiva nunca é plenamente elaborada, uma vez que existem sempre as ansiedades relativas a ambivalência e a culpa, bem como as situações de perda, que reavivam experiências depressivas. Os objectos externos bons na vida adulta sempre simbolizam e contêm aspectos do objecto bom primário, interno e externo, de modo que qualquer perda na vida posterior reaviva a ansiedade de perder o objecto interno bom e, com essa ansiedade, todas as ansiedades experimentadas originalmente na posição depressiva

1.2 – Fairbairn e a Teoria dos “Maus” Objectos Internalizados

Embora não fizessem parte do mesmo círculo, Klein e Fairbairn não deixaram de se influenciar um ao outro. Os conceitos de “objecto interno” e de “posição” de Klein veio a ter um papel determinante na teoria de Fairbairn.

Fairbairn foi talvez dos primeiros a exprimir-se com mais clareza e veemência contra a teoria clássica do instinto, pondo na base da sua teoria a afirmação de que o objectivo da libido individual é a procura de relação com o outro e não apenas a procura de gratificação de pulsões e desejos. Para o autor, o ser humano tem uma necessidade básica de boas relações de objecto e toda a psicopatologia pode ser compreendida em termos de dificuldades pronunciadas em alcançar e manter essas relações.

Quando as relações humanas são vividas com grande ansiedade e conflito são realizados esforços para negar e eliminar essa necessidade básica. As pessoas fecham-se “na sua concha”, refugiam-se em tarefas de natureza impessoal, suprimem as suas relações com pessoas e dedicam-se a abstracções, ideias, teorias, organizações, etc. Ao negarem a sua necessidade fundamental adoecem (Guntrip, 1992).

Para Fairbairn (1981), quanto maior é o corte com as relações humanas no mundo externo maior é o peso das relações de objecto fantasiadas do mundo interno. As más relações externas na infância conduzem ao retraimento e dão origem ao mundo de objectos internos reprimidos, essencialmente constituído por maus objectos.

Eis um aspecto que distingue Fairbairn de Klein, a internalização de objectos. Enquanto para o primeiro só os maus objectos são internalizados, para Klein, tanto os maus como os bons objectos são internalizados. A compreensão deste pensamento de Fairbairn exige que se tenha em conta a distinção entre “memória” e “objectos internos” (Guntrip, 1992).

Os objectos só são internalizados, segundo Fairbairn (1981), quando a relação se transforma numa situação de mau objecto, por exemplo, quando o objecto deixa de amar, ou abandona. A experiencia de mau objecto acontece a uma criança quando a mãe recusa amamentar, impõe o desmame, ou está de mau humor, impaciente e punitiva ou se ausenta de forma mais ou menos temporária ou definitiva, ou ainda, quando se apresenta emocionalmente distante, amorfa ou indiferente. Estas várias experiências podem ser vividas como rejeição ou deserção ou como perseguição e ataque.

Este mau objecto vai ser internalizado de uma maneira mais fundamental que a memória, porque corresponde a más experiencias que não podem ser digeridas e absorvidas, pelo que são retidas como objectos estranhos que a psique procura projectar. Fundamentalmente, os maus objectos são internalizados porque não se pode aceitar que sejam maus. Não podemos dominá-los e obrigá-los a transformarem-se em bons objectos na realidade interna. Mas eles nunca chegam a modificar-se e, no mundo interno inconsciente, permanecem rejeitantes ou hostis de acordo com a experiencia externa. Estes maus objectos acabam por ser incorporados, identificados com, e tornam-se parte da estrutura psíquica da personalidade.

O “bom objecto parcial primitivo” (“bom seio” na concepção Kleiniana) tende a ser introjectado; com esta introjecção “positiva” constrói-se a imagem de si próprio, o próprio Eu, a identidade, estas identificações primitivas são totalmente necessárias à construção da personalidade (Coimbra de Matos, 2002).

Do lado oposto, temos a introjecção do mau objecto, introjecção “negativa”, destrutiva para a personalidade – o objecto persecutório interiorizado.

Segundo Coimbra de Matos, 2002, *“a introjecção do objecto ambivalente (típica do melancólico) – agressivamente internalizado como reacção ao abandono real ou fantasmático -, o objecto, conservado e atacado e grandemente confundido com o Eu, é*

a um tempo venerado no sacrifício do próprio (culpa – expiação) e aniquilado no suicídio – assassinato”.

Fairbairn (1981) defendia que os estados esquizóide e depressivo são os dois tipos de reacção fundamentais às relações com os maus objectos internos.

A reacção esquizóide remete para uma fase do desenvolvimento de profunda identificação (primária) com a mãe. Nesta altura em que a criança ainda não se diferencia da mãe, o sentimento de ser rejeitada por esta é acompanhado de intensas angústias persecutórias, de desintegração e aniquilamento do Eu. Ou seja, numa tal fase de dependência, a carência de amor e de cuidados suficientemente bons é sentida como uma ameaça à própria vida. Toda a expressão da sua necessidade de amor gera, consequentemente, o medo da sua própria destruição.

A reacção depressiva, por seu lado, é a típica de uma fase em que o bebé já apresenta um certo grau de diferenciação do objecto, e é contra a sua própria hostilidade que o bebé sente doravante necessidade de se defender. O seu conflito passa a ser o de como amar o objecto sem o destruir pelo ódio, isto é, como superar a sua ambivalência.

Ou seja, duas são as reacções possíveis quando se busca o amor de alguém que não o dá:

- ou a frustração dá lugar à raiva e a um ataque agressivo ao mau objecto para forçá-lo a tornar-se bom – é o problema do ódio, que mais não é que amor raivoso e que pode conduzir a depressão, pelo receio e culpa de destruir o objecto necessitado;

- ou a frustração dá lugar a um estado de fome e necessidade cada vez maior, até se tornar num suplicio doloroso, num anseio de possuir total e completamente o objecto amado de forma a não morrer de fome.

O depressivo está sempre a ser aguilhoado pela raiva, de tal forma que dirige a sua raiva contra si próprio e sente culpa.

II – DEPRESSÃO

*“ Na vida, para mim , não há deleite.
Ando a chorar convulsa noite e dia...
E não tenho uma sombra fugidia
Onde poise a cabeça, onde me deite!
E nem flor de lilás tenho que enfeite
A minha atroz, imensa nostalgia!...
A minha pobre Mãe tão branca e fria
Deu-me a beber a Mágoa no seu leite!
Poeta, eu sou um cardo desprezado,
A urze que se pisa sob os pés.
Sou, como tu, um riso desgraçado!
Mas ser poeta assim como tu és,
Para gritar num verso a minha Dor!...”*
(**Florbela Espanca**, 1919, in: Livro de Mágoas.
Dedicado A um grande poeta de Portugal)

2.1 - Definição de Depressão

A depressão pode ser definida como “uma perturbação importante e durável do humor que se manifesta, essencialmente pela presença de tristeza, perda ou diminuição dos interesses habituais, baixa da auto – estima, ideias mórbidas que podem ser acompanhadas de ideias, mesmo de tentativas de suicídio, bem com manifestações somáticas: afrouxamento psicomotor, perturbação do sono, perturbação do apetite, etc.” (Doron e Parot, 2001).

O termo *Depressão* pode significar, também, um sintoma que faz parte de inúmeros distúrbios emocionais sem ser exclusivo de nenhum deles. Pode significar uma síndrome traduzida por muitos e variáveis sintomas somáticos ou ainda, uma doença, caracterizada por distintas alterações afectivas (www.psiqweb.com.br).

Do ponto de vista clínico, seria extremamente fácil e cómodo se a depressão fosse caracterizada, exclusivamente, por um abaixamento do humor com manifestações de tristeza, choro, abatimento, desinteresse, etc.

A vivência da depressão engloba um leque de sintomas característicos sendo o principal o humor deprimido, entendido como uma emoção que se prolonga no tempo, com coloração depressiva traduzida quer no comportamento, quer na cognição (DSM –IV, 1996). A tristeza, a falta de esperança, o desinteresse e o isolamento são alguns dos estados facilmente identificáveis. Associados a este sentimento poderão aparecer alguns sintomas ao nível do apetite, do sono, da psicomotricidade e do pensamento. A culpa, a diminuição de auto – estima e as ideias de morte dão-nos conta do principal risco de depressão: o suicídio.

Segundo Rodrigues e Gonçalves (1997), o DSM – IV é um manual de diagnóstico que possui “ (...) um conjunto de critérios objectivos e rigorosos, por vezes qualificados, para o diagnóstico das várias perturbações, assente num sistema multiaxial de cinco eixos (...) com o objectivo de evitar que o acto de diagnóstico seja uma mera colagem de etiquetas, mas avalie o doente em todos os aspectos” (p.56). Lê-se na introdução do DSM – IV que esta tem como prioridade “ (...) fornecer um guia que seja útil na prática clínica” e que se baseia na “evidência empírica” (4ª ed., 1996, pp. XV – XVI). Em relação às questões do normal e do patológico o termo perturbação mental aparece como “ (...) um anacronismo reducionista do dualismo mente – corpo (...) em que cada perturbação mental é conceptualizada como um comportamento clinicamente significativo ou síndrome psicológica ou padrão que tem lugar num sujeito” não classificando as pessoas mas sim as “perturbações” que estas têm” (pp. XXI – XXII).

O DSM – IV inclui a depressão no capítulo referente às Perturbações do Humor. Este capítulo está dividido em três partes: a primeira delas descreve os diferentes episódios de alteração do humor – *Episódio Depressivo Major, Episódio Maníaco, Episódio Misto e Episódio Hipomaníaco* -; a segunda, refere as perturbações do humor – *Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica, Perturbação Bipolar I-*; a terceira faz referência aos especificadores ou aos episódios de humor recentes ou à evolução dos episódios recorrentes.

Nas crianças ou adolescentes o humor deprimido toma a forma de humor irritável; aparecem, frequentemente, queixas somáticas, agitação psicomotora, fobias e até alucinações. Nos adolescentes a depressão traduz-se por um comportamento negativista

ou anti – social, sentimentos de incompreensão e desaprovação por parte dos que os rodeiam, isolamento e, muitas vezes, abuso de álcool ou de outras substâncias ilícitas. Parece haver uma prevalência de sintomatologia depressiva no sexo feminino (DSM – IV, 1996), o que se poderá relacionar com as diferenças fisiológicas no género e o seu impacto no nível do funcionamento mental.

2.2 - Compreensão Psicodinâmica da Depressão

2.2.1 – A Perda

Segundo Haynal (1976), a depressão na abordagem psicanalítica tem um carácter geral que lhe é conferido pelo fantasmático, a situação infantil evocada por associação, e um carácter específico, as características fantasmáticas de cada situação. Considera-se que as etapas evolutivas implicam o abandono de objectos ou aspectos dos objectos afastando os ideais infantis, a começar pela onipotência e, assim, ser capaz de passar progressivamente do princípio do prazer ao princípio da realidade. Por outro lado, a vulnerabilidade depressiva com todas as perdas e abandonos não é apenas uma entidade nosográfica mas antes um conjunto de afectos dolorosos ligados à mudança. Mas uma mudança sentida como negativa traduzindo-se na perda ou na incapacidade de realização e pressupondo a incapacidade de gradualmente mudar de investimentos.

A depressão está intimamente relacionada com o luto fazendo parte do processo psicopatológico activado pela perda de um objecto amado. Freud, na sua obra mais representativa sobre este tema – *Luto e Melancolia* – descreve a melancolia por um desânimo profundo e penoso que se faz acompanhar pelo desinteresse face ao mundo externo e a incapacidade de substituir o objecto de amor, assim como a inibição de toda e qualquer actividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto – estima. No entanto, salienta que a “ (...) *perturbações da auto – estima está ausente no luto*” (S.E. Brasil, vol. XIV, p. 276). Freud descreve o trabalho de luto da seguinte forma:

«O teste da realidade revelou que o objecto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objecto (...) São executadas pouco a pouco, com grande dispêndio de tempo e de energia (...), prolongando-se psiquicamente, nesse meio tempo, a existência do objecto perdido. Cada uma das lembranças e expectativas isoladas, através das quais a libido está vinculada ao objecto, é evocada e (hiperinvestida), e o desligamento da libido se realiza em relação a cada uma delas» (pp. 276-277).

Na sua obra *Inibições, sintomas e ansiedade*, 1926, Freud diz que o luto ocorre sob a influência do teste de realidade, pois a segunda função existe categoricamente da pessoa desolada que ela própria deva separar-se do objecto, visto que ele não mais existe (S.E. Brasil, vol. XX, pp. 197-198). “No luto é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia é o próprio ego” (S.E. Brasil, vol. XIV, p. 278) e prossegue dizendo que na melancolia “(...) a libido livre não foi deslocada para outro objecto; foi retirada para o ego” (...) “serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objecto abandonado. Assim, a sombra do objecto caiu sobre o ego, e este pôde ser julgado como se fosse um objecto, o objecto abandonado” (p. 281). Um outro problema que é colocado neste nível é a dificuldade que o sujeito tem em reconhecer e perda do objecto. Freud explica ser a fixação da libido ao objecto perdido que deverá ser confrontada com a realidade.

Segundo Haynal (1976), Melanie Klein, num artigo de 1940 *Luto e a sua relação com os estados maníacos – depressivos*, refere que, no decurso do luto normal, a perda do objecto exterior faz-se acompanhar de uma destruição total ou parcial dos objectos internos fazendo ressurgir as angústias de posição depressiva englobando os sentimentos persecutórios. Deste modo, o trabalho de luto assim como a posição depressiva consiste no retomar da confiança nos objectos exteriores o que permite consolidar o mundo interior de tal forma que o sujeito poderá recuperar o seu amor pelo perdido. Contudo, existe uma diferença importante entre a posição depressiva e o luto. No primeiro caso o objecto é vivido como perdido, mesmo que ele continue sempre presente, enquanto que no segundo ele está mesmo perdido. No luto normal há um voltar à posição depressiva precoce, reactivada pela perda do objecto amado passando por métodos parecidos ao que o Eu utilizou no decurso da infância podendo o sujeito reinstalar um objecto de amor que efectivamente perdeu e, ao mesmo tempo, restabelecer em si os seus primeiros objectos de amor que serão, em última análise, os seus “bons” pais.

Grinberg (1978) no artigo *O fio da navalha na depressão e no luto*, considera ser a própria vida uma sessão de lutos onde a maturação implica a perda de determinados comportamentos, atitudes e relacionamentos com objectos que, embora sejam substituídos por outros mais desenvolvidos, originam processos de luto. Para a resolução do luto, e conseqüentemente fundação da experiência emocional de identidade, é fundamental que o sujeito tenha a capacidade de se perceber a si próprio através de sucessivas mudanças. A perda temporária ou permanente de um objecto invoca na pessoa o sentimento doloroso de que perdeu também algo que sente

ser de si próprio, isto é, quando confrontada com a perda de um objecto, a pessoa “corre para o espelho” para ver o que sucedeu com a própria imagem.

Freud (1917) defende que é através de um movimento de deslocação das recriminações ao objecto amado para o próprio eu, que se dá a perda do amor do objecto. Consequentemente, isto resulta numa identificação ao outro, que abandonou, e conduz à coexistência, no eu, do objecto que abandona e do objecto abandonado.

Na opinião de Grinberg (1978), um aspecto ligado com a depressão é o narcisismo. Não está em causa aquele narcisismo normal e útil que origina um amor saudável dirigido quer ao Eu quer ao objecto, garantia de protecção psíquica e somática onde o Eu é capaz de recompensar e ser recompensado, de reparar e analisar o luto pelo objecto e pelas partes do eu que foram perdidas. Trata-se sim, no domínio do simbólico, daquilo que é particular a cada homem, da falta de amor-próprio ou de amor narcísico encontrando-se ligado aos sentimentos de necessidade, de desamparo e do colapso da auto – estima, provocando um distúrbio no desenvolvimento do amor pelo objecto. A hostilidade e a culpa surgem assim, face ao objecto e ao eu iniciando um círculo vicioso em que o sentimento de ódio e de culpa pelo objecto e pelo eu se alimentam mutuamente dando origem a situações sem saída ou a “sistemas fechados”. É a depressão narcísica onde o sujeito sente que não consegue alcançar os padrões de seu ideal do eu o que significa não conseguir assegurar a sua auto – estima ao mesmo tempo que perde o amor e o respeito pelo objecto.

Ligado ao Édipo, Schmale, citado por Haynal (1976), diferenciou dois tipos de afecto depressivo – o desamparo – *helplessness* – e o desespero – *hopelessness*. O primeiro liga-se à separação e à perda da gratificação. O segundo associa-se à experiência de castração, ao sentimento de não podermos ser aceite pelo parceiro desejado. Este sentir-se desamparado, sem recursos é um afecto que acompanha a perda de autonomia do Eu, com o sentimento de estar privado e abandonado. Pelo contrário, estar desesperado (*hopelessness*) é um sentimento de frustração decorrente da incapacidade de obter gratificação. Estes dois afectos são próximos mas enquanto que o sujeito atribui o desamparo ao objecto ele próprio se vê responsável pelo desespero.

A ambivalência resulta da coexistência de amor e ódio simultaneamente em relação ao mesmo objecto, o que consequentemente gera um forte conflito no deprimido. Uma vez que o objecto se encontra internamente, tanto o amor como o ódio são dirigidos ao self, ou a partes do self, o que gera comportamentos de auto – punição e poderá conduzir à tendência ou mesmo ao suicídio.

Segundo Grinberg (1978) poder-se-á equacionar a depressão como um fenómeno multifacetado que o compreende as manifestações dolorosas e complexas que são activadas pelo significado, ou pela falta de significado, que o indivíduo atribui à experiência de perda, aos sucessivos lutos. Todas as perdas, sejam elas de um objecto externo ou interno ou de partes do eu, podem suscitar um sentimento de que a realização do desejo de recuperação da perda é impossível.

2.2.2 – A Culpa e a Inferioridade

A culpa é um sentimento que na maioria das vezes anda de “mãos dadas” com a depressão. Segundo Grinberg (2000) traduz-se numa necessidade de castigo.

Freud (citado por Grinberg, 2000) estabelece duas origens para o sentimento de culpa: o medo da autoridade, e o medo do Super-Eu. A primeira conduz à renúncia da satisfação pulsional que é uma forma de expiação, o renunciar os impulsos. A segunda leva ao castigo que se poderá traduzir por auto punição.

Consequentemente os sentimento de culpa, castigo ou renúncia, originam um medo de perda de amor do outro, medo de perda de amor e protecção do Super-Eu, o que se liga à interiorização de figuras de autoridade, no fundo, medo de perda de amor dos pais.

Winnicott (1962), citado por Grinberg (2000), estabelece um ciclo que dá conta da crescente capacidade de sentir culpa: 1 – experiência pulsional, em que o sujeito vive sentimentos de amor e ódio; 2 – aceitação da responsabilidade da experiência pulsional que origina a culpa; 3 – elaboração, mentalização e transformação desta culpa; 4 – restituição, reparação ou recuperação do objecto sobre o qual a experiência pulsional actuou. Qualquer falha neste ciclo poderá introduzir défices, enfraquecer, ou anular a capacidade para sentir culpa. No fundo, a culpa está sempre presente, de modo inconsciente, portanto não mentalizada, o que levará a um ciclo de estrago – reparação. Estes sentimentos maníacos incluem, entre outras defesas, a negação, a dissociação, a idealização e a identificação projectiva.

Para Coimbra de Matos (2007) a culpa resulta de duas origens convergentes: (1) a idealização do objecto, com a tendência associada de o desculpabilizar; e a (2) indução da culpa pelo objecto do qual ao mesmo tempo se idealiza e faz idealizar. O processo em que o sujeito projecta a sua bondade e introjecta a maldade do objecto, trata-se de uma inversão da experiência vivida em que o sujeito é sancionado e influenciado pelo objecto. Deste modo é, simultaneamente, um processo de despojamento da sua bondade

e incorporação da maldade do outro, o que conduz a um erro de avaliação da realidade por parte do depressivo: “eu sou mau (e não o objecto) e por isso mereço ser castigado (e não o objecto) ”. A relação depressígena consiste precisamente em: o objecto patológico e patogénico da depressão (o objecto depressígeno ou agente depressígeno) culpa o sujeito e idealiza-se a si mesmo – é um objecto projectivo (que age por identificação projectiva, libertando-se da sua maldade/ agressividade acusando o outro – objecto paranóide) e narcísico (idealizando-se e captando a idealidade – qualidade do que é ideal – do outro). A depressão só existe porque existe um objecto depressígeno: que não desculpa mas culpa o outro, que não ama mas capta o amor do outro; é um objecto culpabilizante e desamante. Por isso, a culpa depressiva é uma culpa patológica e ilógica (não é normal porque resulta de um erro de lógica).

Coimbra de Matos (2007) define o objecto depressígeno como um objecto inferiorizante, que interioriza o sujeito (engrandecendo-se a si próprio), ou desnarcisante: “eu sou o maior, tu és o menor”. No seu grau máximo trata-se de um objecto humilhante; assim como o objecto culpígeno, no seu grau máximo, é um objecto torturante.

Para o mesmo amor, “*não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade*” (2007, p. XVI), porque a retirada de amor pelo objecto – considerada a principal causa da depressão – é por si só desnarcisante, daí que a baixa auto – estima seja o sintoma próprio da depressão.

Coimbra de Matos distingue: depressão propriamente dita, com introjecção da malignidade; e depressão limite (borderline) ou depressão anaclítica, por perda do objecto de apoio – que corresponde a um sentimento de desamparo, por abandono/ perda do objecto, e se liga essencialmente a uma angústia de separação. Esta última trata-se de uma depressão inscrita numa estrutura borderline e não numa estrutura depressiva, caracterizando-se por uma situação de helplessness (falta de auxílio) e não de hopelessness (falta de esperança), como ocorre na verdadeira depressão, por abandono afectivo. Esta depressão de desamparo aparece numa estrutura psíquica em que ainda não foi organizada a construção do bom objecto interno, logo não há memória de evocação, aparecendo assim uma grande dependência do objecto de vinculação. Na depressão limite domina o desamparo e o vazio, e não o sentimento depressivo de falta de amor e nostalgia com a conversão e até hiperinvestimento da representação do objecto perdido enquanto objecto perdido enquanto objecto de amor, como na verdadeira depressão.

2.3 - Os Tipos de Depressão

Coimbra de Matos (2007) clarifica o estudo da depressão, estabelecendo três tipos:

1. **Depressão reactiva**, se traduz pela perda do objecto amado, enquadra numa estrutura de personalidade genital (ou após-edipiana). Trata-se de ter a capacidade de elaborar um trabalho de luto, equivalente a um sinal de saúde mental. A esta possibilidade de se poder deprimir o autor designa de *depressibilidade*;
2. **Depressão patológica**, se instala quando as relações objectais têm um cariz essencialmente narcísico, o que torna o sujeito demasiado sensível à perda de amor e protecção do objecto interno, que funciona como prolongamento do próprio, daí, ao perder o objecto o sujeito sente que perdeu parte de si. Trata-se de uma depressão pré-genital.
3. **Depressividade**, ou disposição depressiva ao longo do tempo, aborrecimento, desinteresse pela realidade, afecto depressivo latente que resulta de um conflito entre os objectos introjectados, pré-genitais, orais e narcísicos, e o Eu, ao desejar separa-se, individualiza-se da simbiose a estes objectos, no fundo, autonomizar-se. Os objectos introjectados pressionam o Eu de forma a esgotá-lo, num constante esforço para não se deprimir, no sentido de não se deixar abater. Trata-se de uma luta de crescimento. Na fase em que o sujeito poderá encarar a mudança de objecto como algo a investir, daí a introjectar sem receio de perda do amor do objecto inicial, sentindo este segundo como complementar do primeiro, o que resulta da introdução do pai já não virá alimentar como a mãe, mas aparecerá como elemento separador, o que implica um separação, individuação e diferenciação dos objectos internos que de modo saudável não seria sentido como perda de partes do próprio.

Na base da patologia mental estão sempre factores afectivos – relacionais que se instalam na dupla sujeito – objecto conduzindo a um impasse afectivo. As necessidades do sujeito poderão ser ou não satisfeitas através da resposta do objecto, representado pelo outro na fase inicial da vida. Esta resposta organizar-se-á em satisfação e/ou frustração suficientes, sendo que a frustração será estruturante quando conduz ao nascimento do desejo, que se multiplicará e conduzirá ao desejo do objecto do outro.

III – BREVE NOTA SOBRE O SUICÍDIO

“Quero ir buscar quem fui onde ficou”

Fernando Pessoa

O fenómeno suicídio não merece uma consideração simplista e óbvia, no sentido de que não significa apenas um "desejo pela morte" ou um sinónimo de morte, como é muitas vezes e equivocadamente entendido. A busca do seu significado pode emergir de uma série de envolvimento inerentes a uma pessoa e ao seu contexto de vida em determinado momento, podendo manifestar-se não só num acto suicida, mas em tentativas de suicídio e em comportamentos autodestrutivos.

Para Grinberg (2000) o suicídio «*tem sido considerado como o sintoma mais grave dos quadros depressivos e melancólicos caracterizados por uma pronunciada prostração do Eu, com a diminuição da auto-estima e com autocensuras*». Grinberg refere, todavia, a existência de alguns aspectos característicos da condição humana que determinam a vulnerabilidade dos indivíduos ao suicídio. Entre eles:

- a. a pulsão de morte, que entre as suas proveniências clínicas podemos encontrar: o instinto agressivo dirigido para fora e o instinto destrutivo dirigido para dentro;
- b. a divisão (*splitting*) do Eu baseado no extremo desamparo infantil; e
- c. as instituições grupais como a família e a sociedade, que exigem uma resposta “de culpa” de cada membro do grupo.

Segundo Weiss (1974), citado por Sampaio (1991/1996), Menninger (1938) sublinha que o verdadeiro suicídio engloba o *desejo de matar*, o *desejo de ser morto* e o *desejo de morrer*.

Segundo Menninger, referido por Sampaio (1991/1996), o desejo de matar constitui uma reacção instintiva cujo objectivo é suprimir uma ameaça ou uma privação podendo ser ultrapassado por mecanismos como a sublimação. O desejo de ser morto seria uma forma de submissão e uma interiorização da autoridade em que o Eu sofreria em relação directa à da agressividade que desenvolve para o exterior. Já o desejo de morrer

corresponderia a uma qualidade de energia auto-destruidora com a anulação progressiva das tensões reflectida na passividade que se esbateria gradualmente na morte de todo o indivíduo e que no suicida, contrariamente, agiria de um modo abrupto conduzindo-o à morte repentina.

Furst e Ostor (1979), segundo Sampaio (1985) realçam seis mecanismos psíquicos que podem conduzir ao suicídio: situações de sofrimento intenso onde o indivíduo se esforça para se libertar daquilo que pensa estar na origem da sua dor; a dor interna que, por ser intolerável, pode conduzir a uma tentativa de eliminar o sitio da dor; o surgimento da auto-destruição como forma extrema de pressionar aquele que se ama de modo a obter a resposta desejada; suicídio como vingança face ao objecto de amor não gratificante; o suicídio relacionado com o masoquismo primário fruto da fusão imperfeita do instinto de morte com a libido; e, finalmente, o suicídio pode ser relacionado com o desejo de auto-destruição que denuncia a emergência de um forte instinto de morte.

Para a Psicanálise, o suicídio está relacionado ao desejo do indivíduo, à angústia e a factores psíquicos associados. Freud, em sua obra *Luto e Melancolia* (1917/ 1969), afirmou que um indivíduo só seria capaz de atentar contra a própria vida, caso renunciasse à auto-preservação, e que o narcisismo deveria ser considerado como um dos factores desencadeantes de tal acto. No mesmo estudo, o autor concebeu a existência de apenas dois instintos básicos: Eros (instinto de vida, do amor) e Tanatos (instinto de morte, destrutivo). A finalidade do Eros é estabelecer unidades cada vez mais extensas e preservá-las, ou seja, uni-las. Já a finalidade do Tanatos, contrariamente, é romper vínculos e, assim, destruir coisas, ou seja, levar o que é vivo a um estado inorgânico. A actuação concomitante e conflituante dos dois instintos basais dá procedência a toda abundância de fenómenos da vida, inclusive o do acto suicida. A única maneira do instinto de vida ceder de forma a induzir o indivíduo a buscar a morte seria que este entrasse num intenso estado melancólico. Para a compreensão desse processo, é preciso levar-se em consideração dois aspectos básicos: a estrutura da psique e a questão do sadismo e masoquismo (pulsão de morte).

Para Freud (1917/ 1969), a análise da melancolia mostra que o Ego (instância psíquica que põe o indivíduo em contacto com a realidade) só pode se matar se puder tratar a si mesmo como objecto, ou seja, se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade

contra um objecto do mundo externo. Na melancolia, bem como em outros distúrbios narcísicos, emerge um traço peculiar na vida emocional deste sujeito: a ambivalência, ou seja, para uma mesma pessoa são dirigidos sentimentos contrários, tanto amorosos quanto hostis. A melancolia apresenta um objecto narcísico que faz parte do indivíduo e a perda desse objecto configura a perda de si mesmo. Assim, o melancólico pode se destruir com o objectivo de não ter de se confrontar com a falta do objecto e, por consequência, de si próprio.

Assim, através da teoria freudiana, pode-se perceber que tanto no luto quanto na melancolia o Ego adquire a função de preservar o objecto perdido, inicialmente identificando-se com ele e posteriormente o incorporando. No luto normal há uma percepção gradual da não existência do objecto amado na realidade e isto é compensado através da instituição de um novo objecto amoroso (reinvestimento). Já na melancolia (luto patológico), existe a presença de culpa e hostilidade muito intensas de forma que o objecto se torna fantasioso, morto pelo indivíduo. Desta forma, o objecto torna-se um perseguidor interno que exige vingança.

Menninger (1970) vislumbra que todo acto agressivo ou destrutivo contra a própria vida é uma manifestação do instinto de morte contra o Eu. Para ele, a prática suicida pode ter origem em diversos temas, inclusive aqueles que se referem ao meio ambiente, ou seja, a não elaboração interna de algumas percepções e vivências. Este é inclusive o factor mais relevante para desencadear o comportamento suicida.

Voltando a Freud (1917/ 1969), a pessoa desde o momento em que nasce até seu “último fôlego” vivencia perdas, e isso pode induzir ao luto e à melancolia. Supõe que, para o suicida, as reacções consigo mesmo ou com o mundo externo frente a essas perdas se deram em algum aspecto de maneira errónea. Freud afirma que a maior expressão da pulsão de morte seria a agressividade; quando esta não é dirigida ao meio pode voltar-se contra o sujeito e culminar no acto suicida. O ser humano é capaz de abster-se da auto-conservação para privilegiar a auto-estima (narcisismo). Outro aspecto considerável seria o caso do sujeito se encontrar em posição de desprestígio, sentindo-se com sua auto-estima degradada. Em ambas as ocorrências, seria possível que o acto suicida viesse a ocorrer.

Outra hipótese, ainda formulada por Freud, é de que existe um instinto de morte em que a meta é levar o indivíduo para um estado de calma ou serenidade, caracterizado pela não-existência. Quando este instinto torna-se mais forte que o instinto de vida, pode

levar ao acto suicida, sendo, o equilíbrio entre os dois impulsos que mantém o controlo da vida. (Holmes, 2001).

Coimbra de Matos (2007) refere algumas razões masoquistas e narcísicas para a morte, possivelmente explicativas para um certo desejo de morrer:

1. Obter o amor total e duradouro do objecto (sem recriminações, acusações, inibições, traição, indiferença, não disponibilidade ou rejeição – e durante toda a vida deste).
2. Vulnerabilidade narcísica.
3. Intolerância à dor de perda, do abandono.
4. Impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onnipotência.

A maior tristeza que se pode ter, refere Coimbra de Matos (2007) *«é a da saudade daquilo que ardentemente se desejou, se construiu em sonho fabuloso, mas que, na realidade, nunca se viveu»*.

IV – OBJECTIVOS/ PROBLEMATICA

Uma vez que grande parte das relações que o ser humano estabelece na infância são determinantes para o seu desenvolvimento psíquico e emocional, o objectivo deste estudo é entender o funcionamento inter – relacional de uma pessoa com uma acentuada sintomatologia depressiva. Para tal procurei, através dos relatos da participante, em psicoterapia de apoio, entender como presente e passado se inter-relacionam e podem ser determinantes para a forma como ela se relaciona com consigo, com os outros e até comigo. Consequentemente, como é que estas formas relacionais podem estar, de algum modo, na base da depressão.

O que realmente define a essência da condição humana são as suas relações inter-subjectivas; determinado passado relacional concreto e imaginário, o amor, o desejo, como também o ódio e a oposição; as suas vivências com encontros e desencontros, ganhos e fracassos. Neste sentido, a hipótese colocada é a de que são todas estas vivências e a forma como nos relacionamos e contactamos com elas que irão ser responsáveis pela perda do prazer de funcionar e investir no mundo, tendo como consequência, em alguns casos, a depressão.

V – METODOLOGIA DE PESQUISA

5.1. Considerações Gerais

De acordo com o objectivo do estudo, o tipo de investigação adequado é a investigação descritiva. Esta modalidade de investigação qualitativa utiliza um método qualitativo – interpretativo e com o qual irei desenvolver um estudo intensivo da análise de conteúdo dos dados recolhidos.

5.2. Participantes

A Maria tem 38 anos, divorciada a 4 anos. Tem o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade e trabalha como auxiliar num lar de idosos. Foi através do estágio académico, no Hospital de Santa Maria, Consultas Externas de Psiquiatria, que tive contacto com a participante e onde se seguiu o acompanhamento psicoterapêutico. O pedido de acompanhamento em psicoterapia surgiu por encaminhamento da psicóloga da filha mais nova da participante, dada a acentuada sintomatologia depressiva.

5.3. Procedimentos

Os dados para o estudo foram recolhidos ao longo das sessões de Psicoterapia de Apoio, no Hospital de Santa Maria, onde tive contacto com a participante no decorrer do meu estágio académico.

O acompanhamento teve início no dia 17 de Janeiro de 2008, e realizou-se ao longo de um ano, com sessões semanais.

Nas duas primeiras sessões foram primordiais para estabelecer uma relação empática com a participante e das quais me auxiliei na construção, posteriormente, da anamnese.

Na 7ª e 8ª sessão foram aplicados os testes projectivos: Rorschach e T.A.T., respectivamente.

No total serão apresentadas, em anexo, 9 sessões de psicoterapia que serviram de base para a discussão e reflexão final do estudo

5.4 - Caracterização dos Instrumentos

Actualmente, o método clínico abrange um conjunto variado de técnicas que permitem aceder a informação concreta sobre o funcionamento do sujeito, em várias áreas da sua existência (Pedinielli, 1999).

Este método tem uma particularidade que o distingue do método científico, e que justifica a necessidade de ter sido criado especificamente para a psicologia, tem um objecto único: o sujeito, não se destina à avaliação ou estudo de populações, mas ao estudo e compreensão do funcionamento do sujeito individual, na sua existência e forma de estar no mundo (Pedinielli, 1999).

“ o método clínico insere-se numa actividade prática que visa o reconhecimento e a nomeação de certos estados, aptidões, e comportamentos, com a finalidade de propor uma terapêutica (...), uma medida de ordem social ou educativa, ou uma forma de conselho que permita uma modificação positiva do individuo. (...) A especificidade deste método reside no facto de recusar isolar estas informações e tentar agrupá-las, inserindo-as na dinâmica individual” (Pedinielli, 1999, p. 39)

Segundo Pinto (1990), o método remete para os procedimentos ou técnicas “ (...) os métodos científicos, as suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação. O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico.” (p.35).

A metodologia que configura este estudo compreende: a Entrevista Clínica que serviu de base para a construção da Anamnese; a Observação Clínica; Análise do Rorschach e Análise do T.A.T.; Nove Sessões de Psicoterapia de Apoio (v.d. Anexo B), as quais sustentam a descrição do caso.

5.4.1 – Entrevista

A entrevista pode ser teorizada como um encontro entre dois sujeitos, um entrevistador e um entrevistado, no qual o entrevistador procura obter informações, opiniões, etc., do entrevistado (Ghiglione & Matalon, 1992; Bell, 2004; Nunes, 1993). As entrevistas são utilizadas frequentemente nas ciências sociais e humanas, nomeadamente na psicologia,

como instrumento de recolha de dados de investigação, ou na prática clínica (Breakwell, 1995).

O que caracteriza a entrevista e a torna tão importante na clínica psicológica é o tratar-se de um encontro em que o sujeito fala e o psicólogo tem que ser capaz de escutar e compreender o discurso produzido mas também de suscitar esse mesmo discurso, o que depende não só dos seus conhecimentos teóricos e práticos, como da sua forma de ser, estar, empatizar, etc. (Pardinielli, 1999). Deste modo, cria-se uma situação, que apesar de assimétrica, é de intersubjectividade e baseada na relação estabelecida (Bergeret & Dubor, 1998; Pardinielli, 1999).

A entrevista terapêutica enquadra-se num acompanhamento psicológico ou terapia, na relação terapêutica propriamente dita, permitindo um discurso livre por parte do sujeito, geralmente em torno das problemáticas que o perturbam (Pardinielli, 1999).

A entrevista clínica engloba um conjunto de objectivos que passam pela criação de um espaço onde o sujeito possa falar livremente, ouvir, etc., mas também um espaço relacional, sendo que o terapeuta deve dizer algo ao sujeito, produzir um discurso que permita ao outro ouvir-se e pensar-se (Pardinielli, 1999). É um espaço em que se produzem “factos de linguagem a partir dos quais se instaura uma troca, uma reconstrução dos factos reais” (Pardinielli, 1999, p. 45). No que respeita ao sujeito trata-se de uma narrativa de evocação de factos que este vivenciou (no real ou no imaginário), a sua posição perante os mesmos e as expectativas e fantasias que tem sobre a forma como o psicólogo os vê (Pardinielli, 1999).

Segundo Freud (citado por Pardinielli, 1999), as entrevistas têm uma função de ab-reacção (função libertadora), acreditando na sua função terapêutica na medida em que o sujeito pode falar livremente sobre coisas que o preocupam, o afectam, e o influenciam negativa ou positivamente (Pardinielli, 1999). No discurso do sujeito e na forma como ele o organiza para expressar o que deseja surgem um número de informações fundamentais para o psicólogo, assim, colocando através da forma o pedido ou queixa, seja pelo modo como organiza o discurso em termos da sua construção e sintaxe, o tom de voz utilizado, a sua articulação, a forma como se dirige ao psicólogo, as faltas, contradições, lacunas, erros, etc., são dadas informações sobre os mecanismos de defesa, o tipo de economia psíquica, a transferência, a organização patológica, e o modo de funcionamento do sujeito, as relações objectais predominantes, o significado inconsciente de certas manifestações, permitindo ao psicólogo intervir da forma mais correcta e eficaz (Pardinielli, 1999).

O ouvir e compreender o sujeito são duas condições básicas para o psicólogo, devendo para tal colocar-se numa posição de neutralidade benevolente que consiste no ouvir o sujeito afastando as suas crenças e juízos da relação terapêutica (Pedinielli, 1999). É fulcral que o psicólogo mantenha uma postura empática, o que implica uma compreensão do outro sem haver uma confusão com este, só assim se poderá manter a função contentora, essencial a qualquer terapia (Gabbard, 1998, Pedinielli, 1999). Esta função contentora ou continente, noção provinda de teoria bioniana, representa uma analogia à contenção materna das angústias da criança, assim, passa exactamente por isso, por uma contenção estável das angústias do paciente, permitindo assim a transformação e melhoramento das suas dificuldades pessoais, ou representações negativas (Pedinielli, 1999).

5.4.2 - Observação Clínica

A observação está na base de toda a compreensão sobre os fenómenos e sobre o mundo e, portanto, de toda a actividade científica (Pedinielli, 1999).

A observação, na prática clínica, é um importante instrumento de recolhe de informação, não apenas para complementar o que é dito pelo paciente, mas como fonte primária de recolha, como acontece nos casos de crianças ou pessoas com problemáticas que impossibilitem ou dificultem severamente o estabelecimento de um diálogo (Pedinielli, 1999).

Podem considerar-se três riscos inerentes à observação clínica: a falta de validade das interpretações realizadas com base na observação, a objectivação extrema dos factos, e a reificação do sujeito (Pedinielli, 1999). É importante não deixar de integrar os dados de observação com a singularidade do sujeito e com o contexto em que estas observações surgem (Pedinielli, 1999).

Assim, “o que é característico da observação clínica *stricto sensu* é considerar que as condutas são produções significativas de um sujeito e que exprimem alguma coisa. Elas são relativas a uma situação e a um dado espaço, e a influência do observador, faz que muitos comportamentos se tornem interacções.” (Pedinielli, 1999, p.68).

Tanto a entrevista e a Observação Clínica foram elementos essenciais para a construção da anamnese da Maria.

5.4.2.1 - Anamnese da “Maria”

1. Identificação

Nome: “Maria”

Sexo: Feminino

Idade: 38 anos

Estado civil: Divorciada

Número de filhos: 2

Profissão: Auxiliar num lar de idosos

Habilitações literárias: 4º ano do 1º Ciclo de escolaridade

Área de Residência: Lisboa

2. Data e Motivo de Consulta

Maria vem à consulta de psiquiatria no dia 17 de Janeiro de 2008, encaminhada pela psicóloga da filha mais nova, porque apresenta uma acentuada sintomatologia depressiva. Aquando do seu divórcio foi medicada com antidepressivos, sem acompanhamento psicológico, contudo deixou de os tomar assim que se sentiu melhor.

3. História pessoal

3.1. Dados pessoais

Posição na fratria: quarta numa fratria de quatro irmãos

História peri-natal: não planeada nem desejada, sem intercorrências neonatais (pré ou pós natais), parto eutócico, de termo.

Desenvolvimento psicomotor: sem alterações

Sintomas psicopatológicos na infância: ausência de sintomas

3.2. História familiar

Maria nasceu num meio familiar, que descreve como complicado. A mãe, viúva há três anos, tinha 41 anos quando engravidou desta, de uma relação ocasional, embora nunca tenha conhecido seu pai. Do primeiro casamento da mãe, Maria tem três irmãos, o mais

velho de 55 anos, uma rapariga de 53 anos e o mais novo, já falecido, que teria agora 45 anos. Relata nunca ter tido uma relação próxima com estes, uma vez que nunca aceitaram muito bem a gravidez da mãe e as circunstâncias em que esta ocorreu (v.d. Anexo B, Sessão A).

A mãe, mulher analfabeta, de uma aldeia transmontana e de modos muito rudes que vivia do trabalho no campo, nunca teve para com ela gestos de afecto e apreço. Maria refere que a mãe, talvez pelos seus poucos estudos, nunca foi muito afectiva, chegando muitas vezes a ser agressiva, tanto física como psicologicamente, para com ela. Recebia constantemente depreciações e era constantemente inferiorizada por esta, o que acredita estar na origem de parte dos seus sentimentos de auto-desvalorização (v.d. Anexo B, Sessão B).

Maria conta, com alguma tristeza, que não pôde estudar mais, pois começou a trabalhar em casa de famílias aos 11 anos, para ajudar a mãe. Sempre que as coisas não corriam bem voltava para casa e trabalhava com esta no campo. Da sua infância não tem muitas e boas recordações, pois sempre foi muito gozada e criticada pela sua história de vida, e, também, pelos modos rudes e grosseiros da mãe. Grande parte das coisas que sabe, e que não fazem parte das suas memórias, lhe foram contadas por uma vizinha, com quem a mãe a deixava, em pequena, para ir trabalhar (v.d. Anexo B, Sessão A).

Enquanto trabalhava para uma família, no Porto, Maria conhece o seu marido, tinha nesse então 15 anos. Namoram 4 anos e casam. Vai viver para a casa dos sogros, e sente que aquela era “a família que nunca tive” (sic) (v.d. Anexo B, Sessão C). As coisas correm bem, a relação entre ambos é boa e começam a planear e a desejar ter uma filha. Maria engravida aos 2 anos de casada, contudo o marido passa a estar mais ausente, com frequentes saídas nocturnas com amigos e mulheres. É numa dessas saídas do marido que Maria conta que, com 6 meses de gravidez, faz uma tentativa de suicídio, por ciúmes e insegurança. A relação começa a deteriorar-se, uma vez que Maria passa a se dedicar completamente à filha descuidando o seu papel de esposa. Por diversas vezes o marido a acusa de “ter deixado de ser mulher” (sic) desde que engravidou. Passados dois anos Maria engravida da segunda filha. Desta vez as coisas são diferentes e o marido participa muito mais e a sua relação com o bebé também é notoriamente diferente (v.d. Anexo B, Sessão A). Decidem vir viver para Lisboa, na tentativa de melhorar de vida, contudo a relação se vai deteriorando gradualmente, e as infidelidades do marido vão marcando a distância entre o casal. Passados 14 anos de casados, o divórcio é inevitável.

Há 3 anos que a mãe de Maria morreu, e desde então diz se sentir mais sozinha, pois, independentemente do tipo de relação que mantinham, sentia que era a única família, além das filhas, que tinha.

Hoje, vive sozinha com as filhas e trabalha num lar de idosos e numa casa de família. Nunca mais pensou em ter outra pessoa, embora muitas vezes se sinta sozinha e pense como era bom ter alguém com quem contar (v.d. Anexo B, Sessão G).

4. História Clínica

4.1.Dados de Observação

Apresentação e postura: apresentação pouco cuidada e desinvestida, postura adequada e sem alterações.

Mímica e expressão corporal: expressão corporal e mímica normais

Contacto: afável

Consciência: sem alterações

Orientação: Orientado no espaço e no tempo, alo e autopsiquicamente

Discurso verbal e linguagem: discurso coerente e organizado, sem alterações qualitativas ou quantitativas

Alterações sensorio-perceptivas: sem alterações (ausência de ilusões e alucinações)

Alterações do pensamento: sem alterações da forma, controlo e conteúdo, embora em momentos de “crise”, haja ideação suicida

Alterações da vivência do “eu”: sem alterações da unidade, identidade e limites do Eu

4.2.História da psicopatologia actual

Maria vem à consulta de psiquiatria porque está deprimida. Separou-se há 3 anos e meio, e actualmente está a passar uma fase crítica, pois sente vontade de desistir de tudo (v.d. Anexo B, Sessão D).

Segundo a paciente esta é uma situação que teve origem há já algum tempo e, que se reforçou, por altura do seu divórcio. Desde então sente-se muito desamparada e incompreendida, o que intensificam os seus sentimentos e tendência a se auto-

desvalorizar, que, conseqüentemente, tem impacto na sua auto-estima (v.d. Anexo B, Sessão A e Sessão B).

Desde cedo sofreu muito com o desafecto da mãe, que sempre a maltratou, física e psicologicamente, ainda mais, por esta ser a única família que tinha. O sonho e projecto de vida da Maria era, precisamente, ter uma vida melhor e uma verdadeira família, que se concretizaram, primeiro com o casamento e acolhimento da família do marido; depois com o nascimento da primeira filha e a vinda para Lisboa à procura de novas oportunidades. Contudo, foi precisamente o nascimento da primeira filha que começou a ditar a gradual distância entre o casal. Mesmo, já a viver em Lisboa e com uma vida melhor o divórcio tornou-se a única solução, visto haviam aspectos já incontornáveis entre ambos. Sente-se muito magoada e incomoda pelo ex-marido, apesar de já divorciados a alguns anos, continuar a culpabiliza-la e critica-la pelos problemas das filhas, em especial da mais nova. As filhas por sua vez, aceitaram sempre muito facilmente as mulheres do pai assim como se esqueceram como este era quando viviam todos juntos, o que também a magoa muito e a faz, algumas vezes, pensar que se calhar ela é que é má mãe e as filhas deveriam ir viver com o pai (v.d. Anexo B, Sessão C).

Os seus sentimentos de solidão reforçam-se quando a mãe morre, pois apesar da relação “frágil” que mantinham, esta sempre foi a única família que teve. Entristece-a que as suas filhas mantenham, entre elas, uma relação conflituosa, uma vez que gostaria que se dessem bem, pois “a família é o melhor e mais bonito que se pode ter. Nunca tive a oportunidade de ter uma família nem uma boa relação com os meus irmãos, e sei o quanto é triste” (sic) (v.d. Anexo B, Sessão H).

5.4.3 - Rorschach

Rorschach é uma prova projectiva de personalidade. O seu princípio básico é a projecção, na medida em que o sujeito ao deparar-se com uma figura simétrica desestruturada, lhe dá um sentido, um nome, um significado, projectando-se corporalmente nas imagens. A percepção das imagens dá-se por um ser biológico com sentimentos, emoções e fantasias, e dotado de temporalidade, espacialidade, e ritmicidade corporal, que na com o outro ser está inevitavelmente implícito todas estas características (Mendes Pedro, A.; Soubigou, D.; Balanda, A. B.; 2001), que serão

transportadas para o suporte Rorschach, e nos dará conta do mundo interno biológico – relacional do sujeito.

A prova é composta por 10 pranchas. Cada uma delas apresenta um conteúdo manifesto, a mancha que se observa, e um conteúdo latente. Assim, para Didier Anzieu, 1965 (citado por Chabert, 1983):

A **Prancha I** é a que permite um primeiro contacto do sujeito com o examinador e com a prova. Deste primeiro contacto, podem surgir elementos correspondentes ao registo da relação pré-genital com a mãe;

A **Prancha II** impulsionará, no sujeito, a sua sensibilidade afectiva e emotiva (devido à presença do vermelho). A imagem no alto e baixo, atribui à prancha um carácter bissexual;

A **Prancha III** reenvia para a representação do casal parental;

A **Prancha IV** é a prancha superegóica e da autoridade;

A **Prancha V** é a da adaptação à realidade, ou seja, é onde podemos encontrar a representação que o sujeito faz de si mesmo;

A **Prancha VI** reenvia para problemas de cariz sexual, sobretudo na dimensão fálica;

A **Prancha VII**, tal como a anterior, reenvia para problemas sexuais, mas nesta as evocações são femininas ou maternais;

A **Prancha VIII** reenvia ao mundo exterior e social;

A **Prancha IX** é onde o sujeito se encontra face a si próprio e ao mundo;

A **Prancha X** é quando se produz a ruptura da relação, entre o sujeito e o examinador. O seu carácter fragmentado põe em evidência a capacidade de unificação do sujeito.

Modos de Aplicação

Pede-se ao sujeito que nos diga “*O que é que isto lhe faz lembrar?*”, ao mesmo tempo que lhe entrega a prancha, referindo que esta pode ser manipulada. a situação projectiva pode ser mesmo assimilada a uma situação de conflito, pois as características ambíguas do Rorschach obrigam o sujeito a mobilizar-se activamente, isto é, obrigam o sujeito a imaginar. Ao imaginar, o sujeito vai ter que conciliar numa só resposta os movimentos conscientes e inconscientes, a realidade e a fantasia. As respostas deverão conter os elementos propostos pela situação (pelo cartão) mas coloridos pelo afecto, ou seja, pela ressonância fantasmática e afectiva. O que o sujeito faz é conciliar estes dois imperativos, consciente e inconsciente.

O tempo de latência e o tempo por resposta são anotados, assim como em que posição o sujeito vê determinado conteúdo. Finalizadas as dez pranchas pede-se que o sujeito escolha duas que mais goste e duas que menos goste, justificando a escolha. No final faz-se um *inquérito*, em que se pergunta onde viu determinado conteúdo, e permite localizar a resposta dada. Todos os dados serão posteriormente trabalhados e permitir-nos-ão avaliar a personalidade do sujeito, quer pelo seu conteúdo fantasmático-relacional, quer pelas defesas utilizadas.

5.4.4 - T.A.T.

O T.A.T. foi criado em 1935 por Henry Murray, na Clínica Psicológica de Harvard. É uma prova projectiva que se baseia no mecanismo psíquico, universal, da projecção, uma vez que as histórias que o sujeito conta são produto da projecção da afectividade do sujeito. É uma prova de personalidade, porque está fundamentalmente orientada para a pesquisa de informação sobre o modo de personalidade, essencialmente sobre a dinâmica afectiva e emocional e o modo como estão organizadas. É um teste ou prova projectiva porque o material é figurativo, figuras com seres humanos, sóis, em relação, paisagens, ou seja, cada uma das imagens reenvia para um tema específico.

Segundo Murray, 1938 (citado por Shentoub e Col., 1999), o TAT deveria ser analisado segundo as pressões e necessidades do herói: o herói central da história comportaria uma identificação do narrador, logo, o sujeito estaria assim a falar das suas próprias

pressões e necessidades, ligadas a situações humanas clássicas, isto é, situações de conflito universal. Deste modo, as histórias reportar-se-iam ao conflito edipiano nas suas várias vertentes e desdobramentos.

Schaffer, 1958 (citado por Shentoub e Col., 1999), actualiza o método chamando a atenção para a importância da forma das narrativas e não apenas dos conteúdos. Existem elementos de tipo externo que moldam as narrativas, nomeadamente a instrução e as imagens dos cartões, e interagem com os elementos internos. Assim, as particularidades da construção da narrativa permite aceder aos processos internos e à singularidade do sujeito. De facto, é a forma e não os conteúdos que diferencia os vários tipos de funcionamento, ou seja, é a forma como os conteúdos são evocados que mostra o registo psicológico que está por trás da história. Deste modo, o método de análise teria que dar conta dos procedimentos de construção da narrativa, sublinhando as qualidades do discurso. Constitui-se então a folha de análise, a qual descreve as características dos discursos do sujeito segundo as modalidades de funcionamento, tal como aparecem na clínica.

A história do TAT pode ser assimilada a uma fantasia consciente induzida. O que une esta fantasia induzida a fantasia espontânea é, antes de mais, a elaboração consciente - esta intervém tanto numa como noutra, se bem que em diferentes graus, em que uma admite mais processo primário do que outra. Mas ambas estão submetidas à secundarização. De qualquer forma, a fantasia inconsciente confere ao discurso do sujeito uma estrutura latente e permanente, extraída tanto da experiência individual, como do que transcende a experiência individual (fantasmas originários - vida intra-uterina, castração, cena primitiva, sedução). Quando se solicita ao sujeito para contar uma história a partir do estímulo, faz-se, simultaneamente, apelo ao deixar-se ir e ao controlo. Da articulação entre processo primário e secundário, dependerá a transmissibilidade da história ao psicólogo.

Assim, tudo depende do potencial organizador do ego, ou seja, da organização pelo ego das representações e dos afectos reactivados e despertados pelo estímulo. Nesta perspectiva, não haveria fantasia nem história TAT se não houvesse representações e afectos subjacentes e uma oscilação constante entre consciente e inconsciente. O dilema no TAT é o de estabelecer o compromisso ideal entre os imperativos conscientes e os imperativos inconscientes.

O conceito de apercepção tem a ver com o sentido ou a significação que o sujeito vai dar a cada uma das imagens ao contar uma história, é função de vários factores mas, fundamentalmente, da memória afectiva que o sujeito tem de situações semelhantes pelas quais passou.

TAT como Situação de Conflito

A situação TAT permite observar como o sujeito elabora as narrativas e a que é que remetem essas histórias em termos internos, compreendendo três parâmetros maiores:

- * material
- * instrução
- * presença do clínico

A situação TAT é assimilada a uma situação de conflito, na medida em que cada parâmetro do TAT encerra em si um paradoxo, o que permite observar como o sujeito resolve e se adapta ao conflito experimental, o que dá conta da forma como lida com o conflito real. O método de construção da história faz transparecer as defesas utilizadas para lidar com o conflito evocado pelo cartão.

Existe no seio deste material uma contradição interna entre: o conteúdo manifesto, que fixa os limites da fantasia ao fazer apelo para o princípio da realidade, e as solicitações latentes, que reactivam os traços mnésicos individuais em relação com os fantasmas originários ao fazer apelo ao princípio do prazer.

Para cada uma das imagens há:

- Conteúdo manifesto: figurado por elementos maiores em presença – personagens, sexo, idade, postura, objectos, etc.
- Conteúdo/ solicitações latentes: sugeríveis de reactivar um ou outro nível de problemática, evidenciando a sua neutralidade e as mensagens de que está saturado.

A presença do examinador encerra uma contradição:

- Representa o princípio do prazer: liberdade total e movimento transferencial (psicólogo como representante da fantasia)
- Representa o princípio da realidade, pois apresenta as pranchas ao sujeito, introduzindo o real, e transcreve as palavras do sujeito

Caracterização Cartão a Cartão

Cartão I remete para a castração - joga-se a imaturidade funcional face a um objecto de adulto. É importante analisar se a criança e violino são vistos na sua integridade ou não. Deve ter-se em conta como é que o sujeito reage à situação de castração (existência ou não do reconhecimento da incapacidade funcional, mas transitória).

Cartão II remete para o triângulo edipiano - joga-se a relação da criança com o casal parental e a questão do interdito. Há ou não diferenciação entre as personagens e relação triangular. Deve ter-se em conta a existência ou não da possibilidade de confronto com o casal parental integrado e de encenação e dramatização das personagens, tendo em conta os afectos que as ligam.

Cartão III remete para a problemática da perda de objecto e para a elaboração da posição depressiva, num contexto de culpabilidade e punição. Verificar se a personagem é sexuada ou não, se os sentimentos depressivos são reconhecidos ou não e associados à representação da perda do objecto. Deve ter-se em conta até que ponto o cartão remete o sujeito para dimensões mais arcaicas da posição depressiva, nomeadamente a perda de objecto em termos de ferida narcísica ou o dano corporal.

Cartão IV não remete directamente para um conflito intenso, mas propõe a situação de tensão entre o casal - joga-se a relação de casal em termos da aproximação erotizada, pressupondo simultaneamente movimentos de tensão (na medida em que uma relação de casal não é uma relação em espelho); a imagem é suficientemente ambígua para permitir a projecção da representação de casal do sujeito. Pode aparecer uma terceira personagem que, quando é investida, pode acentuar o impacto edipiano da fantasmática. Deve ter-se em conta a forma como o sujeito contem e considera uma relação de casal

com essa tensão; os mecanismos evocados permitem-nos perceber se o casal é ou não representável na tensão e na proximidade.

Cartão V remete para a cena primitiva - joga-se o movimento de autonomização e curiosidade da criança, que leva ao reconhecimento do terceiro elemento (a tridimensionalidade da vida mental abre espaço para o conflito edipiano) e de um outro tipo de relação do qual ela está excluída; este movimento inaugura a entrada no Édipo, acompanhada pelo reconhecimento das diferenças de sexos e de gerações. Remete, também, para a imago materna e para a modalidade de relação que o sujeito mantém com esta imago (pode ser a instância superegóica, podem aparecer fantasmas incestuosos, pode assumir a forma de um objecto persecutório, etc.). Deve ter-se em conta o confronto do sujeito com o que está além, isto é, a existência ou não da possibilidade de recorrer a fantasias ligadas à agressividade - intrusividade - ou à condenação superegóica; a narrativa organiza-se em termos de interdito ou numa lógica limite ou em termos do fantasma destrutivo.

Cartão VIGF sugere um duplo registo, propondo a proximidade/sedução e a interposição dos interditos face a esta possibilidade, e põe à prova a capacidade de integrar a identificação feminina no seio de uma relação de desejo. Deve ter-se em conta o contexto mais erotizado e menos problemático da relação com o paterno (em comparação com a relação com o materno); quando a problemática narcísica domina, observamos um sobre-vestimento do corpo, da postura das personagens.

Cartão VIGF remete para a relação com o feminino e o materno, reactivando a problemática da relação mãe – filha na sua dupla dimensão de rivalidade / identificação e de interacções precoces. Deve ter-se em atenção o registo mais ou menos conflitual e denso de significação e o reconhecimento ou não da sugestão feita pelo cartão; podem aparecer temas de queda.

Cartão IXGF remete para a rivalidade fraterna feminina, a qual remete para a relação com o materno e arrasta emergências agressivas muito importantes (embora também possa aparecer a mãe como objecto de apoio). É importante verificar se há diferenciação das personagens ou, pelo contrário, se existe uma confusão e telescopagem de papéis. Deve ter-se em conta se há ou não uma coloração edipiana e um reconhecimento da

alteridade apesar da proximidade, ou se aparecem relações especulares ou fantasmas destrutivos; a paisagem marítima pode reactivar fantasmas de relações arcaicas e mortíferas; interpretações de tipo paranóico podem conferir ao olhar da mulher uma conotação persecutória.

Cartão X remete para uma proximidade em termos de casal numa relação onde estão excluídas as referências eróticas libidinais. Deve ter-se em atenção se a dimensão sombria do cartão faz surgir uma desorganização da história ou se a imprecisão dos limites leva ao sentimento de perda identitária e à evocação de objectos parciais (corpo atingido pela fragmentação); podem surgir relações especulares ou de suporte.

Cartão XI a imagem contém alguns elementos apreensíveis como elementos da realidade, mas é fundamentalmente uma imagem caótica e onírica; remete para uma regressão mais intensa do que qualquer outro cartão TAT, na medida em que apresenta elementos conflituais mais arcaicos (evoca o combate contra a natureza / mãe nos seus aspectos perigosos). Verificar se a angústia é ou não sentida enquanto tal. Deve ter-se em conta se há desorganização (o sujeito é ou não capaz de regredir e voltar a emergir reconstruindo uma paisagem relativamente organizada) ou evocação fobogénica.

Cartão XIII MF remete para a intrincação da agressividade com a libido e a sua expressão no casal. As variações dadas por temas de culpabilidade e remorso, relacionadas com a expressão da sexualidade e da agressividade, mostram a oscilação entre o desejo, a libertação pulsional e a defesa em termos de interdito e culpa. Num registo mais arcaico, podem aparecer movimentos de inibição e restrição massivos.

Cartão XIX remete para o a regressão e para o continente protector (o sujeito é ou não capaz de organizar a separação entre o dentro e o fora e evocar um continente que permita a projecção do bom e do mau). Deve ter-se em atenção se aparecem ou não procedimentos de sobre-investimento dos limites ou angústia de fragmentação (quando os limites não são fiáveis, a representação da relação põe a tónica na intrusão, no persecutório, na destruição e na morte).

Cartão XVI: os sujeitos reagem de acordo com as características fundamentais do seu funcionamento (a forma como o sujeito estrutura os seus objectos e as relações com eles), de modo que este cartão aparece como uma espécie de síntese.

Aplicação do TAT

Escolha dos Cartões e Instrução

No TAT, há pranchas obrigatórias e outras cuja passagem está dependente do critério do examinador. A ordem de apresentação dos cartões deve ser respeitada e o cartão 16 deve ser proposto no final da aplicação, a qual é feita numa única sessão.

A escolha dos cartões deve levar em linha de conta aquilo que já conhecemos do sujeito; a partir daí, escolhem-se cerca de 10 cartões, tendo em consideração que os cartões que apresentam conflitos claramente relacionais são os dez primeiros, enquanto que os cartões com conflitos mais arcaicos encontram-se a partir do décimo cartão. Os cartões 1 e 16 são indispensáveis; também o cartão 19 é muito interessante e deve ser aplicado a todos os sujeitos. Por outro lado, alguns cartões são passados a todos os sujeitos, apesar da designação de aplicação especificar um determinado grupo.

A instrução é dada no início e não é repetida, mas, face a um sujeito muito inibido, podem colocar-se algumas questões. A técnica de passagem é muito semelhante à do Rorschach e a instrução é constituída pelas seguintes palavras, proferidas o mais laconicamente possível:

- * *Imagine uma história a partir de cada uma das imagens que lhe vou mostrar*

A última prancha a ser mostrada é sempre a prancha 16, ou seja, a prancha branca, com uma instrução adicional:

- * *Esta prancha não tem imagens; construa a sua própria história*

Esta prancha tem uma importância enorme do ponto de vista diagnóstico e prognóstico.

Aplicação

Tempos:

- * tempo de latência - tempo que decorre da apresentação do cartão até ao momento em que o sujeito começa a falar
- * tempo total por cartão - tempo que decorre entre a apresentação do cartão até ao fim do relato contado pelo sujeito.

A anotação do relato deve ser integral, respeitando todas as suas características - as abreviações, as reconstruções e as interpretações devem ser proscritas. Com efeito, o

trabalho sobre o TAT vai efectuar-se a partir da análise formal do relato, logo, é essencial transcrever o discurso o mais fielmente possível.

Em geral, o clínico intervém pouco durante a aplicação, o que não significa que não o deva fazer - a situação TAT é, antes de mais, uma situação clínica e cabe ao psicólogo regular a relação com o sujeito, em função da sua experiência e sensibilidade. De qualquer forma, qualquer intervenção deve ser feita no sentido de favorecer o trabalho associativo pessoal do sujeito.

VI – ANÁLISE DOS RESULTADOS

6.1 - Rorschach

6.1.1 – Análise de Cada Cartão

- I. Inicia a prova com uma precaução verbal, o que pode ser visto como uma defesa perante algo desorganizador, à qual mostra uma certa apreensão perante o desconhecido. Manifestando, deste modo, dúvidas e receios. Contudo, dá uma boa resposta, o que evidencia o seu esforço em colaborar na prova e de entrar na relação. A resposta banal remete para uma adaptabilidade passiva.

- II. Nesta prancha a Maria começa com uma negação ou evitamento, mostrando, após um breve silêncio, o seu esforço em prosseguir e colaborar. A resposta é adequada, pois é determinada pela estrutura bilateral do cartão, o que remete para a relação, com consciência de um eu e de um outro, uma vez que é referida uma proximidade “trombas juntas”. Contudo, as partes vermelhas do cartão, apesar de serem percebidas, não são interpretadas, provavelmente pelo seu carácter pulsional (sexual e/ou agressivo), que esta tenta evitar. A valorização do D, ponta central superior do cartão, que tem uma simbolização fálica, evidencia o esforço de não evocar associações que remetem para uma problemática de castração, uma vez que este cartão tem características maternas, ou pode remeter para o casal parental.

O inquérito é importante para perceber, sem que seja necessário o examinador referir, que esta percebe o vermelho do cartão, embora não o consiga interpretar.

- III. O conteúdo das resposta continua muito pobre e pouco elaborado, contudo com uma maior adaptação e mostrando um pouco mais de segurança perante o material. Mostra-se, assim disponível para partilhar os seus afectos, embora sem os elaborar muito. Este é um cartão que remete para a relação, e as dificuldades que a Maria sente ao ser confrontada com esta, é evidente, tanto no seu silêncio como na descrição que, no inquérito, dá sobre os cães - “magrinhos” – quase

como dizendo que a relação é desvitalizada, desnutrida. A evocação de animais para representar a relação quer dizer que há uma patente dificuldade em representar a verdadeira relação, o que denota uma certa imaturidade emocional. Mais uma vez percebe o vermelho, mas não o consegue interpretar, pela carga agressiva que este pode representar.

A ausência de percepção de seres humanos neste cartão, confirma pelo inquérito, faz supor uma certa dificuldade de identificação, o que também reenvia para uma imaturidade emocional.

- IV.** Aborda o estímulo em G (simples banal), o que é indicativo de recurso a mecanismos de defesa do tipo adaptativo, no sentido de lutar contra a emergência da realidade interna pela utilização da realidade objectiva. Uma vez que este cartão remete para a figura de autoridade, este é percebido com um pouco ameaçador e desorganizante, e a atitude da Maria perante ele é submissão e passividade. A tonalidade emocional é quase disfórica, isto é, desagradável para o examinando. Provoca desconforto e angústia, ficando de tal forma siderada, que se poderá traduzir numa quase não resposta. É uma das escolhas negativas, o que faz sentir o impacto da figura.
- V.** Resposta banal, que parece ter tido uma função organizadora, na sequência do cartão anterior, que suscitou sentimentos de ameaça. Revela adaptação à realidade, embora sempre com uma certa insegurança e dúvida. Há integridade e unidade do eu. Mostra uma certa capacidade para trabalhar mentalmente, e elaborar o desorganizado, da figura IV disforme, produzindo agora uma figura adequada ao real, o que denota a capacidade da Maria se adaptar à realidade.
- VI.** Uma vez que é um cartão saturado em significados emocionais, apresenta uma elevada tonalidade negativa. Inicialmente recusado pela Maria, embora no inquérito é patente a colagem aos cartões anteriores (evidenciando conteúdo animal), pelo que tenta dar uma resposta defensiva e adaptativa, embora sem conseguir elaborar nada de concreto.

É um cartão que reenvia para a problemática sexual, o que é notório na recusa de interpretação.

VII. Tem em conta a configuração bilateral do cartão, e centra-se nos dois terços da prancha. Nas respostas aparecem duas figuras animais, não inteiras, o que se destaca no inquérito. O branco é um espaço de contenção, remetendo para a relação primária com a própria mãe. A Maria não consegue percepcioná-lo, muito menos dar-lhe valor interpretativo, o que evidencia que este aspecto da sua vida pode ser gerador de algum conflito e angústia interna, daí o recurso a mecanismo de defesa, por forma a evitar, de alguma forma a desorganização interna.

O conteúdo latente do cartão remete para como a Maria se sente e comporta perante o seu próprio sexo e ao do outro. A escolha do conteúdo animal transmite uma imagem securizante, contudo sempre pela metade. Pode, também, transmitir a dificuldade de viver num corpo sexuado, que sente e se transforma.

O grande número de respostas animais, até este cartão, significa um desenvolvimento social imaturo.

VIII. O tempo de latência, tal como o tempo total da resposta, é relativamente curto, como na maioria dos anteriores cartões. Aqui os animais, resposta banal, são determinados pela forma, o que é muito confortável, pois permite evitar o confronto com os afectos. A cor em momento algum é referida, como uma fuga aos afectos. É um cartão que remete para a troca, para a comunicação, o que nos permite perceber que a Maria se adapta bem a realidade objectiva, contudo tenta não se envolver demasiado. O facto de referir somente os animais de uma forma geral, sem precisar a sua espécie, reenvia para um registo mais depressivo, sem investimento, com uma elevada pobreza e imaturidade emocional e criativa.

IX. De um modo geral, poder-se-á interpretar a resposta como uma recusa. Desta vez o sujeito não faz referencia nenhuma as configurações bilaterais, o que não permite sequer que ponha as duas partes do estímulo em relação. A ausência de referência à cor, faz perceber um certo desinteresse pelo mundo exterior, e talvez, um certo desinvestimento de si próprio. Todos estes elementos,

juntamente com a referencia a um simples “desenho”, remete para uma certa regressão, tal como, uma imaturidade e pobreza emocional.

- X. Embora também seja um cartão colorido, tem características totalmente diferentes dos outros cartões: permite a uma maior dispersão. Uma vez que remete para a angústia de fragmentação, o sujeito vai ter mais dificuldade em se unificar. Há uma tendência para decompor o cartão em unidades, o que aconteceu no caso da Maria, onde só consegue interpretar uma única unidade, “dois amarelinhos”. A resposta da Maria evidencia uma certa rigidez, não só porque não elabora as suas respostas, como aconteceu na passagem dos dez cartões, mas também por não revelar espontaneidade e adaptação ao material, apesar de ser uma das suas escolhas para os cartões que mais gostou.

6.1.2 – Análise do Psicograma

Trata-se de um protocolo com 12 respostas, todas cotáveis. O baixo número de respostas, pode implicar ou um sujeito sem grandes capacidades criativas, pobre intelectualmente, ou uma atitude defensiva. O cartão VI é recusado e nenhuma prancha é manuseada, o que dá conta de uma certa dificuldade em explorar, e pobreza tanto a nível emocional como criativo/ imaginação.

Os tempos são todos muito baixos, o que pode indicar que o sujeito mobiliza rapidamente as suas capacidade ou então que o sujeito tem uma atitude de defesa para acabar mais rápido.

Os modos de apreensão são principalmente em G (resposta global), e em D (grande detalhe). Quanto às respostas em G elas estão acima do normativo, 50% (Traubenberg, N. R., 1973), mas a maior parte delas, 4, associam-se ora a 2 boas formas, ora 2 a cinestésias, o que dá conta de por um lado de uma capacidade adaptativa passiva e uma reduzida participação emocional e afectiva, ou seja, há uma adaptação a realidade mas sem grande investimento criativo. Nos cartões IV e IX o G associa-se a F_{\pm} , devido a mobilização de defesas contra a emergência da realidade interna e das angústias.

Os D, existem em número muito baixo, embora todas elas associadas a boas formas, dão conta da dificuldade em diferenciar os afectos relativamente a si própria e aos outros.

Os determinantes não são muito variados ao longo do protocolo, o que determina uma certa flexibilidade de pensamento. F% está ligeiramente acima da norma, o que reflecte a preocupação em fazer uma abordagem à realidade racional e socializada. O F+% encontra-se dentro da norma o que reflecte uma certa preocupação em manter rigor no pensamento, embora as respostas não mostrem muita qualidade criativa. Pode concluir-se que existe uma razoável ligação ao real.

Das respostas cinestésicas, uma delas tem valência relacional, cartão III, sem género e evidenciando uma certa fragilidade, o que dá conta das dificuldades ao nível da imagem corporal. E em ambos cartões, III e V, as personagens estão pouco diferenciadas, não tendo uma identidade própria e diferente, parece que o processo de individuação ainda está em curso. Os conflitos parecem estar reprimidos, não são postos nem cena na cinestesia, apenas há referencia a posição “de costas uma para a outra”, que podem ser vistas como geradoras de conflito, mas nada é claro.

A sua capacidade de adaptação parece ser dominada pelos afectos, $FC < CF$. Existe uma certa labilidade afectiva, o que se reflecte essencialmente nas pranchas cromáticas, em que se nota uma grande dificuldade em produzir respostas, e na X os elementos fóbicos quase a bloqueiam.

Os conteúdos são todos animais embora um pouco variados. O A% elevado, aponta para uma imaturidade emocional e falta de dinamismo; também poderão representar algo fobogénico.

O número de banalidades é baixo, o que se liga às dificuldades de socialização, que temos vindo a identificar, como seja nos conteúdos animais presentes.

O Tipo de Ressonância Íntima é coartativo, ambos os pólos se expressam da mesma forma. Ou seja, nenhum dos componentes assume uma expressão suficiente. O que denuncia a clara dificuldade da Maria em se adaptar a uma situação: pouco tolerante a situações de tenção psicológica e, também, fisiológica, em virtude da rigidez dos seus

mecanismos de defesa. Demonstra, assim, uma grande dificuldade de se relacionar/aceder, tanto ao seu mundo interno como externo, denunciando deste modo uma grande pobreza emocional e fantasmática.

Formula Complementar – sentido inverso mostra a presença de conflitos de tendência intra - psíquica.

A Reacção a Cor baixa relaciona-se com o impacto desorganizador dos cartões cromáticos. Perante a cor, perante os afectos, o que pensar que, possivelmente, ela não sabe muito bem o que fazer com eles, pela desorganização interna que estes lhe possam causar.

O Índice de Angústia é de valor 0, embora possa ser apenas aparente, uma vez que só o facto de existir uma recusa é significativo de uma grande angústia.

6.1.3 - Conclusão

Trata-se de um protocolo muito pobre, o que é representativo das suas preocupações, angústia e problemática, principalmente a um nível emocional.

Há um pequeno esforço em colaborar, contudo o material pela sua forte carga angustiante a faz muitas vezes recuar e estar sempre muito a defensiva. Isto por um lado mostra que necessita de confiar em alguém, mas que não o consegue fazer totalmente, pois o mundo e as relações tornam-se demasiado ameaçadores, provocado muitas vezes o caos interno.

O seu lado depressivo é evidente no pouco envolvimento e curiosidade com que explorar os cartões. As emoções estão contidas ao extremo, o que é representativo da pobreza de conteúdo, de investimento e de criatividade/ imaginação.

Para ela, tanto a imagem masculina como a feminina, surgem como ameaçadoras, prestes a atacar. A autoridade é equivalente a desorganização, caos interno, assim como a materna, que é desestruturante ao invés de contentora, protectora e securizante.

Embora haja integridade e unidade do eu, a problemática da Maria passa essencialmente pela vivencia dos afectos, na relação consigo, e na relação com os outros. No modo como pode transformar os afectos, sem que estes saiam de forma destrutiva, mas sim construtiva. Os pensamentos de passagem ao acto parecem estar

presentes, o que tem de ser bem trabalhado, de modo a aprende a pensar pensamentos, sem que o agir possa, por vezes, parecer a única e melhor solução.

A presença de elementos fóbicos como a recusa de um cartão, também ele saturado em significados emocionais, é uma tradução das suas angústias não elaboradas, temendo e evitando confrontar-se com estas, pelo recurso, maioritariamente, de mecanismos de defesa.

Em suma, é um protocolo que mostra uma personalidade estruturada de forma muito imatura, em que a Maria reflecte, neste período da sua vida, uma não utilização e valorização das suas capacidades intelectuais, assim como dificuldade de socialização, apesar de conseguir camuflar, pela necessidade de aceitação. As preocupações afectivas são muito intensas, assim como as sexuais. Percebe-se também uma carência a nível dos afectos primários, com pouca capacidade de dar em troca.

6.2 - T.A.T.

6.2.1 – Análise Cartão a Cartão

Cartão I

Não tenho muita imaginação... Não sei o que é isto (aponta para o violino violino). Um menino que está a olhar para um violino e está a pensar como será que se toca. Mas também tem uma expressão triste. Dá a impressão que está triste por querer tocar e não saber ou não poder.

Tl 6'' Tt 1'07''

Procedimento: Após um curto tempo de latência inicial (6''), o relato da Maria desenvolve-se muito próximo do conteúdo manifesto do cartão (C/Fa₁), como se o sujeito tivesse necessidade de se apoiar na realidade objectiva. O diálogo inicia-se com uma crítica de si (C/N₉) seguido de um silêncio (C/Fo₁), que mostra perfeitamente o impacto do cartão na organização interna do sujeito. A história é banalizada (A1₁) e a narrativa é estruturada com base em afectos (B1₄→ B2₄) de circunstância, com forte necessidade de justificação (C/Fa₅ →A2₂). A precaução verbal com uma tendência à

restrição ($A2_2 \rightarrow C/Fo_2$) remetem para a incapacidade da Maria construir uma história com recurso à criatividade.

Problemática: A identificação muito próxima com a criança confronta a Maria com a sua própria angústia de castração, que remete directamente para a sua incapacidade em utilizar o objecto, no aqui e no agora da aplicação (construir uma história). O reconhecimento da criança e do violino na sua integridade levam a Maria ao reconhecimento de sentimentos de impotência, que poderão ser ultrapassados no futuro.

Cartão II

Faz-me lembrar a aldeia, uma professora, talvez. Estes estão a trabalhar a terra. Esta senhora dá-me a impressão que está grávida e está a olhar para ele.

Tl 13” Tt 58”

Procedimento: após um tempo de latência curto, a Maria continua a construir uma história muito próxima do conteúdo manifesto (C/Fa_1), recorrendo novamente a precauções verbais ($A2/3$). Refere cada uma das personagens recorrendo ao anonimato destas (C/Fo_3) e colocando o acento no fazer (C/Fa_3) sem nunca colocar as personagens em interacção, o que remete para um conflito que é muito difícil de ser elaborado e resultando de uma história muito pobre.

Problemática: este cartão reenvia para a relação triangular, susceptível de reactivar a situação edipiana. A Maria evita a situação edipiana, o que remete para a fragilidade identitária que conduz a indistinção sujeito/ objecto. O facto das personagens não se relacionarem impede a triangulação, e consequentemente impede a resolução do conflito.

Cartão III MB

São sempre situações tristes. Dá a impressão que está doente ou a chorar... só pode. Ou então, um tipo mendigo. Não estou a ver mais nada.

Tl 7” Tt 46”

Procedimento: tempo de latência muito curto, tal como nos outros cartões. Maria começa por fazer uma crítica das situações dos cartões pela presença de afectos fortes (C/C₃, B2₄), recorrendo, como já vem sendo hábito, ao conteúdo manifesto do cartão (C/Fa₁). Existe um Dd muito significativo (revolver), que não é identificado nem integrado no relato (A2₁₆). O relato prossegue com o recurso, novamente, a uma precaução verbal (A2₃) seguida de um silêncio intra-recito (C/Fo₁). O impacto fantasmático é tal que ele não elabora muito, como uma forma de defesa, há uma possível desorganização, uma vez que este cartão apela para a representação e afectos também eles maciços. A prova disto é a pirueta (C/M₃), pela incapacidade de elaborar uma história, o que é confirmado pela importante ruptura associativa que encerra o relato (C/Fo₅).

Problemática: este cartão reenvia para a problemática da perda de objecto e põe a questão da elaboração da posição depressiva. Perante o conflito a Maria reconhece o afecto depressivo, mas o conflito é totalmente banalizado através de um afecto de circunstância. A impossibilidade de encontrar uma saída para o conflito traduz a dificuldade de elaboração da posição depressiva, pois não consegue fazer uma associação correcta com uma representação de perda de objecto nem solucionar o problema de forma a existir uma satisfação directa das pulsões.

Cartão IV

Dá a impressão que é um casal que está a namorar, tipo aqueles filmes antigos.

Tl 21” Tt 43”

Procedimento: Há uma entrada directa na expressão (B2₁) antecedida por uma precaução verbal com uma tendência geral à restrição (C/Fo₂→A2₃). O conflito não é abordado recorrendo a um relato muito próximo do conteúdo manifesto do cartão (C/Fa₁) e uma insistência no fictício (B2₁₂).

Problemática: este cartão remete para o conflito pulsional no seio de um casal heterossexual. A Maria não vivencia o conflito, evitando-o (não há ambivalência na relação). O recurso ao fictício é uma defesa, de forma a controlar a emergência de movimentos pulsionais incontroláveis. Deste modo, o conflito não é solucionado.

Cartão V

Uma senhora que abriu a porta de um quarto ou uma sala, para chamar alguém, ou ver se estava alguém.

Tl 19” Tt 37”

Procedimento: O relato é banalizado e impessoal (C/Fo₄), e o acento é inscrito no quotidiano (C/Fa₂). A Maria começa o relato com uma entrada directa na expressão (B2₁), embora com recurso ao anonimato da personagem (C/Fo₃) e com o acento posto no fazer (C/Fa₃). O Ricardo introduziu personagens não existentes na imagem (B1₂→ C/Fo₃), embora também permaneçam no anonimato. Os motivos dos conflitos não-precisos, récitos banalizados a todo o custo (C/Fo₄).

Problemática: este cartão reenvia para a imagem materna que penetra e olha. A simples referencia a uma cena do quotidiano leva-nos a pensar que, neste caso, a Maria prende-se ao factual uma vez que a problemática do carão é demasiado angustiante.

Cartão VI GF

Este é parecido com o outro. Parece a cena de um filme ou qualquer coisa assim. Os homens estão sempre com um sorriso e as mulheres com uma cara sempre fechada. Acho que é o mal das mulheres.

Tl 8” Tt 1’13”

Procedimento: após um curto tempo de latência inicial (8”), o relato da Maria desenvolve-se próximo do conteúdo manifesto do cartão (C/Fa₁), com recurso ao fictício (A2₁₂). Os afectos são expressos à mínima (A2₁₈) e a história é curta (C/Fo₂) com solicitações latentes. As personagens surgem anónimas (C/Fa₃). Finaliza o relato criticando a situação (C/C₃).

Problemática: remete para a relação mãe – filha numa situação de mal-estar, para a relação com o materno e para o registo da identificação (interdito da aproximação edipiana). A problemática narcísica domina através do sobre investimento do ar ou da postura das personagens, a sua idealização (figura masculina) e depreciação (figura feminina). Isto remete para a impossibilidade de elaboração do conflito pulsional.

Cartão VII GF

Uma mãe a falar com a menina ou a contar uma história... Qualquer coisa assim.

Tl 11” Tt 30”

Procedimento: Há uma entrada directa na expressão (B2₁) com o acento posto nas relações inter – pessoais (B2₃). O silêncio (C/Fo₂) faz a ponte para uma interrupção que encerra o relato (C/Fo₅). A história é construída muito próxima do conteúdo manifesto do cartão e próximo do tema banal (C/Fa₁, A1₁), com uma tendência geral à restrição (→C/Fo₂).

Problemática: Reenvia para a problemática das relações mãe – filha na sua dupla dimensão: de rivalidade e de identificação; e de interacção precoce mãe – criança. O conflito não é abordado, pelo que a Maria mostra ficar reduzida a investir numa relação de submissão com a mãe.

Cartão IX GF

Este não sei! ... Dá a impressão que estão a fugir de alguma coisa, mas não sei do quê.

Tl 3” Tt 27”

Procedimento: após um curto tempo de latência inicial muito curto (3”) há uma tendência por parte da Maria para recusar o cartão (C/Fo₅), após um silêncio seguido de uma precaução verbal (C/Fo₁, A2₃), ela tenta construir uma história com personagens anónimas (C/Fo₁), mas o tema perseguição (E₁₄) parece demasiado desorganizador e ela acaba por interromper o relato.

Problemática: este cartão remete para a rivalidade fraterna feminina, a qual remete para a relação com o materno e arrasta emergências agressivas muito importantes. . O relato breve, com evitamento ao conteúdo manifesto e latente, emerge de uma formação reactiva que assinala a impossibilidade de lidar com as emoções pulsionais agressivas reactivadas pela rivalidade feminina. Parece um cartão bastante desorganizador para a Maria pela problemática que reactiva A não diferenciação das personagens nem de género indica uma dificuldade no processo de identidade e identificação.

Cartão X

Acho que é um homem e uma mulher, já de idade, num gesto de carinho.

Tl 7'' Tt 42''

Procedimento: após um tempo de latência curto, a Maria continua a constrói uma história muito próxima do conteúdo manifesto (C/Fa₁), recorrendo a uma precaução verbal (A2/3). Refere cada uma das personagens recorrendo ao anonimato destas (C/Fo₃) e os afectos expressos são de circunstância (C/Fa₅). A história é curta (C/Fo₂) e as solicitações latentes, tratadas com um grande distanciamento, são fortemente banalizadas (C/Fo₄).

Problemática: remete para uma proximidade em termos de casal numa relação onde estão quase excluídas as referências eróticas libidinais, só havendo uma referência mínima de uma postura de afecto. O cartão não é vivido com afecto ou estes são expressos à mínima, como o conteúdo manifesto facilita.

Cartão XI

Uma floresta. Um homem a descansar. Parece-me ser a cabeça de um animal, mas também não percebo qual é.

Tl 17'' Tt 46''

Procedimento: há uma entrada directa na expressão (B2₁). A Maria introduz uma personagem, que mantém no anonimato (C/Fo₃) e que lhe permite encenar um cenário imaginário (B1₂), o discurso está assente no fazer – a descansar - (C/Fa₃) e na vivencia subjectiva e não relacional. A descrição dos vários elementos tendem a isolá-los (A2₁→A2₁₅).

Problemática: o conteúdo deste cartão é angustiante, e esta angústia não é reconhecida pela Maria, o que implica uma dificuldade por parte da mesma em encontrar uma solução para o conflito. A Maria mostra a sua dificuldade em elaborar a angústia pré-genital, dada a sua incapacidade em reconstruir uma paisagem relativamente organizada a partir de um material caótico. Ou seja, isto põe em evidência a dificuldade da Maria em reconhecer os afectos negativos, devido à intensa luta antidepressiva, na medida em

que esta impõe o recurso a mecanismos de defesa, como o apego aos detalhes, para combater a angústia solicitada pela imago arcaica.

Cartão XIII MF

Ele está a chorar. Ou ela está doente ou morreu, só pode.

Tl 12” Tt 28”

Procedimento: há uma entrada directa na expressão (B₂₁) com apego ao conteúdo manifesto do cartão (C/Fa₁) e afectos de circunstância (C/Fa₅). As personagens surgem sob o anonimato (C/Fo₃) e os afectos estão ligados a problemática da morte ou doença (E₉).

Problemática: a dimensão passional da relação heterossexual não é percebida/ evocada. O conflito ligado à sexualidade e à agressividade no casal é afastado, quase denegado. Há uma forte carga afectiva, contudo não relacionada como forma de se defender e combater a angústia que pode provocar.

Cartão XIX

Não vou lá mesmo. Não se parece com nada.

Tl 25” Tt 1’4”

Procedimento: inicia com um tempo inicial de latência relativamente longo (C/Fo₁), em relação aos outros cartões. Contudo, o cartão parece ser demasiado desestruturante para a Maria o que a leva a recusar construir uma história (C/Fo₅).

Problemática: o estímulo reactiva uma problemática pré-genital na evocação de um continente e de um meio, que permite a projecção do bom e do mau objecto. Na Maria é notória a incapacidade em diferenciar o dentro do fora e em evocar um “continente” que permita a projecção do “ bom” e do “ mau” objecto. O desgaste de qualquer movimento pulsional arrasta desde logo o escoamento do pensamento.

Cartão XVI

Não tem nada mesmo... Uma folha em branco.

Tl 10” Tt 47”

Procedimento e Problemática: no movimento iniciado no cartão precedente, face a um material que não oferece qualquer suporte concreto a partir da qual ele possa fantasmear, pensar e elaborar uma história, a Maria encontra-se confrontada com um vazio interior (C/Fa₁, C/FO₅).

A Legibilidade é do Tipo 2 (Legibilidade ±) pois há um predomínio dos factores A2 e/ou B2 e C. Há uma produção alterada pelos mecanismos em acção, permitindo um desimpedimento parcial (impacto fantasmático subjacente).

$$\left. \begin{array}{l} A1 + B1 = ++ \\ B1 = + \\ B2 = ++ \\ C = +++ \\ E = + \end{array} \right\} C > A2 > B2 > A1 + B1 > E$$

6.2.2 - Conclusão

O protocolo da Maria não é muito original, uma vez que esta apresenta um excessivo apego ao conteúdo manifesto dos cartões, o que é resultado de um recurso extremo a defesas de forma a evitar os conflitos e a emergência de sentimentos demasiado angustiantes e desestruturantes para um modo de funcionamento interno demasiado frágil.

A presença, a quantidade e a qualidade dos procedimentos do tipo C apontam para um funcionamento com base na inibição (evitamento do conflito, do conflito entre o impulso e a defesa, entre o Id e o Super – Eu). E os procedimentos mais frequentes apontam para um registo mais fóbico (evitamento do conflito), contrastado com

histórias baseadas no factual e muito pobres em termos de conteúdo, originalidade e criatividade.

Os procedimentos do tipo A2 e B2 apontam, mais uma vez, para a necessidade da Maria recorrer a alguns mecanismos de defesa, como uma forma de controlo dos próprios afectos e da conseqüente emergência destes.

Apenas aflorado, o conflito interpessoal e intrapsíquico é reprimido e vê-se o desejo de ser completamente extinto, mas os restos do recalcado aparecem e inferem-se através dos mecanismos de defesa (anulação, denegação e formação reactiva). As banalizações estão presentes para assegurar que nada se passe, nem ao nível da agressividade, nem da sexualidade; se bem que a angústia de castração esteja inscrita de uma forma muito ténue, o essencial joga-se a nível da depressão ligada à angústia de separação. O pedido de apoio está presente, mas podemos questionar-nos se não será uma maneira de regredir para uma posição de criança imatura, que espera o socorro do adulto para evitar, assim, uma posição onde o “eu” seria assumido.

A identificação a uma mãe, na sua dupla dimensão de mulher e de genitora, encontra-se barrada, assim como em relação ao homem.

Em definitivo, a impossibilidade em elaborar a posição depressiva articula-se com a procura de uma relação de suporte. Na falta de introjecção do objecto ausente, Maria tem necessidade do objecto real externo, a fim de colmatar o vazio interno.

A Maria apresenta um estilo depressivo, em que, ao contrário do estilo narcísico, aparece a possibilidade de evocar o outro, mas este outro não representa a alteridade ou complementaridade, mas uma espécie de prótese do sujeito, que serve para sustentar um self não coeso. Por vezes, chega mesmo a uma indiferenciação entre o sujeito e o objecto e entre o dentro e o fora. O outro não se constitui como diferente mas permite ao sujeito uma espécie de introjecção, na tentativa de colmatar as falhas narcísicas, o que aumenta o sentimento de insuficiência e inferioridade. O objecto em falta e o objecto encontrado aparece com uma qualidade insuficiente, daí a idealização / desvalorização do objecto.

O esvaziamento do mundo interno de qualquer conflitualidade aparece numa lógica de recusa do sofrimento, em que a questão essencial é a fragilidade da representação de si, coesa, homogénea e coerente.

VII – DISCUSSÃO

O que torna os seres humanos como comuns, é que todos temos um processo de desenvolvimento, isto é, todos nascemos, crescemos, reproduzimo-nos e morremos. O que os diferencia é o percurso, as perdas e os ganhos, que são uma constante, e a maneira como vivenciamos estas transformações é que nos poderá ou não enriquecer, construir e estruturar.

Deprimir faz parte do crescimento de todo o ser humano, mas o modo como deprimimos é que está intimamente ligada ao nosso funcionamento biológico e relacional.

Todas as relações humanas se pautam pelas relações que os indivíduos estabelecem com os outros, contudo, segundo Greenberg e Mitchell (2003) estas deixam marcas, que serão interiorizadas, vindo, posteriormente, a modelar atitudes, reacções, percepções, etc. A Maria veio à consulta bastante deprimida como uma já prolongada reacção ao seu divórcio. A sua vida encontra-se marcada por sucessivas perdas e assuntos mal resolvidos, inclusivamente a um nível mais primário e interno, e este acontecimento (divórcio) fez com estes conflitos emergissem e se tornassem desorganizadores, desestruturantes, ameaçadores e insuportáveis a nível emocional para ela. Segundo Segal (1975), as ansiedades relativas a ambivalência e a culpa, bem como as situações de perda, que reactivam experiencias depressivas, existirão sempre.

Segundo Fairbairn (1981), o ser humano tem uma necessidade básica de boas relações de objecto e toda a psicopatologia pode ser compreendida em termos de dificuldades pronunciadas em alcançar e manter essas relações. Neste estudo, as vivências que constituem e formam o sistema emocional de Maria, no âmbito da depressão, centram-se: na perda, no modo como é ou não sentida, no modo como é ou não elaborada, pensada; no conseqüente sentimento de culpa e inferioridade.

Maria apresenta-se visivelmente deprimida, possivelmente, derivada de uma personalidade depressiva, uma vez que o que realmente está em falta em toda a sua vida é amor por parte dos objectos significativos. Tanto que ela apresenta uma estrutura depressiva clássica, com interiorização da culpa, desculpabilização e idealização do objecto, portanto projecção do bom no objecto e interiorização do mau.

É na relação que estabelecemos desde o início que os sintomas da Maria são patentes, muitas vezes sendo expressos por ela verbalmente. A rigidez dos seus mecanismos de defesa é notória quando refere que para ela “já não há remédio”, e o melhor seria, tal como todas as figuras significativas da sua vida, que eu desistisse dela (v.d. Anexo B, Sessão E).

Como Freud (1917/ 1969) referiu, o que descreve a melancolia é um desânimo profundo e penoso, que se faz acompanhar pelo desinteresse face ao mundo externo e a incapacidade de substituir o objecto de amor, assim como a inibição de toda e qualquer actividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto – estima. Ao longo das sessões a Maria foi relatando como perdera o interesse por qualquer actividade, extra-laboral, e que antes gostava de realizar. Perdeu o interesse em conhecer e estar com pessoas, e se auto-deprecia dizendo que não tem interesse nenhum e que ninguém alguma vez olharia para ela (v.d. Anexo B, Sessão B).

Maria descreve a sua tristeza e magoa por nunca se ter sentido amada, nem pela mãe. Ou seja, aquele que deveria ter sido objecto securizante e de amor, foi um objecto rejeitante e desnarcisante. A falta de amor-próprio ou de amor narcísico encontrando-se ligado aos sentimentos de necessidade, de desamparo e do colapso da auto – estima, provocando um distúrbio no desenvolvimento do amor pelo objecto. É a depressão narcísica onde o sujeito sente que não consegue alcançar os padrões de seu ideal do eu o que significa não conseguir assegurar a sua auto – estima ao mesmo tempo que perde o amor e o respeito pelo objecto. Estes dados ajudam a entender, como a depressão que a Maria apresenta, poderá ter tido a sua origem na infância, e como um episódio - de mais uma perda -, como foi o divórcio, também ele saturado em sentimentos de angústias, fez que a depressão, prolongada e latente, se manifestasse (v.d. Anexo B, Sessão A e B).

Para Coimbra de Matos (2007) a culpa resulta de duas origens convergentes: (1) a idealização do objecto, com a tendência associada de o desculpabilizar; e a (2) indução da culpa pelo objecto do qual ao mesmo tempo se idealiza e faz idealizar. Na Maria, há uma forte tendência para desculpabilizar o comportamento da mãe, justificando que provavelmente era a única forma que esta sabia de amar e também que era normal na

idade dela já não ter paciência com crianças, procurando justificar que também ela se tivesse um filho agora não teria muita paciência (v.d. Anexo B, Sessão C e I).

Desde a infância que foi vítima de maus tratos (físicos e psicológicos) por parte da mãe, portanto aquele que deveria ter sido objecto de amor tornou-se objecto de agressão (em vez de proteger agrediu) por um lado, o que levou a um processo de identificação ao papel de vítima (que manteve na vida adulta numa relação até certo ponto patológica com o marido), e por outro lado objecto depressígeno (que em vez de dar amor, não o dá, absorve-o, projecta culpa e maus objectos na criança ao mesmo tempo que a inferioriza e permite uma idealização e desculpabilização posterior, derivada de indução de culpa). Portanto, daqui surge automaticamente uma estrutura de personalidade depressiva, com uma baixa auto – estima, auto – indução de culpa, e assumpção do papel de vítima, que com todos os acontecimentos acumulados levou a uma depressão profunda patológica caracterizada pela culpa e abatimento.

A pouca resistência à frustração é evidente nos momentos de crise, em que a única solução que a Maria encontra é a morte. Apesar de referir não ser capaz, é um pensamento que a acompanha com alguma regularidade, atingindo o seu expoente máximo em situações de grande angústia e dor (v.d. Anexo B, Sessão C e D). Como refere Coimbra de Matos (2007), uma das razões masoquistas e narcísicas para a morte, e, de um certo modo, explicativas do desejo de morrer, é precisamente a intolerância à dor de perda, do abandono.

Toda a situação é agravada pelos abusos na infância por parte dos empregadores e homens do campo, e pela relação de submissão e desamor que voltou a estabelecer com o marido que, também, devia ter sido objecto de amor (repetição do papel de vítima), o que despoletou a actual depressão (já bem prolongada).

Tanto o Rorschach como o T.A.T. são representativos da sua problemática, uma vez que trata-se de protocolos extremamente pobres, o que é representativo das suas preocupações, angústia e problemática, principalmente a um nível emocional. O seu lado depressivo é evidente no pouco envolvimento e curiosidade com que explorar os cartões. As emoções estão contidas ao extremo, o que é representativo da pobreza de conteúdo, de investimento e de criatividade/ imaginação.

Os protocolos são pouco originais, uma vez que esta apresenta um excessivo apego ao conteúdo manifesto/ banalidades dos cartões, o que é resultado de um recurso extremo a defesas de forma a evitar os conflitos e a emergência de sentimentos demasiado angustiantes e desestruturantes para um modo de funcionamento interno demasiado frágil.

Deste modo, poder-se-á dizer que o grande pesar de Maria é um forte e angustiante sentimento de nunca ter sido amada. De alguma forma, como diz Coimbra de Matos: *“Amar sem ter sido amada, sonhar sem ter sido sonhada, é morrer sem ter vivido”*.

Como este acompanhamento ainda se matem, torna-se importante referir o que ainda falta ser trabalhado. Foi dada resposta ao pedido inicial de melhoria da auto-estima, sendo que os resultados começam a ser gradualmente visíveis ao logo do processo terapêutico. Actualmente torna-se importante auxiliar e conter Maria no luto da relação/ divórcio com o marido, assim como trabalhar, ainda, algumas questões da sua infância e adolescência que a perturbam e que, a maior parte das vezes, tende a evitar pensar, como querendo dizer, implicitamente: “se não penso, não sinto”. Deste modo, torna-se importante: trabalhar mais a reparação narcísica e menos a reparação objectal; deflexão da agressividade com desculpabilização do próprio e inculpação do objecto depressígeno; desvalorização do objecto e recuperação da idealidade perdida na idealização do objecto; substituição da culpa e da vergonha pelo respeito pelo outro e dignidade pessoal.

VIII – REFLEXÃO FINAL

A saúde e o crescimento mental resultam da relação com objectos sãos e expansivos; a doença resulta, portanto, da relação de constrangimento com objectos patológicos e patogénicos, uns e outros externos e interiorizados (sendo que são estes últimos os mais significativos, quer para o bem, quer para o mal). O self é uma estrutura dinâmica em busca de relação com o objecto, sendo em face da responsividade deste que se vai organizar o estilo ou sistema relacional.

Verificamos que no funcionamento depressivo, quando há frustração na relação, o sujeito revolta-se contra o objecto frustrante, desejando castigá-lo. Isto acontece porque, neste tipo de funcionamento, as representações do mundo frustrante são guardadas, ou seja, há uma introjecção dos objectos bom e mau. Deste modo, há um afastamento do objecto real, mas acompanhado da conservação interna da sua representação. Por seu lado, o destino do mau objecto duplo – em parte, é introjectado orbitalmente, constituindo o mau objecto interiorizado; em parte, é introjectado nuclearmente (introjecção maligna ou introjecção da malignidade do objecto).

Neste sentido, a melancolia é um conflito de ambivalência, entre o amor e o ódio. O sujeito deprimido vive na nostalgia do objecto de amor perdido, objecto único, imprescindível e insubstituível; mas impossível porque perdido e porque danoso, na medida em que é desamante, culpabilizante e desvalorizante. O impasse depressivo decorre da ambiguidade do objecto concebido como ideal e sentido como malévolos.

Ambas as representações boas e más são sujeitas ao recalçamento – o objecto mau fica na “câmara dos demónios”, enquanto que o objecto bom fica no “santuário das idealizações”. Assim, o sujeito deprimido continua em contacto com o real, porém, as dificuldades relacionais serão bastantes, na medida em que continua fixado no objecto ideal, logo, os objectos reais são decepcionantes. Na melancolia, o mau objecto é interiorizado e recalcado, sendo, portanto, internalizado o conflito agressivo com o objecto – a preponderância da relação de mau objecto caracteriza o seu mundo interno. Neste sentido, é possível constatar que o sujeito vive num mundo interno saturado de objectos idolatrados e malévolos; habita um mundo saturado pelo investimento dos bons

objectos e pelo contra – investimento dos maus objectos, ou seja, vive ocupado com a reparação objectal e controlo da agressão.

Em termos fenomenológicos, podemos dizer que os sintomas essenciais da depressão são o abatimento, a culpa e o sentimento de inferioridade. Embora se possam distinguir em três tipos distintos de depressão (Depressão Simples; Depressão de Inferioridade; Depressão de Culpa), na prática estão entrelaçados, apenas podendo ser mais ou menos evidentes consoante um caso concreto.

A culpa e os sentimentos de inferioridade, sentidos pela Maria, advêm de uma racionalização, isto é, de uma tentativa que ela faz para encontrar uma explicação para o abandono afectivo. A culpa patológica resulta também da culpa induzida pelo agressor, no caso a mãe, inculcada por este na vítima por um processo de identificação projectiva patológica e evacuativa (identificação imagóico – imagética, ou seja, identificação à imago e/ou imagem que o outro atribui ao sujeito). Assim, enquanto que, na depressão normal, o sujeito desvaloriza o objecto, na depressão patológica, há uma intensa auto – desvalorização, a qual é facilitada pela dependência em relação ao objecto (inflexão da agressividade). Neste sentido, o indivíduo depressivo é muito susceptível, isto porque na infância lhe foram induzidos por pais desamantes sentimentos de culpa e de inferioridade, os quais são agravados quando sofre uma perda afectiva na vida adulta. Estes indivíduos estabelecem modalidade de relação em que dão mais do que recebem – economia depressígena -, o que caracteriza e ao mesmo tempo gera a depressão.

A criança necessita de um amor oblativo, em que recebe mais do que dá, sendo isto essencial para a construção da auto – estima, e foi possível perceber que, no caso da Maria, as constantes depreciações e inferiorizações da mãe foram essenciais para a sua prolongada e actual baixa auto-estima, como sentimentos auto-depreciativos e inferiorizante.

Consideramos, assim, que o investimento objectal de tipo narcísico que está na base da estrutura depressiva da Maria, sendo que, deste modo, a perda do objecto é acompanhada de uma dor dificilmente reparável, pois é como se esta perdesse, também, uma parte de si própria. Organiza-se, então, uma conduta de abandonado – abandonante,

que não se trata propriamente de um abandono sofrido, mas de um receio de ser abandonado.

Na depressão, e neste caso em particular, podemos considerar que há uma perda, no concreto, dos objectos idealizados, mas uma persistência desses mesmos objectos na fantasia, o que impede a sua expulsão através da libertação da agressividade a eles relacionada, mas inflectida sobre o próprio e/ou transferida por objectos externos. O processo depressivo organiza-se num jogo projectivo – introjectivo de efeitos perversos: projecção da idealidade e introjecção nuclear da malignidade, assim como desculpabilização do objecto e inculpação do próprio (defesa moral, segundo Fairbairn), donde decorre a inflexão da agressividade.

Assim, «a nossa vida mental apresenta ininterruptas oscilações entre situações persecutórias e situações depressivas, com as respectivas culpas e angústias: angústias que somos forçados a elaborar continuamente para evitar que as imagens, deixam de ser os nossos ideais de vida e se tornem em diabos inspiradores das nossas angústias de morte» (Mauro Mancia).

No decorrer do meu estudo, foram surgindo alguns elementos que gostaria de ter incluído, contudo isso tornaria este trabalho muito mais extenso do que era permitido. Deste modo, gostaria de realçar um aspecto que não foi trabalhado e que, a meu ver, seria também ele muito importante para entender mais aprofundadamente a Maria. Assim sendo, acho que teria sido importante aprofundar a perda/ abandono precoce da figura paterna, e as implicações que isso teve, tanto na sua depressão como na sua forma de se relacionar com os outros e consigo própria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1996). *DSM – IV: Manual de Diagnóstico e Estatística da Perturbações Mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bergeret, J. & Dubor, P. (1998). Entrevista com o paciente em Psicologia Patológica. In Bergeret J. (Ed.), *Psicologia Patológica* (pp. 129-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). Como inquirir? As entrevistas. In Ghiglione, R. & Matalon, B. (Eds.), *O inquérito: Teoria e Prática* (pp.63-104). Oeiras: Celta Editora.
- Breakwell, G. (1995). Interviewing. In Breakwell, G., Hammond, S. & Fife-Schow, C. (Eds.), *Research methods in psychology* (p.231-242). United States of America: Sage Publications.
- Depressão: o que é isto?* Visionado em 10 de Abril de 2008 através de <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=298&sec=26>
- Doron, R e Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia* (pp. 214 -. 215). Lisboa: Climepsi Editores
- Fairbairn, R. (1981). Uma Revisão Psicopatológica das Psicoses e Psiconeuroses. In: *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Lisboa: Vega.
- Freud, S. (1905a). *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Lisboa: Livros Brasil.
- Freud, S. (1917/ 1969). Luto e Melancolia. In: J. Salomão (Trad. e Rev. Técn.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XX, pp. 107 – 197)*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1926/ 1969). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: J. Salomão (Trad. e Rev. Técn.) *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 275 – 291)*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

- Gabbard, G. (1998). As Bases Teóricas da Psiquiatria Dinâmica. In: *Psiquiatria Psicodinâmica* (pp. 44 – 47). Porto Alegre: Artmed Editores.
- Greenberg, J. R. e Mitchell, S. A. (2003). *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Grinberg, L. (1978). The “Razor’s Edge” in *Depressions and Mourning*. *The International Journal of Psycho – Analysis* 59, (pp. 245 – 254).
- Grinberg, L. (2000). *Depressão e Culpa*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guntrip, H. (1984). *Schizoid Phenomena, Object Relation and the Self*. London: Karnac Books.
- Haynal, A. (1976). *Les Sens du Désespoir*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise (6ª edição)* (p. 576). São Paulo: Martins Fontes.
- Matos, A. Coimbra (2002). O Desejo, o Inconsciente e a Relação de Objecto. In: *O Desespero*, (pp. 76 – 78). Lisboa: Climepsi Editores
- Matos, A. Coimbra (2002). *Psicanálise e psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, A. Coimbra (2007). Nota Introdutória. In: *A Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido*, (pp. XV – XVIII). Lisboa: Climepsi Editores.
- Depressão, Depressividade e Depressibilidade. In: *A Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido*, (pp. 46 – 49). Lisboa: Climepsi Editores.

– Razões da Morte; morte da razão: Abordagem Psicanalítica do Suicídio. In: *A Depressão. Episódios de um percurso em busca do seu sentido*, (pp. 135 – 144). Lisboa: Climepsi Editores.

Marta, R. (1999). *Maçã Envenenada: vinculação e relação de objecto na Bulimia Nervosa*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA). Lisboa.

Mendes Pedro, A.; Soubigou, D. & Balanda, A. B. (2001). Le Rorschach en Clinique Psychosomatique. In: Sami – Ali et al., *Manuel de Thérapies Psychosomatiques*. Paris: Ounod.

Menninger, K. (1970). *Eros e Tatanos: o homem contra si próprio*. Tradução: Aydano Arruda. São Paulo: Editora Ibrasa.

Nunes, M. (1993). Entrevista Psicológica. In Cunha, J. (Ed.), *Psicodiagnóstico-R* (pp. 28-39). Porto Alegre: Artes Médicas

Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi

Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Rodrigues, V. A. & Gonçalves, (1997). *A Banha da Cobra? Ensaio sobre a Prática Psiquiátrica Contemporânea*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Sampaio, D. (1985). Tentativas de Suicídio na Adolescência: Interpretação Sistémica e Redefinição de Estratégia Terapêutica. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa. Lisboa.

Sampaio, D. (1977/ 1996). Ninguém Morre Sozinho. O Adolescente e o Suicídio (6ª edição). Lisboa: Editora Caminho.

Segal, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Shentoub, V. (Coord.). (2001). *Manual de Utilização do T.A.T.* Lisboa: Climepsi Editores

ANEXOS

Anexo A – Protocolo do Rorschach

I		
7” 1- Parece um animal, uma borboleta ou coisa assim. Pelo menos parece. 29”	Asas, o formato e esta parte central	G F+ A ban
II		
3” 2- Este não sei, são dois elefantes com as trombas juntas aqui. Tão estranho! 56”	O vermelho não sei	D F+ Ad ban
III		
6” 3- Dois cãezinhos...as patas 18”	Cães muito magritos. Continuo sem ver bem o que é o vermelho (R. A.): Focinho, patitas	G K+ Ad D F+ Ad
IV		
8” 4- É o mais feio. Que animal é este? Este não sei com o que se parece 45”	Não me parece com nada Parece que é um bicho, mas não sei qual é	G F± A
V		
15” 5- Duas aves, não? 21”	(R.A.): Parece que estão de costas uma para a outra, encostadas Aqui parece os bicos	G F+ A ban G Kan A Dd F+ A

<p style="text-align: center;">VI</p> <p>6'' 6-Não sei...Não sei mesmo! 32''</p>	<p>Deve ser, também, um animal, mas não estou a ver qual seria</p>	<p style="text-align: center;">Recusa</p>
<p style="text-align: center;">VII</p> <p>17'' 7-Um coelhinho de cada lado 26''</p>	<p>Por causa da orelha Dá a impressão que tem um focinho Aqui também parece a cabeça de um animal, mas não sei se é</p>	<p style="text-align: center;">D F+ Ad</p>
<p style="text-align: center;">VIII</p> <p>8'' 8-Dois animais a subir qualquer coisa, mas não sei distinguir quais são 29''</p>	<p>Isto no meio não sei o que é. Estão a subir aquela coisa O animal deve ser o mesmo, pois têm o mesmo feitio</p>	<p style="text-align: center;">D F+ A Ban</p>
<p style="text-align: center;">IX</p> <p>7'' 9-Não sei. Parece um desenho 18''</p>	<p>Não vejo feitios de nada</p>	<p style="text-align: center;">G F± Art.</p>
<p style="text-align: center;">X</p> <p>13'' 10-Estes dois amarelinhos parecem dois passarinhos, mas o resto não sei o que é 36''</p>	<p>Não consigo explicar (azul e rosa)</p>	<p style="text-align: center;">Dd CF A</p>

ESCOLHA + : VIII e X Pelas cores. Não sei, acho bonito

ESCOLHA - : IV e VI São as mais feias, não sei explicar

Psicograma

R 12↓	G 6	50%↑	F 10	A 7	F%	75%↑
Recusas 1	D 4	33%↓	(7+; 3±)	Ad 4	F+%	89%
T. total: 3'1"↓	Dd 2	17%↑	K+ 1	Art. 1		
T/ resp.: 26"↓			CF 1		A%	92%↑
T. lat. Méd.: 6"↓			Kan 1	Ban 4↓	H%	0%↓

T. A. G D Dd

TRI: 1 K / 1 \sum C - Tipo Ambigüal

FC: 1 K / 0 \sum E

RC%: 25%↓

LA.: 0%

ANEXO B – Sessões Clínicas com a “Maria”

Sessão A

Maria chega ao HSM à hora combinada para a consulta. A sua tristeza é algo que se sente desde o primeiro contacto, embora a tente disfarçar com um sorriso forçado. Entramos no consultório e lhe pergunto o que a traz à consulta e emociona-se. Diz que inicialmente tinha vindo acompanhar a filha mais nova, que tem tido alguns problemas escolares, mas a psicóloga desta aconselhou-a a procurar, também ela, apoio.

Desde que se separou do marido, a 3 anos e meio, que a sua vida tem perdido um pouco o sentido, refere que a única razão para não cometer nenhuma loucura são as filhas.

Diz que desde que se casou o seu sonho era ter uma casa e uma família. Nasceu numa aldeia transmontana, vindo viver para Lisboa com o ex-marido a procura de uma vida melhor, contudo, hoje, pensa se não terá sido esse o maior erro. Claro que a sua vida melhorou muito, mas só a nível monetário. Conta que no início foi muito difícil, tendo procurado, na altura do divórcio, um médico pois se sentia muito em baixo. Durante algum tempo tomou anti-depressivos, mas assim que se sentiu melhor deixou de os tomar. As coisas não melhoraram e cada dia sente-se mais em baixo, com vontade de desistir de tudo. Parece que tudo corre mal, a minha filha mais nova tem vindo a ter alguns problemas na escola, e por várias vezes a Maria é chamada à escola. Diz que até conflitos com as colegas de trabalho tem tido, chegando a agredir uma delas, algo que não a caracteriza pois descreve-se como uma pessoa muito calma. Maria trabalha como auxiliar num lar de idosos e descreve o seu trabalho como muito desgastante, mas que a satisfaz muito, pois gosta de cuidar de pessoas e muitas vezes faz o que nem os familiares seriam capazes de fazer, e fá-lo faz com prazer.

Peço a Maria para fazermos uma viagem no tempo e que me conte um pouco da sua história. O seu semblante muda e emociona-se.

Maria é a irmã mais nova de uma fretaria de 3. Nasceu de uma segunda relação da mãe, embora nunca tenha conhecido o pai. Refere-se a sua mãe como uma pessoa nada afectuosa e carinhosa, de difícil trato.

Conta que teve uma infância muito difícil, a mãe tinha 41 anos e era viúva quando engravidou da Maria. Do seu pai pouco sabe, pois nunca chegou a conhecê-lo. O que lhe contaram foi que este tinha aparecido na aldeia para trabalhar como caseiro, mas

pouco tempo depois de umas festas da aldeia desapareceu. Algumas pessoas chegaram a especular que este teria algum atraso mental e ter-se-ia aproveitado de algumas raparigas da aldeia, que também engravidaram. Como os aldeões decidiram castigá-lo, não teve outra alternativa senão fugir. Quando era adolescente ainda teve curiosidade em conhece-lo, só para saber quem era seu pai, mas este nunca quis saber e então perdeu o interesse, pois *“se ele não quis saber de mim porque haveria eu de querer conhecê-lo?”* (sic).

Do primeiro casamento da mãe tem 3 irmãos, um irmão de 55 anos que trabalha no campo, uma irmã de 53 anos que antes de se reformar era mulher-a-dias e um irmão que já faleceu e que era 10 anos mais novo que ela. Era o único com quem se dava bem, mas foi assassinado por andar atrás de umas raparigas lá da aldeia, tinha 35 anos. De todos a irmã era, e continua a ser, a mais difícil de se relacionar. Quando a mãe da Maria soube que estava grávida decidiu, que assim que ela nascesse dá-la-ia para adopção, mas foi o irmão mais velho que convenceu a mãe a não o fazer, pois lhe disse que esta poderia ser o seu único amparo na velhice.

A mãe da Maria também era rude, grosseira, e mulher de demonstrar pouco carinho e afectividade. De uma aldeia trasmontana, analfabeta e com poucos recursos, vivia do trabalho no campo. Tratava-a muito mal, desprezava e inferiorizava-a, chegando muitas vezes a ofendê-la chamando-lhe nomes grosseiros e muito ofensivos, o que a Maria justifica com os poucos estudos que esta possuía.

Maria lembra-se de ser uma criança alegre e muito apegada à mãe quando tinha 3-4 anos, depois foi sempre um pouco maria-rapaz. Subia aos muros e árvores, mas sempre se sentiu muito rejeitada e posta de parte pelas pessoas por não ter pai e pelos modos rudes da mãe, que algumas vezes bebia, e provocavam na Maria sentimentos de vergonhada. Sempre que era gozada na escola ia contar à mãe, e esta ao invés de a defender, como faziam a mãe das outras crianças, dizia-lhe que ela tinha mãos, portanto poderia muito bem se defender.

As viagens que fazia com a banda para apresentações noutras aldeias, são das recordações mais felizes que tem da sua infância. Gostava muito de música e decidiu entrar para a banda da aldeia.

Maria gostava muito da escola, mas devido aos poucos recursos, aos 11 anos, a mãe enviou-a para o Porto para trabalhar numa casa de família, mas sempre que as coisas corriam mal ela voltava para casa e trabalhava no campo com a mãe. Recorda, que eram das poucas vezes em que sentia que a mãe se preocupava com ela, pois sempre que ela

ia para uma família a mãe pedia que não lhe batessem; que sempre que ela fizesse algo de errado a mandassem embora, mas que não lhe batessem. Aos 15 anos, enquanto trabalhava para uma família conheceu o seu ex-marido. Ele era muito atencioso e dava provas de que gostava dela, pois sempre que a Maria ia actuar fora da aldeia era capaz de percorrer km de bicicleta, só para a ver e estar com ela, e isso dava-lhe certezas de que ele gostava dela e que as suas intenções eram sérias. Namoraram 4 anos e casaram. Foram viver para casa dos pais do marido, que sempre nutriram um grande carinho por Maria. Passados 2 anos nasce a primeira filha e a relação começa a deteriorar-se, o marido deixou de lhe dar atenção e muitas vezes a deixava sozinha para sair com os amigos e com outras mulheres. Numa dessas saídas nocturnas do marido a Maria, com ciúmes, descontrolou-se e tentou suicidar-se com comprimidos. Tinha 6 meses de gravidez na altura. Quem a socorreu foi o marido que, quando chegou a casa reparou que Maria estava um pouco estranha e perguntou-lhe o que se passava, levou-a para o hospital mas nunca deu muita importância ao sucedido. Com o nascimento da primeira filha começa a descuidar o seu papel de esposa para se dedicar por completo ao de mãe, chegando o marido por várias vezes a dizer-lhe que “*desde que engravidei deixei de ser mulher*” (sic). Era a primeira filha, desejada e planeada por ambos, mas o medo de ser má mãe ou de fazer algo de errado fizeram com que Maria se dedicasse quase exclusivamente à criança. Passado quase 2 anos nasce a segunda filha, mas desta vez as coisas foram um pouco diferente. O marido participa mais na gravidez e quando a filha nasce dá-lhe mais atenção e brinca com ela, algo que não fazia com a primeira. Passados alguns anos decidem vir para Lisboa, à procura de uma vida melhor. Maria considera que de facto a vida deles melhorou a nível financeiro, mas o marido começou a distanciar-se cada vez da Maria e das filhas, nunca participando muito na sua educação, muito menos a nível emocional. Saía muito com os amigos e com outras mulheres, algo que a incomodava e magoava bastante. Sempre que chegava o fim-de-semana e a Maria programava algo para fazerem ele dizia sempre que não podia ir. Por mais de uma vez o confronto com a possibilidade deste sentir vergonha dela e das filhas, contudo este se justificava dizendo que tinha muitas coisas do trabalho para fazer. Por essa altura a relação de marido e mulher já se tinha deteriorado por completo, Maria sabia das infidelidades do marido e já não suportava mais continuar a fingir. Começam as discussões, e um ano antes do divórcio já não dormiam juntos. Foi um processo muito doloroso para a Maria, que amava o marido e não queria que as coisas acabassem assim, mas “*já não dava mais, não suportava estar com uma pessoa que me traia com*

outras e já não fazia questão de esconder” (sic). Por fim, Maria pede o divórcio, algo que apesar de doloroso sucedeu sem complicações. Para as filhas, que ao longo dos anos assistiram às discussões dos pais, não foi inesperado.

Maria é uma mulher com uma aparência muito mais velha para a idade que realmente tem. Racionalmente assume que não é culpada de grande parte das coisas que correram mal na sua vida, mas em todo o seu discurso está presente uma auto-culpabilização, associada a uma depreciação de si própria muito fortes. Tem uma auto-estima muito baixa, sente-se totalmente desamparada na situação actual.

Sessão B

Maria chegou um pouco atrasada pedindo desculpas e se justificando pelo sucedido. Já no gabinete e um pouco abatida fala-me da sua semana e diz que não aconteceu nada de especial. Que é sempre do trabalho para casa e de casa para o trabalho, que anda cansada, pois trabalha muito e tenta acreditar que as coisas vão melhorar, contudo de dia para dia tudo permanece na mesma, o que faz com que se sinta muito em baixo. Manifesta: *“Até tenho vontade de chorar”* (sic) e pouco depois começa a chorar. Diz que por vezes pensa que ela é que é má mãe e o melhor para as filhas era irem viver com o pai. Conta-me que a filha mais nova continua com os problemas na escola, que esperava que melhorassem com as consultas, mas as coisas continuam na mesma e já não sabe o que fazer. Fala-me de como as suas filhas são diferentes, e inevitavelmente começa a compará-las, tanto no desenvolvimento como nos comportamentos. A mais velha nunca lhe deu problemas, sempre foi muito mais ajuizada, calma, organizada e estudiosa que a mais nova, que só lhe dá problemas. Falamos de que apesar de terem a mesma educação e atenção, são pessoas diferentes. Que sentem, pensam e agem de forma diferente. Maria entende que a filha mais nova ainda é uma menina que precisa de muita atenção, paciência e carinho, pois, na maioria das vezes, crescer além de custar muito é um processo extremamente complexo e doloroso. Maria recorda que por vezes a filha lhe diz que não quer ser grande, pois os adultos são muito complicados. Contudo o que mais a preocupa é o precoce desenvolvimento físico e a ingenuidade emocional da filha. A descreve como uma menina muito sociável, mas a Maria tem medo que por vezes vá com pessoas que não conhece, apesar desta a alerta frequentemente para determinados perigos.

Relata que se sente muito magoada quando algumas pessoas lhe dizem que ela gosta mais da filha mais nova. “*Muitas vezes quando as coisas correm mal, penso que as pessoas é que têm razão e eu é que sou má mãe*” (sic). Falamos em como se sente em relação as críticas das pessoas e o impacto que isso tem para ela. Diz que ela própria se vê de uma forma negativa e qualquer comentário menos positivo que receba interpreta como uma crítica, o que faz com se deprecie ainda mais. Consequentemente, perdeu o interesse de conhecer e de estar com outras pessoas, pois sente que não tem interesse nenhum e “*duvido que alguém me queira*” (sic). Concorda que sair um pouco lhe faria bem, conhecer novas pessoas, distrair-se, mas sempre que as colegas a convidam ela diz que não pode ou que não tem vontade. Ainda mais, a Maria não se imagina com mais ninguém, embora compreenda que sair com outras pessoas não implica necessariamente um envolvimento amoroso.

Conta que nunca se sentiu realmente amada, começando pela mãe. De como esta a inferiorizava e desvalorizava, refere, ainda, saber que o facto dela se sentir como se sente, de achar que não vale nada e que não tem interesse nenhum, deve-se, em parte, a isso. Quando a mãe adoeceu a Maria preocupava-se com ela, mas pensava que se esta morresse não iria sofrer nem sentir a sua falta, “*na verdade achava que não a amava, ainda mais porque ela sempre me maltratou tanto*” (sic). Apesar disso, foi buscá-la à aldeia e a trouxe para sua casa, e tomou conta dela. Esteve lá 3 meses e faleceu. Foi então que a Maria percebeu que na verdade amava a mãe, independentemente de como ela tenha sido. Justifica que ela era uma mulher sozinha, já de uma certa idade e sem recursos, que fez o que podia, sendo, provavelmente, aquela a única forma que ela sabia de amar.

Desde que a mãe morreu não voltou à aldeia, pois sente um grande vazio quando lá chega, não só pelas recordações mas principalmente porque a mãe já lá não está. “*Ela era a única razão pela qual ainda lá ia*” (sic).

Conta que, por altura da morte da mãe, o marido estava com outra mulher. Não é a primeira vez que Maria refere que desde que se separaram o ex-marido já teve duas mulheres e mostra um certo incómodo, pois as filhas “*são obrigadas a conviver com elas*” (sic). Não é o facto de ele estar com outra mulher que a incomodam, mas sim as filhas terem aceite tão bem as mulheres do marido. Contudo, manifesta uma preferência pela anterior, pois era mais compreensiva e atenciosa, inclusive quando a sua mãe morreu, a Maria, pediu ao ex-marido que ficasse com as filhas enquanto ela ia à aldeia para o funeral, contudo a mulher (a actual) o convenceu a levar as filhas à aldeia, para

que estivessem ao lado da mãe num momento tão doloroso, o que seria importante e lhe iria fazer bem. “*Foi um gesto bonito*” (sic).

Sessão C

Maria inicia a sessão pedindo desculpas por ter faltado na semana anterior, mas teve um problema com a filha mais nova, o que a obrigou a ir à escola e faltar à consulta.

Pergunto-lhe sobre o que gostaria de falar e começa a chorar. Conta que a filha tinha desaparecido, não estava na escola e nem em casa, “*já estava desesperada, pois a procurei em vários lugares, fomos encontra-la num parque toda molhada da chuva*” (sic). Manifesta o seu desespero, pois pensou o pior. Repete que anda cansada e em momentos como o da semana passada tem vontade de desistir de tudo. Falamos um pouco sobre o significado, para ela, do “desistir de tudo” e diz “*é o fim de tudo...é o fim de todo o sofrimento!*” (sic) Admite que não é solução para nada e conclui dizendo que não tem coragem de o fazer, embora pense por vezes nisso.

Para a Maria o recurso a medicação é uma possibilidade que não põe de parte, contudo diz que por agora não acha que seja necessário, pois tem a certeza que não fará nada. Falamos mais um pouco sobre a importância de falar com alguém antes de fazer alguma coisa, comigo inclusivamente.

Maria expressa que tem pensando na mãe e que não guarda nenhuma magoa nem rancor, mas fica um pouco chateada quando percebe que herdou da mãe o pior: o seu corpo e um pouco a sua impaciência. Diz que não lhe guarda rancor pois ela própria se tivesse um filho agora não teria muita paciência, que quando se chateia com as filhas exalta-se e acaba por perder um pouco a razão, algumas vezes chega a bater-lhes, precisamente aquilo que ela mais detesta e jurou não fazer.

Conta-me que quando se separou do marido tinha esperança que ele se arrependesse e voltasse para casa, mas com o passar do tempo se sente cada vez mais cansada e sozinha. “*Tudo começa a desmoronar-se!*” (sic) e começa a chorar. Sente-se incomodada quando o marido, ainda hoje, a critique e lhe diga que não dá atenção suficiente às filhas pois só quer trabalhar. Diz que ele sempre foi um pai ausente e era sempre ela quem dava atenção e carinho às filhas, “*agora que saiu de casa e tem outra família, tem mais tempo para elas e ainda me critica?*” (sic). Manifesta a sua zanga, ainda mais porque as filhas vão passar alguns fins-de-semana com o pai e ela fica sozinha, refere todavia que se sente magoada quando as filhas, por vezes, dão a razão ao

pai, “*pois se elas se esqueceram como ele era quando vivíamos juntos, eu não!*” (sic). Maria sabe que é importante para as filhas estarem com o pai, pois na verdade agora é que elas têm um pai, mas não consegue deixar de se sentir magoada. Desde que o ex-marido está com a nova mulher, Maria se afastou da família deste, pois se sentiu um pouco magoada por a terem, também eles, aceite, “*sinto que perdi a única família que tive!*” (sic). Por algumas vezes admite que o seu maior medo é que as filhas queiram ir viver com o pai e gostem mais da nova companheira deste.

Nos últimos tempos não tem tido vontade de nada, sai porque tem de ir trabalhar, mas assim que chega a casa o que mais quer é estar na cama, sem ver nem falar com ninguém. Um dia destes saiu com as filhas e voltou logo para casa. Manifesta a sua preocupação com a possibilidade de estar a ser negligente com as filhas, pois sabe que a sua depressão começa a acentuar-se. Na verdade, não é só a filha mais nova que não quer crescer, também ela, não quer que elas cresçam, pois isso implica que elas vivam a sua vida e que a Maria fique sozinha.

Diz que se sente gorda. Desde que teve a primeira filha engordou e não conseguiu recuperar, e quando fica nervosa come mais. Mesmo que queira fazer exercício não pode, pois não tem muitos recursos nem disposição para tal.

Sessão D

Maria chega ao hospital sem atrasos, enquanto nos dirigimos para o gabinete, noto que hoje está mais arranjada que das outras vezes e elogio-a dizendo-lhe que está bonita, ao que me responde com um sorriso envergonhado e agradece.

Começo por lhe perguntar sobre o que gostaria de falar hoje. Olha-me emocionada e tentando conter as lágrimas diz que na passada 2ª feira teve uma crise. Conta-me que chegou a casa e se fechou no quarto a chorar, que foi muito intenso, “*foi pior que das outras vezes*” (sic). Não percebe o que originou o sucedido, pois não há nenhum acontecimento relevante para associar. Refere que bateu com o carro, mas que não foi nada de especial que a deixasse preocupada, e nem pensou muito no assunto. Diz que tudo tem corrido normalmente, as filhas foram passar o fim-de-semana à casa do pai e a mais velha voltou para casa mais cedo que o previsto. Descreve que, naquele dia, se sentia muito cansada, farta e sem vontade de nada. “*Só pensava que nada valia a pena, que continuar não valia a pena, pois trabalho tanto e tento fazer tudo o melhor possível e no entanto nada muda, nem melhora*” (sic) e então chora.

Prossegue dizendo que queria muito falar comigo, pois sente que agora chegou o momento de ser medicada, pois pela primeira vez ela própria sentiu que não tinha controlo sobre si e teve medo de fazer alguma errada. Acrescenta que sabe que não fará nada, pois não tem coragem, mas que gostaria de ter alguma coisa para se socorrer em momentos de crise.

Diz-me que apesar de as filhas estarem em casa, não se aperceberam de nada, pois assim que chegou do trabalho fechou-se no quarto. Diz que não consegue falar com as filhas sobre o que sente, nem com a mais velha, e que se sente triste por estas não perceberem nem se importarem. Sente-se sozinha e desamparada, o que torna muito difícil suportar os problemas e dificuldades sem ter com quem contar ou em quem se apoiar.

Sessão E

Maria começa por dizer que continua a se sentir sem vontade de nada, que por vezes pensa em como era antes, quando ela gostava de sair, de ler e ir ao cinema. *“Desde que me divorciei deixei de ter vontade de realizar qualquer tipo de actividade extra-laboral, ainda mais porque as despesas aumentaram”* (sic).

Desde o início, a Maria sempre apontou aspectos negativos nela própria, referindo muitas vezes que não valia muito e que não tinha interesse nenhum para as outras pessoas. Em consulta dizia-me diversas vezes que ela não mudaria, *“Dra. Só tirando esta cabeça e pondo outra. Não vale a pena!”* (sic). Falamos sobre esses aspectos negativos e sobre os positivos, dos quais ela nunca falou. Diz-me que é uma pessoa muito correcta e trabalhadora, e refere que deve ter outros aspectos positivos, mas a vida toda se habituou a ouvir depreciações que as acabou por as interiorizar. Ainda não consegue gostar de si própria, e espera sempre a aprovação e aceitação dos outros para poder se olhar. Falamos de como é importante ela gostar de si, pois o facto dela se olhar e sentir de forma negativa, faz com que ela transmita isso para os outros e que eles assim a vejam. Que mudar isso só depende dela. Maria emociona-se e chora, diz-se incapaz de gostar de si pois a vida toda só ouviu críticas e recebeu recriminações, o que fez com que ela crescesse a acreditar que realmente não tinha nada de bom, apesar de saber que tem.

Fala-me de como se sente como mãe, pois tenta fazer tudo o que pode mas sempre que as coisas correm mal pensa que o problema é mesmo ela e já não sabe o que fazer. Conta que estes sentimentos começaram a se intensificar quando o ex-marido começou a culpá-la dos problemas da filha. Diz que sabe que ele não tem razão, pois ela faz o que pode, mas sente que ele está a ser injusto pois enquanto estiveram casados foi um pai ausente e desligado, nunca tinha tempo para estar com as filhas. É precisamente por isso que se sente magoada quando vê as filhas a se darem tão bem com o pai e aceitarem a nova mulher deste. Manifesta, claramente, o seu desejo de que elas se sentissem como ela se sente, que olhassem o pai sem se esquecerem de como ele era antes quando viviam todos juntos. Contudo, entende que é importante que elas se dêem bem com o pai e tenham, mesmo que só agora, uma figura paterna presente, atenciosa, preocupada e carinhosa, embora certas coisas continuem a magoa-la.

A Maria fala de uma reportagem, que viu no dia anterior na televisão, sobre depressão, e relata como se identificou com alguns testemunhos que ouviu e com algumas das coisas que foram ditas. Diz que ficou impressionada como a depressão atinge tantas pessoas e de qualquer classe social. Fala de como se sente desamparada e que essa era a diferença entre ela e muitas daquelas pessoas, pois, a maioria, tinham a família a ajudar e amparar na sua dor, no entanto ela não tinha ninguém e isso é o que mais lhe custa. Conta, ainda, que algumas pessoas testemunharam que se auto-agrediam para suportar aquela dor que sentiam sem razão aparente. Refere nunca se ter magoado propositadamente, mas que entende o que elas querem dizer, pois às vezes quando se corta, sem querer, pensa que aquela dor é muito mais suportável e preferível. *“É uma dor com razão de ser e que, por vezes, alivia a dor psicológica”* (sic). Reforça que nunca pensou nem o fez intencionalmente.

Sessão F

A Maria chega atrasada e pede desculpa. A sessão tem a duração de 20 minutos. Entramos no gabinete e sorridente diz que se tem sentido melhor. Refere que não têm tido mais crises e que o facto dos problemas da filha estarem um pouco mais controlados, tem aliviado um pouco a tensão. Maria preocupa-se com alguns desentendimentos entre as filhas, pois gostaria que elas se dessem bem, contudo tenta não pensar muito nisso para *“não perder o sono”* (sic).

Fala um pouco do trabalho e no quanto este é demasiado desgastante. Manifesta um excessivo cansaço a nível físico, pois a nível psicológico se tem sentido bem. Sente que precisa de umas férias, pois a 2 anos que não tem usufruído destas, preferindo sempre trabalhar, pois é sempre mais um dinheiro que ganha. Contudo, já decidiu que este ano vai tirar férias. Tem poupado um dinheiro para isso e sente que lhe fará bem, e às filhas também.

Elogio o investimento que tem feito a nível visual, não deixando de referir que as mudanças são notórias. Ela sorri e agradece, refere que antes poupava todo o dinheiro que podia. Não tinha gastos supérfluos, pois “*nunca se sabe quando se pode precisar*” (sic) e a maior parte dos gastos eram com a casa e as filhas. Contudo, como a muito tempo não comprava nada para ela, decidiu que também merecia e lhe faria bem.

Sessão G

Maria chega com um ar jovial e sorridente, digo-lhe que está bonita e com boa cara, ao que me responde com um sorriso e um “obrigada!”.

Diz-me que esta semana correu “*lindamente*” (sic), principalmente no Domingo, pois a filha fez a Profissão de Fé e se sentiu muito bem e orgulhosa, uma vez que a filha foi muito elogiada. As pessoas lhe diziam que estavam muito bonitas, tanto a filha como a própria Maria. Conta que até no lar todos a elogiaram e disseram que estava diferente, mais bonita e sentiu-se muito bem. Diz que sente que qualquer coisa está a mudar, embora não saiba muito bem o quê, nem se é pelas consultas, mas sente que algo está a mudar. Diz que é importante sentir que algo está a mudar, pois já deixara de acreditar que as coisas mudariam.

Falamos das mudanças que começa a sentir e como se sente em relação a elas. Diz que já não sente a tristeza que sentia antes, que se sente mais leve e melhor com a vida, mas que não sabe quanto tempo vai durar. Conta-me que sempre se preocupou com o que os outros iriam dizer ou pensar, mas agora já não quer saber, pois “*eu sei o que sou e como sou*” (sic).

Fala-me de alguns aspectos positivos que vê nela, pois ela sabe que é uma pessoa sincera, honesta e simpática, se bem que já foi mais simpática, inclusive algumas pessoas por vezes lhe dizem que tem um ar carrancudo. Diz que sempre foi orgulhosa, mas que não sabe se é positivo ou negativo e ri-se. Conta que quando era casada e

discutia com o marido, não dava o braço a torcer facilmente, e normalmente era sempre ele quem dava o primeiro passo. Contudo não é rancorosa, um pouco teimosa, talvez, mas com capacidade de assumir quando erra. Continua a ser um pouco pessimista e, *“não gosto de mim, mas isso já sabe”* (sic).

A sexualidade sempre foi um assunto delicado para a Maria. Explica que, em parte, isso se deve à pouca confiança que tem nos homens. Recorda um episódio da sua adolescência que *“acabou um pouco com o meu sonho de criança”* (sic). Conta que quando era criança e ajudava a mãe no campo, uma das vezes em que ia e vinha do campo foi abordada por um homem que a agarrou, tapou-lhe a boca e começou a tocá-la. Para se defender a Maria mordeu-lhe a mão e ele a soltou, aproveitando ela para correr e fugir. Este não foi um caso isolado, pois numa das casas em que trabalhou na adolescência foi assediada pelo patrão, mas desta vez contou a esposa deste e foi embora. Sempre que fala sobre sexualidade emociona-se pois a associa à causa do seu divórcio. Sente que desde que a 1ª filha nasceu *“foi o princípio do fim”* (sic); no fundo acha que ele sempre culpou a filha pelo fim do casamento e por ela ter perdido o interesse, pois ele sempre teve uma relação diferente com ela, mostrando-se mais disponível, atencioso e carinhoso com a mais nova. Depois começaram a surgir as traições e a partir daí estar com o marido intimamente tornou-se quase impossível, pois sentia nojo e se sentia muito magoada. Desde que se separou não teve outra pessoa, embora por vezes sinta saudades de ter alguém, *“mas alguém que seja companheiro, em quem possa confiar e me possa amparar; com quem possa contar nos momentos difíceis”* (sic), alguém que lhe dê carinho, mas acha que dificilmente encontrará alguém que queira estar com ela sem incluir a parte sexual, o que a faz acreditar que dificilmente conseguirá ter outra pessoa. *“Hoje em dia todos só querem sexo, e não quero alguém comigo só por isso, prefiro ficar sozinha”* (sic).

No dia desta consulta, à noite, a filha mais nova da Maria telefona-me. A Maria está em plena crise e só ouço os gritos dela ao fundo. A filha explica-me que foram assaltadas e que todas as economias, que a mãe guardava em casa, foram roubadas. A Maria fica desesperada e tem uma crise de pânico. Tento falar com ela e acalmá-la, sem grande efeito, uma vez que esta mal consegue falar nem respirar, e desliga.

Passado uma hora e meia, a Maria telefona-me e diz que se sente melhor. Que chamaram uma ambulância e eles deram-lhe um calmante. Pede desculpa pelo incómodo. Falamos mais alguns minutos. Despedimo-nos até à próxima semana e desligo.

Sessão H

A Maria chega à consulta cabisbaixa. Antes que lhe diga alguma coisa, diz que “*tudo voltou à mesma*” (sic). Conta como se sentia bem nas últimas semanas, e em como isso lhe estava a fazer bem, pois começava a acreditar que as coisas poderiam mudar e melhorar. Prossegue dizendo que é sempre assim, que acontece sempre qualquer coisa para a deitar a baixo, e que por mais que ela tente nada muda.

Fala-me do assalto. Emocionada diz que aquele era o dinheiro que ela vinha juntando a meses para ir uma semana de férias com as filhas e agora com o sucedido já não sabe se poderá ir de férias, pois não tem dinheiro. Conta que tem uma amiga que lhe empresta uma casa em Sesimbra para ela ir com as filhas, mas sem dinheiro não sabe se vale a pena ir. Conversamos sobre o quão benéfico seria se ela não desistisse de ir, pois uma vez que o seu cansaço, agora mais psicológico, se reforçara nos últimos dias, desistir de algo que ela desejava e precisava para seu bem-estar, só iriam reforçar a sua tristeza.

Sublinha que um aspecto positivo do que aconteceu, além da aproximação e preocupação das filhas, é que estas não têm discutido. Acha importante que se dêem bem, pois “*a família é o melhor e mais bonito que se pode ter. Nunca tive a oportunidade de ter uma família nem uma boa relação com os meus irmãos, e sei o quanto é triste*” (sic).

Contudo, apesar do sucedido sublinha não ter tido pensamentos de “*acabar com tudo*” (sic). Sente-se triste e tem sentido dificuldades em adormecer, pois não consegue parar de pensar na sua vida e nas coisas que acontecem. Desde o assalto chora todos os dias e perdeu novamente a vontade de tudo, chegando muitas vezes do trabalho e indo directamente para o quarto se deitar. A filha mais nova tem dormido com ela e tem tentado que ela se sinta melhor, e isso a comove “*ela é muito meiguinha, sempre foi*” (sic), ao contrário da mais velha, que sempre se mostra preocupada mas mais distante e fria.

Conclui dizendo que a vida continua, se bem que estas coisas, às vezes, a fazem pensar se vale a pena.

Sessão I

Fazendo uma retrospectiva, Maria diz que por vezes recorda com alguma tristeza a sua infância, pois são muito poucas as recordações, sendo que algumas delas foram contadas por algumas vizinhas. Não consegue descrever muito bem a sua mãe, sendo que o único que consegue dizer é *“uma mulher analfabeta”* (sic). Contudo, sempre que se lembra dos últimos meses de vida da mãe e da sua morte sente-se triste, pois não imaginava que gostava dela tanto quanto gostava, pois *“sempre tivemos uma relação difícil, mas hoje sei que provavelmente ela era como era por ser uma pessoa analfabeta e de modos muitos rudes. Acho que era a forma natural dela de gostar”* (sic). Recordar a infância não lhe trás grande alegrias, pois a mãe era muito agressiva física e psicologicamente, chegando a Maria a fugir de casa aos 10 anos de idade e a mãe foi muito criticada pelas vizinhas pelos seus modos e pela forma como tratava a filha. A tristeza também é evidente quando falamos sobre a relação da mãe com as suas filhas, que era quase inexistente. Desde que conheceu o ex-marido e começou a namorar com este a mãe foi contra a relação, proferindo muitas vezes que, uma vez que o irmão deste não tinha muito “boa fama”, se um era assim o outro não devia ser melhor. Maria descrever a sua relação com a mãe, desde que começou a namorar com o ex-marido, como *“um inferno”* (sic). Mesmo depois de casada a mãe continuava a manter uma relação má com o marido, contudo Maria refere que a mãe nunca aceitou nenhum dos seus namorados, e o único que a mãe achava que era ideal para ela era um que ela nem gostava. Hoje pensa que, pensando na sua vida, provavelmente a mãe teria razão. Depois de casar passou a viver com o marido e com os pais deste, e uma vez que a relação da mãe com o marido não era muito boa eram poucas as vezes em que estavam juntas. Posteriormente à mudança para Lisboa, visitou a mãe algumas vezes, algumas delas já depois do seu divórcio e a mãe chegou a dizer-lhe que *“se ele te deixou foi porque algo de mau te viu”* (sic), o que acabou por gerar algumas discussões entre ambas, em que a mãe, mais uma vez, a magoou.

Apesar de saber que o divórcio era inevitável e, de certo modo, o melhor, acreditou que o marido acabaria por voltar. O casamento já tinha terminado a muito tempo e só não tomou a decisão de se divorciar antes pois, por um lado acreditava que as coisas iriam

mudar, e por outro lado porque tinha medo de não ser capaz de conseguir seguir a sua vida sozinha, de cuidar das suas filhas, e, também, preocupava-se com o que as outras pessoas iriam pensar e dizer. Hoje nada disso a preocupa e olhando para trás acha que só ficou a ganhar. Até o divórcio nunca sabia com o que contar monetária por parte do marido, desde que se divorciou é ela que gere as suas finanças e sabe o que pode gastar e com o que pode contar. O ex-marido passou a ser um pai mais presente na vida das filhas, embora mais física do que afectivamente. Apesar de sentir falta da companhia, percebe que já não o ama e *“isso faz-me bem, pois sei que não voltaria para ele, nem que ele quisesse”* (sic). Diz que agora está bem, continua a se preocupar demasiado com as filhas e incomoda-a muito que o ex-marido, depois de 4 anos de divorciados, ainda a continue a criticar e a culpabilizar de tudo o que acontece ou do que as filhas fazem de errado. *“Por vezes é muito complicado lidar com isto tudo sozinha e é por isto, e nada mais, que por vezes sinto-me muito desamparada e sozinha”* (sic), pois sente que na sua vida falta alguém com quem possa contar e desabafar.

ANEXO C

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Fui requisitada para participar de um estudo de pesquisa nesta instituição. O título da pesquisa é “ Sonhos Perdidos: Reflexão sobre um Caso de Depressão”. Este estudo tem como objectivo entender o funcionamento inter-subjectivo e relacional de uma pessoa com sintomatologia depressiva, relacionando-o com as suas relações objectais significativas ao longo da vida. Compreendo que não existem riscos ou desconfortos previstos, assim como procedimentos alternativos para este estudo. Estou ciente de que os resultados da pesquisa podem ser publicados, mas que meu nome ou identificação não serão revelados. Para manter a confidencialidade e o anonimato dos meus dados o investigador usará um “pseudónimo” e somente este terá acesso aos verdadeiros dados. Fui informado de que não serei remunerado pela minha participação. Qualquer dúvida em relação à pesquisa ou à minha participação, antes ou depois de meu consentimento, serão respondidas pelo investigador responsável.

Declaro que li todas as informações acima referidas. Recebi explicações sobre a natureza, demanda, riscos e benefícios do projecto. Assumo conscientemente os riscos envolvidos e compreendo que posso retirar meu consentimento e interromper minha participação a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício. Ao assinar esta carta de consentimento, não estou desistindo de quaisquer reivindicações legais, direitos ou medicamentos. Uma cópia desta carta me será dada.

Assinatura do participante

Lisboa, 10 de Abril de 2008

Para mim, o segredo sempre foi fazer e dar tudo com alma e coração. É precisamente como defino este meu trabalho – Alma e Coração. Foi um trabalho com muitos altos e baixos, pois a vida não é feita só de ganhos e vitórias, mas também de perdas e fracasso. Contudo, o que dá o gosto de “missão cumprida” é a constante perseverança a cada passo, sendo capaz de acreditar e continuar mesmo quando muitas metas se mostravam inatingíveis e quando as forças e motivação eram quase nulas.