

Renato Miguel Almeida de Freitas Morais

Estrutura psíquica e significação da experiência na  
psicopatologia: ideação suicida como expressão  
pessoal do sofrimento psíquico

*Universidade Fernando Pessoa*  
*Porto 2014*



Renato Miguel Almeida de Freitas Morais

Estrutura psíquica e significação da experiência na  
psicopatologia: ideação suicida como expressão  
pessoal do sofrimento psíquico

*Universidade Fernando Pessoa*  
*Porto 2014*

© 2014

Renato Miguel Almeida de Freitas Morais  
“TODOS OS DIREITOS RESERVADOS”

Renato Miguel Almeida de Freitas Morais

Estrutura psíquica e significação da experiência na  
psicopatologia: ideação suicida como expressão  
pessoal do sofrimento psíquico

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção do grau de  
doutor em Psicologia, sob a orientação do Prof.  
Doutor Carlos Mota Cardoso e Prof.<sup>a</sup> Doutora  
Isabel Ponce de Leão.

## RESUMO

RENATO MIGUEL ALMEIDA DE FREITAS MORAIS: Estrutura psíquica e significação da experiência na psicopatologia: ideação suicida como expressão pessoal do sofrimento psíquico

(Sob orientação do Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso e Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Ponce de Leão)

Utilizando a Teoria de Relações de Objeto, tal como operacionalizada por Otto Kernberg, o autor estabelece a relação direta que existe entre a prevalência e intensidade de sofrimento psíquico sob a forma de ideação suicida, e o nível de imaturidade psicoafectiva da estrutura de personalidade. A difusão de identidade e a primitividade defensiva são os índices mais relevantes para os resultados encontrados, assim como traços de uma estrutura menos adaptativa à realidade interna e externa pessoal cuja relação é significada por essa mesma estrutura.

Para justificar a forma de abordagem utilizada, são revistos os conceitos de psicopatologia e os seus paradigmas fundamentais, sendo também justificada a escolha de um vértice de leitura da psicopatologia psicodinâmica. As escolas teóricas contidas na síntese de Otto Kernberg são exploradas individualmente de forma a permitir uma compreensão desta forma de leitura diagnóstica e clínica.

## ABSTRACT

RENATO MIGUEL ALMEIDA DE FREITAS MORAIS: Psychic Structure and experience meaning in psychopathology: suicide ideation as expression of personal psychic pain

(Under the orientation of Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso e Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Ponce de Leão)

By using Object Relation Theory as operationalized by Otto Kernberg, the author establishes the direct relation between the prevalence and intensity of psychic pain under the guise of suicide ideation, and the psychoaffective immaturity level of personality structures. Identity diffusion and primitive defensiveness are the main indices for the results that were found, as well as indicators of a less adaptive structure to the internal and external reality that such structure signifies.

To justify the choice of the approach used here, concepts of psychopathology and its paradigms are revised. The choice of a psychodynamic vantage point to view psychopathology is also justified. Theoretical schools of thought contained in Kernberg's synthesis are explored individually so that one can understand this way of doing diagnosis and clinic practice.

## RÉSUMÉ

RENATO MIGUEL ALMEIDA DE FREITAS MORAIS: Estrutura psíquica e  
significação da experiência na psicopatologia: ideação suicida como expressão pessoal  
do sofrimento psíquico

(Sous la supervision du Prof. Doutor Carlos Mota Cardoso e Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel  
Ponce de Leão)

## DEDICATÓRIA

Ao Professor Doutor António Fernandes da Fonseca, com grande admiração e gratidão pela orientação inicial deste trabalho.

## Índice Geral:

### Introdução

#### I. Ponto de entrada: do comportamento suicida ao suicídio como sintoma de psicopatologia

#### II. Psicopatologia: dos paradigmas a uma escolha

- 2.1. Percurso histórico da Medicina e da filosofia do conceito de doença
- 2.2. Emil Kraepelin e Sigmund Freud - do Biológico ao Mental e à Psicodinâmica
- 2.3. Psicopatologia Neo-Kraepeliniana e Psicodinâmica
- 2.4. A comunicação no diagnóstico e compreensão de casos
- 2.5. Psicoterapia como paradigma de comunicação da relação médico-doente
- 2.6. A comunicação como contexto e o problema da objetividade
- 2.7. Psicoterapia e Psicopatologia
- 2.8. Descompensação, estrutura psíquica, personalidade e carácter
- 2.9. Loucura, psicose e a questão da vivência, existência e realidade psíquica
  - 2.9.i. *Fenomenologia e psicopatologia – filosofia existencial*
  - 2.9.ii. *Núcleo Psicótico – psicose e loucura na teoria psicanalítica*
  - 2.9.iii. *Molde da Psicose*

#### III. Relações de Objeto: psicopatologia e normalidade

- 3.1. Sigmund Freud
  - 3.1.i. *Teoria do Afeto e Teoria da Sedução*
  - 3.1.ii. *Aparelho mental e Processos Patogénicos na Teoria do Afeto-Trauma*
  - 3.1.iii. *Objeto na obra de Freud*
  - 3.1.iv. *Narcisismo*
  - 3.1.v. *Princípio da Constância, compulsão à repetição e segunda teoria pulsional*
  - 3.1.vi. *Modelo Estrutural*
  - 3.1.vii. *Psicopatologia*
- 3.2. Heinz Hartmann
- 3.3. Margaret Mahler
  - 3.3.i. *O nascimento psicológico do bebé – esquema desenvolvimental*
  - 3.3.ii. *Simbiose e objeto na obra de Mahler*
  - 3.3.iii. *Outras remodelações teóricas consequentes na obra de Mahler*
  - 3.3.iv. *Psicopatologia*
- 3.4. Edith Jacobson
  - 3.4.i. *O Self e o Mundo Objectal – Teorização fenomenológica e acomodação de perspetivas relacionais com a metapsicologia clássica*
  - 3.4.ii. *Desenvolvimento do superego*
  - 3.4.iii. *Acomodação dos princípios económicos com as vicissitudes das relações de objeto*
  - 3.4.iv. *Psicopatologia*
- 3.5. Melanie Klein
  - 3.5.i. *Período inicial da obra de Melanie Klein e estádios pré-edipianos*
  - 3.5.ii. *Fantasia Inconsciente e objeto na obra de Klein*

- 3.5.iii. *Noção de Posição*
- 3.5.iv. *Posição Esquizoparanoide (PS)*
- 3.5.v. *Posição Depressiva (D)*
- 3.5.vi. *Psicopatologia*
- 3.6. Ronald Fairbairn
  - 3.6.i. *Teoria da Motivação*
  - 3.6.ii. *Objeto na obra de Fairbairn*
  - 3.6.iii. *Natureza do Self e Estruturalização Endopsíquica*
  - 3.6.iv. *Desenvolvimento do Self*
  - 3.6.v. *Psicopatologia*
- 3.7. Otto Kernberg
  - 3.7.i. *Modelo de desenvolvimento*
  - 3.7.ii. *Sistemas de Identificação*
  - 3.7.iii. *Desenvolvimento e estabelecimento da estrutura psíquica*
  - 3.7.iv. *Processo de desenvolvimento normal e patológico e suas implicações clínicas*
  - 3.7.v. *Psicopatologia*
  - 3.7.vi. *Classificação psicanalítica da patologia de carácter*
  - 3.7.vii. *Classificação de Perturbações de Personalidade: nosologia psicodinâmica*
  - 3.7.viii. *Entrevista Estrutural como Método de Diagnóstico*
  - 3.7.ix. *Relações mútuas das perturbações da personalidade e sua continuidade desenvolvimental, estrutural e motivacional*

#### **IV. Metodologia de Investigação**

- 4.1. **Objetivos**
- 4.2. **Hipóteses centrais**
- 4.3. **Metodologia**
- 4.4. **Instrumentos**
  - 4.4.i. **BSI**
  - 4.4.ii. **IPO-R**
- 4.5. **Inquérito**
- 4.6. **Autorizações para utilização de instrumentos**

#### **V. Resultados**

- 5.1. **Análise descritiva**
  - 5.1.i. *Análise descritiva componente A*
  - 5.1.ii. *Análise descritiva componente B*
  - 5.1.iii. *Análise descritiva componente C*
- 5.2. **Análise inferencial**
  - 5.2.i. *Introdução*
  - 5.2.ii. *Análise de consistência interna*
  - 5.2.iii. *Análise correlacional da componente B*
  - 5.2.iv. *Aplicação de Testes de Hipóteses*

*5.2.v. Conclusões da análise estatística*

**Síntese e Conclusão**

**Bibliografia**

**Apêndice**

## Índice de Figuras:

Figura 1- Arvore de decisão na abordagem do paciente que ameaça suicídio

Figura 2 – Modelo afeto-trauma em Freud

Figura 3 – O aparelho psíquico na 1ª tónica

Figura 4 – Diagnóstico estrutural e de patologia de carácter

Figura 5 - Ciclos de exploração de sintomas cardinais, níveis de psicopatologia e tipologias

Figura 6 - Relações mútuas das perturbações da personalidade

## Índice de Inquéritos:

Inquérito 1: Inquérito

## Índice Tabelas:

- Tabela 1 – Tipificação do suicídio de acordo com Fernandes da Fonseca
- Tabela 2 – Estádios do processo de suicídio de acordo com Robert Hale
- Tabela 3 – Organização neurótica da personalidade (“normalidade”)
- Tabela 4 – Grandes grupos de perturbações da personalidade
- Tabela 5 – Apresentação Multiaxial da CID-10 para uso no diagnóstico de desordens mentais do adulto
- Tabela 6 – Defesas primárias e defesas neuróticas
- Tabela 7 – Formais iniciais de esquizofrenia segundo Fernandes da Fonseca
- Tabela 8 – Clivagem e Repressão
- Tabela 9 – Desenvolvimento do ego no seu estágio precoce
- Tabela 10 – Patologia de carácter de acordo com o nível de gravidade da patologia
- Tabela 11 – Organizações estruturais de personalidade e suas características gerais
- Tabela 12 – Análise descritiva A.1
- Tabela 13 – Análise descritiva A.2
- Tabela 14 – Análise descritiva A.3
- Tabela 15 – Análise descritiva A.4
- Tabela 16 – Análise descritiva A.5
- Tabela 17 – Análise descritiva A.6
- Tabela 18 – Análise descritiva A.7
- Tabela 19 – Análise descritiva A.8
- Tabela 20 – Análise descritiva B.1
- Tabela 21 – Análise descritiva B.2
- Tabela 22 – Análise descritiva B.3
- Tabela 23 – Análise descritiva B.4
- Tabela 24 – Análise descritiva B.5
- Tabela 25 – Análise descritiva B.6
- Tabela 26 – Análise descritiva B.7
- Tabela 27 – Análise descritiva B.8
- Tabela 28 – Análise descritiva B.9
- Tabela 29 – Análise descritiva B.10
- Tabela 30 – Análise descritiva B.11
- Tabela 31 – Análise descritiva B.12
- Tabela 32 – Análise descritiva B.13
- Tabela 33 – Análise descritiva B.14
- Tabela 34 – Análise descritiva B.15
- Tabela 35 – Análise descritiva B.16
- Tabela 36 – Análise descritiva B.17
- Tabela 37 – Análise descritiva B.18
- Tabela 38 – Análise descritiva B.19
- Tabela 39 – Análise descritiva B.20

Tabela 40 – Análise descritiva B.21  
Tabela 41 – Análise descritiva B.22  
Tabela 42 – Análise descritiva B.23  
Tabela 43 – Análise descritiva B.24  
Tabela 44 – Análise descritiva B.25  
Tabela 45 – Análise descritiva B.26  
Tabela 46 – Análise descritiva B.27  
Tabela 47 – Análise descritiva B.28  
Tabela 48 – Análise descritiva B.29  
Tabela 49 – Análise descritiva B.30  
Tabela 50 – Análise descritiva B.31  
Tabela 51 – Análise descritiva B.32  
Tabela 52 – Análise descritiva B.33  
Tabela 53 – Análise descritiva B.34  
Tabela 54 – Análise descritiva B.35  
Tabela 55 – Análise descritiva B.36  
Tabela 56 – Análise descritiva B.37  
Tabela 57 – Análise descritiva B.38  
Tabela 58 – Análise descritiva B.39  
Tabela 59 – Análise descritiva B.40  
Tabela 60 – Análise descritiva B.41  
Tabela 61 – Análise descritiva C.1  
Tabela 62 – Análise descritiva C.2  
Tabela 63 – Análise descritiva C.3  
Tabela 64 – Análise descritiva C.4  
Tabela 65 – Análise descritiva C.5  
Tabela 66 – Análise descritiva C.6  
Tabela 67 – Análise descritiva C.7  
Tabela 68 – Análise descritiva C.8  
Tabela 69 – Análise descritiva C.9  
Tabela 70 – Análise descritiva C.10  
Tabela 71 – Análise descritiva C.11  
Tabela 72 – Análise descritiva C.12  
Tabela 73 – Análise descritiva C.13  
Tabela 74 – Análise descritiva C.14  
Tabela 75 – Análise descritiva C.15  
Tabela 76 – Análise descritiva C.16  
Tabela 77 – Análise descritiva C.17  
Tabela 78 – Análise descritiva C.18  
Tabela 79 – Análise descritiva C.19

Tabela 80 – Análise descritiva C.20  
Tabela 81 – Score questões B  
Tabela 82 – Score Questões PD/ID  
Tabela 83 – Score questões RT  
Tabela 84 – Score questões C  
Tabela 85 – Score questões C.1 a C.5  
Tabela 86 – Score questões C.6 a C2.0  
Tabela 87 – Análise de consistência interna secção B  
Tabela 88 – Análise de consistência interna secção C  
Tabela 89 – Classificação de correlações  
Tabela 90 – Correlações na secção B  
Tabela 91 – Correlações elevadas na secção B  
Tabela 92 – Questões com cinco ou mais correlações moderadas ou elevadas  
Tabela 93 – Correlações internas PD/ID e RT e correlações cruzadas  
Tabela 94 – Taxas de correlações significativas  
Tabela 95 – Teste T das questões secção B  
Tabela 96 – Identificação de número de correlações moderadas e/ou elevadas na secção B  
Tabela 97 – One-sample t de Student secção B  
Tabela 98 – Score questões B, frequências e percentagens  
Tabela 99 - Score questões PD/ID, frequências e percentagens  
Tabela 100 - Score questões RT, frequências e percentagens  
Tabela 101 - Score questões C, frequências e percentagens  
Tabela 102 - Score questões C1 A C5, frequências e percentagens  
Tabela 103 - Score questões C6 a c20, frequências e percentagens  
Tabela 104 – Correlações PD/ID e RT  
Tabela 105 – Correlações PD/ID, RT, questões C e questões C1 a C5  
Tabela 106 - Correlações PD/ID, RT, questões C e questões C6 a C20  
Tabela 107 – Correlações secção B e C  
Tabela 108 – Correlações secção B, C, idade, ano que frequenta, número de matrículas  
Tabela 109 – ANOVA - análise de diferença de variáveis consoante a idade  
Tabela 110 – ANOVA - análise de diferença de variáveis consoante o ano de curso que frequenta

## Investigação

### Introdução:

Neste trabalho integra-se a ideação suicida enquanto sintoma de sofrimento mental, com o tipo de estrutura de personalidade que significa e molda o tipo de relações e vínculos a objetos externos e intrapsíquicos, influenciando o significado e possibilidades da experiência pessoal.

A relevância deste estudo assenta essencialmente na utilização da Teoria de Relações de Objeto de forma operacionalizada e, por isso, empiricamente utilizável, de forma a fundamentar a compreensão do sofrimento psíquico à luz de uma psicopatologia lida pelo prisma de estruturas profundas de personalidade que significam uma vivência de sofrimento como um modo relacional específico. Essas estruturas são tidas como significantes das realidades internas e externas pessoais, fruto de um processo de desenvolvimento psicoafectivo.

A resposta que este estudo pretende afinar é, em termos de áreas de significado, o quê e em relação a quê o sofrimento psíquico se orienta. Usando a ideação suicida não só como o primeiro estágio de um processo suicida que se pode ou não desenvolver para um comportamento, ela é acima de tudo tomada como um sintoma de psicopatologia pessoal. É esta dimensão que, se ignorada, invalida ou dificulta muitos diagnósticos e possíveis abordagens.

Em termos concretos, a hipótese de trabalho é a de que a ideação suicida deverá associar-se de forma direta, quer em termos de prevalência, quer em termos de intensidade, com estruturas de personalidade mais imaturas e menos capazes de se adaptarem ou conterem as realidades internas e externas.

As implicações práticas destas problemáticas recaiam a nível diagnóstico, clínico e de gestão de pacientes na maioria dos contextos de trabalho em Saúde Mental. A compreensão do significado do que o paciente expressa à luz das suas estruturas de significação permite levar em conta a realidade pessoal do paciente e, assim, a compreensão daquilo com que ele realmente se debate em termos da sua experiência pessoal. Várias outras implicações são

enumeradas ao longo do texto a propósito de diagnósticos com significado e abordagem psicoterapêutica.

Assim, começa-se por se explorar de que forma o comportamento-suicídio se constitui num sintoma de um sofrimento psíquico e como isso cabe melhor dentro de um vértice de leitura psicopatológico.

O termo Psicopatologia não é de fácil circunscrição, tendo por base vários paradigmas mais ou menos silenciosos que se foram instalando e desenvolvendo com o tempo, passando a assumir um significado mais ou menos específico e nem sempre explícito. Faz-se por isso uma revisão histórica do conceito destes paradigmas, justificando a escolha do vértice psicodinâmico pelo seu alcance e utilidade.

A teoria psicodinâmica é ela mesma permeada por paradigmas próprios e com origem nos seus vários pioneiros, cristalizando-se em escolas específicas de seguidores. Em termos atuais, Otto Kernberg constitui-se como um nome de referência pela sua síntese da teoria e pela sua contribuição clínica e teórica. É também um autor raro no sentido de ter conseguido operacionalizar muita desta teoria que, pela sua natureza, resiste a esse de abordagem. Esta é uma faceta que nos foi especialmente útil para este trabalho mas, antes de a poder utilizar, foi necessário rever a contribuição dos predecessores de Kernberg de forma a poder compreender a síntese que ele propõe.

Esta é a ordem e o conteúdo dos capítulos iniciais deste trabalho, seguindo-se depois para a sua porção empírica. Explicita-se aí a metodologia seguida, apresentando e explorando o inquérito utilizado. Justifica-se também o porquê de fazer incidir este estudo sobre uma população de estudantes de ensino universitário, razão que vai para além da conveniência.

As características da amostra, os achados encontrados e as conclusões a que se pôde chegar constituem os capítulos finais deste trabalho.

## I. Ponto de entrada: do comportamento suicida ao suicídio como sintoma de psicopatologia:

Na literatura generalista da Psicologia, a questão do suicídio é frequentemente abordada da seguinte forma (por exemplo Davison e Neale, 1998): as causas do suicídio são tanto sociais (isolamento social; eventos stressantes) como psiquiátricas e médicas. Há uma maior taxa de suicídio entre divorciados, desempregados e pessoas que vivem sozinhas (isolamento social) e é muitas vezes precipitado por situações de luto e outras perdas (eventos stressantes). Para além disso, os fatores sociais influenciam também o método escolhido para o ato, por exemplo através da mediatização de um caso e seu respetivo método. A mediatização de casos de suicídio, pelo menos a nível dos Estados Unidos, está também ligada a um aumento consequente do seu número.

O suicídio assim apresentado surge como que dissociado da Pessoa, como se se tratasse de uma entidade que lhe é estranha. O que é apresentado como causas ou fatores precipitantes surge na forma de incidência estatística, sem que se compreenda por que razão um facto é precipitante de suicídio para uma pessoa e não para outra. Fica também de fora um aspeto importante no que diz respeito à responsabilidade da pessoa na sua condição ou, dito de outra forma, qual é a dificuldade individual que proporciona que determinadas condições contextuais sejam precipitantes de um ato que é próprio. O isolamento social pode, por exemplo, ser resultante de uma retirada relacional do indivíduo. Ou seja, o isolamento pode não ser uma questão meramente social, como se um exílio tivesse sido imposto ao indivíduo. Pode acontecer que ele se imponha a si mesmo esse exílio por uma razão ou outra ou, talvez dito de forma mais correta, por uma impossibilidade ou outra.

Por outro lado, a clivagem de saberes em social, psiquiátrico e médico nega o facto de que a psiquiatria é uma especialidade da Medicina que engloba, no seu prisma particular, todos esses domínios num todo articulado. O suicídio, enquanto ato ou comportamento pessoal, necessita por isso de ser perspectivado pelo lado da Pessoa, pois é nela que se centram todos estes fatores e é nela que um comportamento suicida se origina sob determinado sentido e significado. A nosso ver, a Pessoa é essencialmente um Agente e, por isso, um significante de significados.

Como justificaremos mais à frente, o (um) vértice psicopatológico parece-nos essencial para a compreensão da interioridade motivacional deste comportamento, assim como da interação entre o interno pessoal e o que lhe é exterior.

Segundo Sampaio (1991), há três tipos de modelos explicativos do suicídio:

- Modelo psicológico – suicídio como resultado de um conflito interno do indivíduo
- Modelo nosológico – relaciona o suicídio com alterações psicopatológicas surgidas no decurso da doença mental, sendo portanto um sintoma de uma condição subjacente.
- Modelo sociológico – suicídio como comportamento previsível que se segue a uma determinada posição do indivíduo na sociedade e na situação vital.

A dificuldade aqui é que os três modelos assentam em aspetos particulares de um todo mais alargado. Como diz Nemiah (1961; pág. 289) “*a vida humana é um processo vivido num mundo em constante mudança que requer, por questões de sobrevivência, uma resposta adaptativa constante.*”. Por exemplo, um conflito interno tem por pano de fundo um determinado arranjo nunca perfeito de uma dada personalidade, a doença mental pode ser considerada como a falha adaptativa desse mesmo arranjo e o contexto relacional externo funciona como gatilho para a condição humana que é sempre relacional e gregária.

Fernandes da Fonseca (1997), numa proposta de tipificação do suicídio, aponta neste mesmo sentido explicitando como causas predominantes do suicídio a biológica, psicológica, social e cultural. Aponta também outros 2 tipos de categorias tipificadoras: o tipo de personalidade e a intenção do ato (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipificação do suicídio de acordo com Fernandes da Fonseca

<u>Ato ou intenção</u>	<u>Causa predominante</u>	<u>Tipo de personalidade</u>
Suicídio	Biológica	Psicótico (perda de crítica)
Tentativa Verdadeira (suicídio frustrado)	Psicológica	Neurótico (conflito)
Tentativa simulada (pseudo-suicídio)	Social	Reativo (vivência anormal)
Ideias de suicídio	Cultural	Normal?

A nossa interpretação do trabalho do autor é a de que, podendo haver uma causa mais saliente, ela não é única ou exclusiva. Essa causa insere num tipo de personalidade, integrando por isso fatores pessoais e ambientais. O autor atribui também uma intencionalidade ao ato, o que revela uma motivação ou significação pessoal. Isto pertence à esfera daquilo a que chamamos o psíquico ou mental e que se desenvolve a partir de uma potencialidade biológica, ganhando a sua realidade com o desenvolvimento psicoafectivo de estruturas ou sistemas psíquicos.

Esta é uma forma de ver pessoal, determinada pelo nosso pensar. É no entanto um pensar inserido num paradigma não por nós “determinado” e que é partilhado por muitos (ou não seria ele um paradigma). D. Bell (2008), por exemplo, afirma enfaticamente que

Há muito poucas coisas na psiquiatria que possam ser ditas com certeza, e uma delas é isto. As tentativas de suicídio nunca acontecem pelas razões apresentadas. No máximo, a causa apresentada é o gatilho e, de forma relativa, apenas uma explicação superficial. (págs. 48 e 49)

O suicídio é um fenômeno muitas vezes referido como surgindo enquadrado em situações psicopatológicas. Um quadro identificado, do ponto de vista descritivo é, em muitos protocolos de avaliação de risco, tido como preditor de risco aumentado (D. Jacobs, M. Brewer e M. Klein-Benheim, 1999). Ernst e colegas (2004) concluem que, provavelmente, todos os casos de suicídio surgem associados a alguma forma de desordem psiquiátrica.

No entanto, a associação entre categorias descritivas de psicopatologia e o ato suicida é baixa (R. Hale, 2008). Continua o autor que o suicídio (ou sua tentativa) é um sintoma que resulta da interação entre personalidade e fatores ambientais. É também um ato com significado e propósito (E.S. Schneidman, 1985; J. Baechler, 1979), que acontece num contexto interativo de falhas relacionais (R. Hale, 2008). Estes são pontos fundamentais do nosso trabalho.

Tendo dedicado uma vida à investigação do suicídio, Schneidman (1993) defendeu que a dor mental e a sua insustentabilidade ou capacidade para a suportar é a causa mais imediata do suicídio, sendo esta dor de natureza iminentemente psicológica. Todos os estados afetivos se relacionam com a dor mental, sendo que por exemplo a depressão se pode ligar ao suicídio pela dor que causa mas não enquanto entidade de distúrbio afetivo. Explica o autor melhor a sua ideia quando diz “*nunca ninguém morreu de depressão (...) mas muitas pessoas, demasiadas, morreram de suicídio.*”(pág. 636). Seguindo este raciocínio, seria irrelevante a correlação do suicídio com características diagnósticas, por exemplo do DSM, na compreensão da dimensão mental deste ato. Outros autores com extensa investigação na área partilham desta mesma opinião (por exemplo, I. Orbach, 2008).

A psicopatologia descritiva, no sentido assumido pelas nosologias do DSM ou CID, tem várias desvantagens, entre elas a incapacidade de permitir compreender a origem de desejos suicidas, questão que tem consequências para o tratamento e prevenção. Neste trabalho justifica-se a escolha de um modelo de psicopatologia que permite tal compreensão e que, a nosso ver, necessita de ter uma existência complementar à psicopatologia descritiva. A psicopatologia psicodinâmica foi o modelo escolhido, tendo por referência principal e norteadora a Teoria de Relações de Objeto, tal como sistematizada e operacionalizada por Otto Kernberg. A teoria de relações de objeto permite compreender a passagem da orientação da mente do indivíduo da vida para a morte, e como o suicídio é um ato derradeiro de alguém

que se sente à mercê de maus objetos internos ou externos e privado de vínculos com objetos suficientemente bons, internos ou externos (M. Seager, 2008)

O foco deste trabalho não é então o ato ou o comportamento suicida em si, mas sim o desejo suicida ou a sua ponderação, sintoma da mudança de orientação de estado mental a que Seager se refere. Também por contingências de investigação, esta orientação foi restringida àquilo que recebe o nome de ideação suicida, fenomenologicamente a consciencialização de fantasias de morte auto-imposta. Embora a ideação suicida raramente se materialize no acto, ela parece-nos ser, em si mesma, um sintoma de sofrimento mental com características bastante específicas. Para além disso, a ideação suicida é considerada como pertencente a um estado de pré-suicídio, estado que faz parte de um processo que culmina no acto suicida.

Na sua conceptualização de estádios do processo de suicídio, Hale (2008) inclui no estádio de pré-suicídio o início das fantasias sobre o acto e a sua ponderação e preparação. O plano de fundo é no entanto uma organização interna ou um estado mental<sup>1</sup> que significa acontecimentos externos de ordem relacional como assaltos ou rejeições avassaladoras. Existe uma incapacidade de avaliar objectivamente a situação ou de relativizar um acontecimento que é então sentido como catastrófico ou explosivo para a própria existência ou sentimento de si. A falha relacional, significada como traição por esse estado mental, é inevitável (Tebła 2):

---

<sup>1</sup> Hale usa o conceito de Glasser (1979) “Core complex relationship” que é por ele considerado como um arranjo específico ou estado organizado de encarar, viver e sentir um questão existencial fundamental e universal: a angústia de separação, segundo Jean-Michel Quinodoz (1991)

traduz a emoção dolorosa – mais ou menos consciente – que acompanha a percepção dolorosa do carácter efémero das relações humanas, da existência do outro e da nossa própria existência. Porém, ao mesmo tempo, é uma emoção estruturante para o ego, porque sentir a dor da nossa solidão faz-nos tomar consciência de que existimos como ser só e único em relação ao outro, e que o outro é diferente de nós. É assim que a angústia de separação forja o nosso sentimento de identidade, bem como o nosso conhecimento do outro (pág. 24).

No entanto, Glasser nota que em certos indivíduos esta angústia coloca-os face a um dilema intransponível: a proximidade com o outro desperta o temor de ser relacionalmente “engolido” e perder a sua identidade; a distância trás o terror de ser abandonado pelo outro. O que daqui resulta é um modo específico de se relacionar, que tem por função proteger o indivíduo destes terrores. O Core Complex Relationship é por isso uma forma relacional de evitar estes terrores pelo controlo, ou fantasia de controlo do outro. Em vez da distância relacional ser determinada de forma colaborante por ambos os membros do par relacional, ela é ditada unilateralmente pelo indivíduo através de actos ou comunicações cruéis ou coercivas. A descrição de Glasser é muito semelhante à noção de organização borderline de Kernberg, tal como se verá mais à frente.

Tabela 2 – Estádios do processo de suicídio de acordo com Robert Hale

1. Traição e estados pré-suicidas:	Inevitavelmente e em qualquer altura algo vai acontecer, geralmente um acto de abandono, que vai ser sentido como uma traição pelo indivíduo que entra em estado pré-suicida. As fantasias suicidas começam a tornar-se conscientes e as preparações para o acto são feitas. Este estado pode durar horas ou dias, mas eventualmente algo mais vai acontecer que constitui um segundo gatilho, ou gatilho final, que destrói o controlo egoico e fragmenta a mente num estado confusional.
↓	
2. Gatilho	Um gatilho para a ruptura final e conseqüente acto de violência auto ou hetero-dirigida pode assumir três formas: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Um ataque físico, por pequeno que seja, que ultrapassa as fronteiras corporais (por exemplo, alguém que espeta um dedo nas costelas do outro, de forma a vincar o seu ponto de vista)</li><li>2. Um gesto físico vivenciado como um ataque ou rejeição: um bater com a porta, um dedo médio apontado para cima, um virar costas, um olhar de desprezo, etc.</li><li>3. Palavras com carácter intrusivo, desvalorizante<sup>2</sup> e sexual, sentidas como ataques físicos ou desvalorizantes.</li></ol> <p>Em comum, os três gatilhos são sentidos como um ataque ou rejeição e, em segundo lugar, o receptor ou vítima não os consegue avaliar objectivamente pelo que são sentidos como avassaladores. O que interessa então é o seu valor integral, já que o que é catastrófico para A pode ser banal para B.</p>
↓	
3. Confusão <sup>3</sup>	A confusão é aqui composta por dois elementos. O primeiro refere-se à conjugação de duas ideias inconscientes no plano consciente. Estas podem ser tão inaceitável que são atacadas e fragmentadas de forma a não poderem ser reconhecidas conscientemente.  No entanto, o caos e confusão resultante são eles mesmo terrificantes pela sensação de perda de controlo e pelo medo de se enlouquecer. Os mecanismos de defesa necessários para lidar com estes pensamentos e estados afectivos são mais radicais e de uma natureza mais primitiva e corporal. Pela sua acção, a barreira corporal é ultrapassada.
↓	
4. Barreira Corporal	Este termo significa a resistência existente em todos os indivíduos e que permite manter a raiva e fantasias violentas no campo do mental e fora da acção. A confusão diminui esta resistência. Para além disso, de cada vez que esta barreira é ultrapassada, mais fácil se torna a repetição da situação. Isto explica, em parte, a recorrência e escalada de actos violentos e auto-destrutivos uma vez ultrapassada essa resistência, e a conseqüente facilidade crescente com que são usadas vias físicas de descarga de tensão psíquica.
↓	
5. Suicídio	Consiste sempre numa vontade ou desejo de matar o corpo, de forma a preservar um self <sup>4</sup> sobrevivente. As fantasias que motivam os suicídio elaboram a relação entre o corpo e o self.

<sup>2</sup> Dismissal no original.

<sup>3</sup> Duas observações substanciam a importância de estados confusionais para o suicídio violento. Em primeiro lugar, em contexto hospitalar, actos de violência associam-se na maior parte a estados confusionais por intoxicação, onde um estímulo inócuo é sentido como ameaçador (por exemplo, no delirium tremens). Em segundo lugar, 35% dos suicídios e muitos actos violentos surgem após ingestão exagerada de álcool. É já um conhecimento antigo que o álcool diminui o controlo da consciência e interdições pessoais contra actos violentos. Paralelamente, o álcool diminui também a capacidade de avaliação e diferenciação de estímulos ameaçadores, internos ou externos.

Deste esquema de Hale fica patente que, se por um lado o acto é desencadeado por factores externos à pessoa, por outro existe um estado mental prévio que torna essa mesma pessoa especialmente susceptível ao avassalamento por sentimentos de estar a ser atacada e/ou rejeitada, decorrentes da forma como interpreta, sente e vivencia tais factores externos. Estes são então significados por um estado mental específico e o seu aspecto catastrófico surge dos significantes da organização mental da pessoa que o sente como tal.

Israel Orbach (2008) distingue também dois momentos ou condições para o acto suicida: o início ou causa do desejo suicida e as condições facilitadoras do acto. Em relação ao desejo suicida, este autor defende que tal se deve à intolerabilidade da dor mental que determinadas circunstâncias causam no indivíduo. Para além de intolerável, esta dor mental é sentida como irreversível pela incapacidade do aparelho psíquico em a conter.

Maltsberger (2008) considera também que o suicídio surge aquando de estados mentais em que os afectos não podem ser moderados, o que conduz a ondas avassaladoras e traumáticas de angústia que destroem as funções egoicas e sinalizam o colapso iminente do self. Isto acontece pelo desespero e desesperança que se instalam e que remove o colorido afectivo positivo das representações do self. Dessa forma, e internamente, este self fica desprotegido ou incapaz de neutralizar as forças destrutivas superegoicas que sobre ele recaem, havendo um conseqüente estilhaçamento desse self e a perda do teste de realidade.

Já anteriormente (1999) o mesmo autor se tinha referido à questão da dor mental no posicionamento e relação mútua e interdependente entre self e objecto. Nesse artigo, Maltsberger chama à atenção para os aspectos de difusão subjectiva do sentimento de separação entre o self e os outros como um dos principais determinantes de suicídio, nomeadamente através da vivência de perda e angústia. Esta perda pode referir-se a pessoas, mas também a aspectos do próprio como capacidades, objectivas ou não.

Tal como Maltsberger, Orbach também menciona a clivagem como um fenómeno central a esta problemática, neste caso a clivagem da representação corporal que fica identificada a

---

<sup>4</sup>Self pode ser traduzido para português como “si” (representação de si) ou “próprio” (o Próprio), mas será aqui sempre usado o inglês original e sem distinção gráfica, pelo seu significado e relevância teórica e histórica. A origem do uso, significação e demarcação teórica serão melhor abordados nos capítulos teóricos referentes a Heinz Hartmann, Edith Jacobson e Otto Kernberg.

maus objectos ou à origem do sofrimento intolerável, levando a que por um lado o ataque do indivíduo a si próprio seja facilitado (um corpo que é não-eu) e, por outro, à noção de que a sobrevivência de um bom self depende do ataque e destruição daquilo que contem o que é perigoso e ameaçador para a integridade mental. Ou seja, surge a fantasia de que a sobrevivência é apenas possível pelo suicídio. Como diz M. Seager (2008), uma dor mental avassaladora não pode ser suportada sem a disponibilidade de objectos suficientemente bons, internos e externos. Se estes não estiverem disponíveis, haverá a formação de defesas que tentam desligar o indivíduo dessa dor.

As circunstâncias da vida do indivíduo causam dor mental porque colocam em marcha constructos internos dolorosos ligados à perda, ferida narcísica, culpa e falha. Estes constructos estabelecem-se ao longo da vida por internalizações de experiências negativas. Condicionam uma orientação negativa em relação à realidade, levando a uma interpretação igualmente negativa daquilo que é percebido e a uma limitação das capacidades de lidar com as situações e acontecimentos. Na descrição do autor, mesmo cognitivamente, é tendência destas pessoas o encurralarem-se em situações, escalarem o peso dos conflitos e destruírem relações e factores que lhes poderiam servir de alívio e suporte, resolução ou escape não-destrutivo.

Orbach identifica as seguintes características nos constructos internos produtores de dor mental:

- a) Representações negativas do self e dos outros
- b) Uma sensibilidade aguda a gatilhos e situações específicas desencadeadoras de dor, como perda, ferida narcísica, culpa e fracasso
- c) Definições próprias de como a vida vale ou não vale a pena ser vivida
- d) Tendência para a destrutividade, reflectindo padrões habituais de auto-agressão que minam o sentimento de bem-estar

Maltsberger (2008), lançando mão do conceito de Mundo Representacional de J. Sandler e Rosenblatt (1962), refere a importância do impacto da agressividade no aparelho psíquico e a consequente regressão ou estilhaçamento desse aparelho se a agressividade não for neutralizada. Quando há objectos internos com grande carga agressiva, três condições associadas ao suicídio podem ocorrer:

- a) Esses objectos ligam-se ao sistema superegoico e promovem a crueldade dirigida contra o self, recriminação e atitudes autodestrutivas
- b) Quando influenciam o self-corporal, originam alienação e repulsa em relação a si.
- c) Objectos internos livres e hostis, que se constituem como perseguidores internos e/ou externos, aquando da acção de mecanismos projectivos

A questão da desintegração à luz da psicopatologia psicodinâmica lança a questão sobre o tipo de fundo de personalidade contra o qual tal desintegração acontece. Como diz D. Bell, *“a doença e colapso são vistos como desenvolvimentos que surgem de uma estrutura de personalidade particular quando exposta a stress advindo de fontes internas e externas”* (D. Bell, 2008, pág. 58, nota 2). A mesma linha de pensamento é defendida por G. Gabbard (1994; pág. 80) ao referir-se ao problema do diagnóstico de psicopatologia: *“Porque toda a doença se desenvolve a partir de uma personalidade pré-existente, têm de ser feitas considerações de como um diagnóstico de personalidade do Eixo II<sup>5</sup> contribui para os síndromes do Eixo I”*.

A questão estrutural é especialmente importante em termos de diagnóstico, prevenção, tratamento e aspectos que se lhe relacionam, por exemplo, contratransferências do terapeuta, equipa e instituição ou serviço. A necessidade de fazer uso da compreensão da contratransferência enquanto forma de comunicação do paciente, especialmente se severamente regredido (B. Joseph, 1985) é particularmente importante no que toca a pacientes com fantasias suicidas (O. Kernberg, 1984; J.T. Maltzberger, 1999; M. Seager, 2008; A. Heyno, 2008). No entanto, e para tal, há a necessidade de compreender a dinâmica subjacente às fantasias de morte e a função das comunicações e seus significados.

Assim, ideação suicida está associada não só ao processo de suicídio mas muitos são os autores que a contextualizam no decorrer de um processo psicopatológico, na confluência da integração da realidade, representação e significação da mesma no aparelho psíquico do indivíduo, das suas próprias representações de si e dentro dos limites das possibilidades traçadas pelas linhas de fractura próprias do seu tipo de personalidade.

---

<sup>5</sup> Eixos diagnósticos do DSM-IV

Os fenómenos e processos referidos pelos autores acima citados parecem também ser características muito próximas daquilo que os autores americanos designam por “Organização Borderline da Personalidade”. Designação originalmente introduzido por Otto Kernberg em 1967, esta refere-se a uma organização de carácter, funcionamento e nível desenvolvimental com as seguintes características gerais (S. Akhtar, 1995):

- a) Difusão de identidade
- b) Predominância de acções defensivas do ego centradas na clivagem
- c) Desenvolvimento psico-afectivo arrestado no processo de separação/individuação, com conseqüente falta de constância do objecto e representação integrada do self
- d) Elevada agressão pré-genital (não sublimada em competitividade, assertividade, etc.)
- e) Forte colorido pré-edípiano do complexo de Édipo

A Organização Borderline da Personalidade não corresponde ao diagnóstico descritivo de Perturbação Borderline da Personalidade do DSM. Se a Organização Borderline está sempre presente em todos os casos de Perturbação Borderline, nem todos os indivíduos organizados dessa forma apresentarão tal perturbação. A Organização Borderline pode ser pensada como o nível desenvolvimental ou de organização de carácter subjacente à tipologia de Perturbação Borderline, assim como a outras tipologias de Perturbações de Personalidade.

Do ponto de vista da Teoria de Relações de Objecto, tal como definida por Kernberg, a estrutura da personalidade resulta de uma interiorização do que é relacional (com as figuras cuidadoras iniciais) e, uma vez estabelecida essa internalização, tal estrutura expressa-se interpessoalmente. As relações de objecto internas são então como que um molde que determina os sentimentos, crenças, expectativas, medos, desejos e emoções no que diz respeito a relações interpessoais (A. Horner, 1991).

Segundo Kernberg, a personalidade organiza-se e estabelece-se por processos de internalização e síntese de representações do self e do objecto, conjuntamente com os afectos que se lhe associam. O resultado final corresponde a um nível de organização da personalidade com uma estrutura específica. À noção de estrutura correspondem configurações relativamente estáveis de processos mentais ou, dito de outra forma, a relações de objecto internalizadas.

Kernberg (1984) propõe a existência de três organizações estruturais gerais da personalidade: neurótica, borderline e psicótica. Qualquer uma destas organizações estruturais tem por função estabilizar o aparelho psíquico, servindo de mediadora entre os aspectos etiológicos da doença mental e os sintomas comportamentais dessa mesma doença:

Independentemente dos factores genéticos, constitucionais, bioquímicos, familiares, psicodinâmicos ou psicossociais que contribuem para a etiologia da doença, o efeito de todos estes factores são a certa altura reflectidos na psicoestrutura do indivíduo, que se torna então a matriz subjacente do desenvolvimento de sintomas comportamentais (pág. 5).

Correspondendo os três graus de organização estrutural a graus de gravidade crescente, a organização neurótica é aquela que apresenta aquilo que pode ser entendido como “normal”. Correspondem a este nível as seguintes características, incluídas na tabela 3 (O. Kernberg, 2004).

Tabela 3 - Organização Neurótica da Personalidade (“Normalidade”)

<p>1 – Conceito integrado do self e dos outros significativos identidade do ego:</p>	<p>A integração do self permite uma normal auto-estima (nem demasiadamente baixa, nem demasiadamente invulnerável às desconfirmações da realidade), o sentir-se bem consigo mesmo, o gosto pelo viver, a capacidade de perseguir e realizar desejos e estabelecer compromissos duradouros.</p> <p>A visão integrada dos outros significativos permite uma correcta avaliação desses outros, a capacidade de empatia e investimento emocional e uma dependência madura sem ameaça para a noção de autonomia.</p>
<p>2 – Força do ego:</p>	<p>Manifesta-se pela diversidade de disposições afectivas e a capacidade de as sentir, na possibilidade de controlo de impulsos, na capacidade de os sublimar no trabalho e na relação com os outros. Traduz-se então na consistência, persistência e criatividade na relação com o trabalho e os outros, sendo possível confiar nesses outros, ser recíproco e poder comprometer-se com eles.</p> <p>Depende largamente da identidade egoica e do nível de integração superegoica.</p>
<p>3 – Superego maduro e integrado:</p>	<p>Consiste na internalização de um sistema de valores estável, despersonalizado, abstracto, individual e não dependente de proibições do inconsciente infantil.</p> <p>Traduz-se na capacidade de ter consciência de responsabilidade, na autocrítica realista, na integridade e flexibilidade na tomada de decisões e no compromisso com valores, ideais e normas.</p> <p>Contribui para funções egoicas como a reciprocidade, confiança e investimento emocional em relações profundas e duradouras.</p>
<p>4 - Gestão apropriada e satisfatória de impulsos libidinais e agressivos:</p>	<p>Em termos dos impulsos libidinais, expressa-se pela capacidade de expressão de necessidades sexuais e sensuais integradas em compromissos emocionais de ternura em relação ao outro amado e numa idealização normal desse outro e da relação estabelecida com ele.</p> <p>Em relação aos impulsos agressivos, expressa-se na capacidade de sublimar a agressividade sob a forma de assertividade, na capacidade de resistir a ataques sem retaliação excessiva mas sendo capaz de se proteger e na capacidade de não ter de virar a agressividade contra si mesmo.</p> <p>Estas capacidades dependem do equilíbrio do aparelho psíquico e das funções de um ego e superego bem integrado</p>

Desta forma, a organização neurótica é, das três, a mais capaz de se ajustar à realidade (interna e externa), de procurar e manter vínculos significativos com os outros e, com isso, ser mais resistente às adversidades a que se possa ser sujeita.

Para além destas características, e seguindo uma mesma linha teórica, Horner (1990) refere-se à organização saudável da personalidade como aquela que, pelo nível de integração que demonstra, não está sujeita à fragmentação ou desorganização, algo mais característico e próprio de um nível borderline.

N. McWilliams (1994) clarifica esta afirmação um pouco genérica referindo que mesmo a pessoa mais saudável pode apresentar reacções psicóticas temporárias se sujeita a níveis de *stress* suficientes. No entanto, existe este contraste entre o aspecto temporalmente circunscrito da reacção e a prevalência das características estruturais, que são estáveis ao longo do tempo. Enquanto o nível neurótico é mais resistente à desestruturação, o nível borderline revela uma coesão do self muito menor. É também menos adaptativo e tem dificuldades a nível do estabelecimento de relações interpessoais que possam servir de apoio e escudo aos embates com as contingências da realidade. Esta questão obriga a uma ponderação mais cuidada do que se entende por loucura e como ela estruturou o pensamento psicodinâmico desde Freud. Será por isso retomada mais adiante.

As características mencionadas pelos autores acima citados relativas ao início e progressão do processo de suicídio parecem descrever vivências, funcionamentos, características e consequências de funcionamentos que Kernberg agrupa sob a Designação de Organização Borderline da personalidade, especialmente no que se refere à coesão do self, resistência à frustração, qualidade de relações interpessoais e processos defensivos. Desta forma, pelas características deste funcionamento, será natural pensarmos que este tipo de carácter mais frágil é mais sujeito ao aparecimento, prevalência e intensidade de ideação suicida do que numa organização de carácter mais madura.

O suicídio e, muito antes disso, a ideação ou fantasias de suicídio surgem então como sintoma de uma organização mental e de funcionamentos que podem ser tidos como patológicos e que determinam significações, emoções, pensamentos, acções e relações do indivíduo com os outros e consigo mesmo, quer no plano mental, quer na sua relação do

mental com o somático. Tal constitui-se numa noção de psicopatologia com contornos próprios, pelo que é necessário considerar o que se entende por psicopatológico e, assim, qual o lugar, lógica e significado de um sintoma. Tais questões serão abordadas nos capítulos seguintes.

Por agora, e de qualquer forma, o suicídio-sintoma enquanto acto ou intenção de colocar fim à própria vida é, a nosso ver, suficientemente radical para não colocar grandes questões no que diz respeito à dificuldade de estabelecer os limites do que é doença ou patológico, do ponto de vista do potencial biológico, psicofisiológico ou mesmo, até certo ponto, mental. Enquanto o anormal pode não ser necessariamente patológico, ou uma patologia pode surgir da tentativa de manutenção da integridade psíquica do indivíduo, um conceito de doença mais próprio das ciências biológicas, e implícita em muitas das teorias da mente, pode aqui ser aplicado. No dizer de C. Mota Cardoso (2002):

O estado fisiológico encerra em si a potencialidade de admitir a passagem para novas normas, visto ter a capacidade de se adaptar continuamente às flutuações do seu meio, impelindo o ser para diante a caminho da saúde. Ao invés, a doença implica sempre a precariedade das normas de vida e a redução da tolerância do ser vivo face às flutuações do meio onde a vida evolui (pág. 76).

No caso do suicídio, fim autoimposto da vida, o acto marca então a intolerância às flutuações do meio ou a incapacidade de se adaptar a elas. No entanto, a Pessoa é mais que o biossocial, existe uma dimensão mental, psicológica, que é, em grande medida, o lugar da actualização e significação do meio social (que e como é esse meio na vivência pessoal) e biológico (que limitações e potenciais concorrem para o carácter e características heredoconstitucionais da Pessoa que vive e existe). Assim, as suas múltiplas dimensões bio-psico-sociais impõem aqui uma dificuldade acrescida porque o meio onde a vida evolui é tanto interno como externo, e ambos se influenciam interactivamente.

Que questões nos levam então a vectorizar o suicídio como expressão de uma situação que se constitui como o real problema, pois é ela o solo fértil para tal acto radical, e porque nos parece ser esta, do ponto de vista psicopatológico, a questão fundamental?

Segundo Ghosh e Victor (2005) muitas das pessoas que cometem suicídio estão doentes psiquiatricamente no momento em que cometem o acto. A percentagem desta ocorrência situa-se nos 90%, distribuindo-se os restantes 10% por pessoas que sofreram uma perda importante nas suas vidas (interpessoal, financeira ou de estatuto social como uma despromoção ou perda de emprego). Apenas 5% dos suicídios surgirão de situações de doença crónica física dolorosa e de um respectivo acto de eutanásia.

Estes 10% de casos onde não se verificam uma clara doença mental não excluem definitivamente a sua presença, apenas parecendo indicar a dificuldade em a afirmar. Ernst e colegas (2004), num estudo de 168 casos de suicídio consumado, verificaram um resultado semelhante de 10% de casos sem aparente doença psiquiátrica aquando do acto. No entanto, e depois de uma melhor análise, tal parece ficar-se a dever a falhas nos instrumentos de diagnóstico normalmente utilizados e na presença de patologias mais difíceis de estabelecer, como aquelas que recaem no Eixo II do DSM-IV. Concluem nesse trabalho que, provavelmente, todos os casos de suicídio surgem associados a alguma forma de desordem psiquiátrica. As mais comumente presentes são as desordens depressivas e o alcoolismo. A toxicoddependência, esquizofrenia e desordens de personalidade são as outras situações mais frequentes (Gelder et al., 2006).

Por outro lado, Luoma e colegas (2002 in Hale, 2008) chamam-nos à atenção para a questão de que este tipo de estudos feitos pela Psiquiatria recai apenas em 30% dos casos de suicídio, sendo esta a percentagem do total de casos que passaram pela especialidade no último ano de vida. Olhando depois para o último mês de vida, os autores verificam que apenas 20% dos casos estabeleceram algum tipo de contacto com serviços de saúde, sendo que dentro desta percentagem reduzida, 50% foram atendidos por clínicos gerais.

Em estudos de seguimento de pacientes admitidos em Urgência Psiquiátrica por tentativa de suicídio, verifica-se que a frequência de regresso à Urgência pelo mesmo motivo se mantém relativamente constante, com uma elevada percentagem deste tipo de pacientes a conseguirem, a certa altura, efectivar o acto.

Uma questão que nos parece ser menos considerada na discussão da ligação entre Doença Mental e Suicídio é exactamente qual o referencial por onde se significa o conceito de

Doença Mental. Por outro lado, uma listagem demográfica, com distribuições e agrupamentos biográficos ou epidemiológica, com causas internas ou externas e suas correlações aparentes ignora os mecanismos pelos quais tais correlações se estabelecem na individualidade da Pessoa. Ignora também o aspecto dinâmico do desenvolvimento de situações de psicopatologia ao longo do espectro de gravidade ou de primitividade dinâmica. Não toca também na vivência pessoal e na forma como o indivíduo constrói e influencia o seu meio, da mesma forma que não considera a interacção recíproca na construção e estabilidade individual.

No que diz respeito ao acto suicida, o que se perde com tudo isto é a noção de que este é um acto com significado e propósito (E.S. Scheidman, 1985; J. Baechler, 1979), que acontece num contexto interactivo de falhas relacionais (R. Hale, 2008). Assumindo este referencial, não há diferença entre suicídio efectivo e tentativa de suicídio, muitas vezes relegada para a categoria de para-suicídio. Isto é importante porque, como diz Dias Cordeiro (2003; pág. 133), *“É que não há nenhuma tentativa de suicídio, por mais que pareça e seja um apelo ou uma chamada de atenção, que não deva ser considerada grave”*.

Hale (2008) considera o suicídio (ou tentativa) como um sintoma que resulta da interacção entre personalidade e factores ambientais. Citando Apter (2004), refere que, havendo associação entre psicopatologia e suicídio, um classificação meramente descritiva encontra uma baixa associação entre um diagnóstico específico e o acto. Esta é uma das razões pela quais, parece-nos, é necessário considerar não só o aspecto comportamental, mas os contextos internos e externos da pessoa na prevenção, contenção e ponderação do risco.

Este ponto de vista relacional e interactivo dos aspectos internos e externos do paciente com o seu ambiente e contextos parte de uma lógica e epistemologia diferente da análise científica tradicional (positivista) de isolamento de variáveis, ou da noção que tendo o conhecimento completo de todos os factos num determinado ponto do tempo, se poderá prever estados futuros. E assim sendo, as “causas de suicídio”, pelo menos do ponto de vista da compreensão clínica, não podem ser identificadas isoladamente ou atribuídas meramente a uma configuração de situações com alta prevalência estatística. Eventualmente úteis em planos de políticas de prevenção, de pouco nos servem a nível da avaliação ou intervenção terapêutica com o paciente individual.

Esta última questão prende-se com uma outra noção: a de que o suicídio surge de um processo psicopatológico, com agravamento de ansiedades, angústias, prejuízos no funcionamento da pessoa e sofrimento psíquico. Se não considerarmos estes factores, caímos no que Seager (2008) classifica como atitude paranoide defensiva dos Serviços de Saúde em relação ao suicídio. Segundo o autor, esta atitude encara o suicídio apenas do ponto de vista do risco do acto que se pretende defensivamente nulo pela culpabilidade e crítica persecutória que mobiliza em relação às suas acções e capacidades.

Pelo contrário, continua Seager, os serviços de Saúde Mental e os clínicos que deles fazem parte deveriam considerar a segurança psicológica do paciente não de um ponto de vista forense (risco e perigosidade), mas do ponto de vista do significado original da palavra latina “*securus*”: calmo e livre de preocupações. Esta questão vai aliás de encontro a outra das nossas preocupações: o suicídio insere-se numa situação de sofrimento psicológico resultante de uma descompensação, mas este sofrimento raramente resulta em actos suicidas. No entanto, resulta muitas vezes em quadros psicopatológicos que merecem a nossa atenção, na preocupação genuína pelo paciente. Toda a psicopatologia encerra alias alguma forma de suicídio, morte ou silenciamento de uma parcela da totalidade vivencial.

Do ponto de vista da Psicopatologia, a noção relacional e de interacção sujeito/ambiente é igualmente defendida por vários autores como o caminho necessário a seguir à compreensão de cada situação. Por exemplo, Pio de Abreu (1997) considera que a sistematização do conhecimento sobre o paciente deveria seguir não só as noções de interacção, como também os objectivos clínicos da psicopatologia. Nesta lógica, começar-se-ia pela observação do paciente e depois pela tentativa da compreensão das suas vivências, uma vez estabelecido e avaliado o contacto e a consciência. Daqui partir-se-ia para o entendimento da realidade, tal como o paciente a concebe. Neste processo estabelece-se o compreensível e incompreensível, em termos de conectar factos a motivos, para finalmente tentar submeter esses dados aos modelos e teorias disponíveis.

Considerando-se a interacção clínico/paciente, a psicopatologia é avaliada segundo quatro perspectivas:

1. O paciente como objecto significativo para o clínico
2. O paciente como objecto de si próprio, tal como é compreendido ou explicado pelo clínico

3. As inclinações ou intencionalidade significativa do paciente para com os objectos.
4. A apercepção dos objectos (realidade) pelo paciente.

Este autor considera então que a Psicopatologia assenta no conhecimento das vivências do paciente e dos estados de espírito que as constituem. Indo estes estados de espírito de sentimentos a sensações, todos se relacionam com objectos, uma vez que ter consciência é ter consciência de algo. Esta é então uma outra razão pela qual não é possível conhecer a vivência do indivíduo sem avaliar o seu mundo e contextos.

É curioso notar as semelhanças deste esquema de Pio de Abreu com o de Henri-Ey (H. Ey e cols, 1965) relativamente à formação de um sentido de identidade do Eu. Segundo os autores, esta identidade é construída por quatro instâncias sucessivas do Eu:

- O Eu como sujeito do seu próprio conhecimento
- O Eu como artesão do seu próprio mundo
- O Eu como autor da sua própria pessoa
- O Eu como dono do seu próprio character

Na nossa opinião, existe então uma dimensão implícita ao esquema de Pio de Abreu, que se refere também à identidade do Eu do clínico enquanto agente significativo. Repare-se que as três últimas perspectivas se referem todas elas ao paciente, mas este paciente é, na primeira dimensão, o paciente enquanto objecto significativo do clínico. Este significado tem de ser apostado aos significantes do clínico e estes, por sua vez, têm de ser também pensados pelo clínico em termos da relação que se está a desenvolver. Isto porque *“A psicopatologia é sempre relacional, e sempre avaliada na relação e pela relação (seja pelo terapeuta, seja pelo paciente)”* (C. Amaral Dias, 1995, pág. 15)

Pio de Abreu parece assim convergir uma identidade do Eu do clínico e do Eu do paciente num “Eu identitário” da psicopatologia que resulta da intersecção das duas esferas pessoais privadas (mas em que uma, a do paciente, se torna mais ou menos pública) numa área partilhada na relação clínico-paciente, com reflexos para essas mesmas áreas pessoais privadas.

McWilliams (1994), autora que parte sempre de um ponto de vista psicodinâmico, considera que as vantagens de estabelecer um diagnóstico com base nesta postura clínica relacional dados são as seguintes:

1. Utilidade no planeamento do tratamento
2. Informação implícita que proporciona sobre o diagnóstico
3. Protecção do consumidor pela melhor escolha do tipo de terapia para o paciente, tendo em conta as expectativas e a posição do paciente sobre o seu problema, o que se reflecte no seu investimento no processo terapêutico
4. Habilitar o terapeuta a comunicar empaticamente com o sofrimento do paciente
5. Prevenir fugas ao tratamento por razões que se prendem com a psicopatologia da pessoa (por exemplo, pacientes hipomaniacos)
6. Outros benefícios laterais que facilitam a terapia.

Continua a autora que O quarto ponto (habilitar o terapeuta a comunicar empaticamente) é especialmente importante aquando da avaliação de intenção de suicídio. Existem protocolos de intervenção em crise que permitem uma boa avaliação do risco real de acto suicida num grande número de casos, e daí tomar a decisão da necessidade ou não de internamento destes pacientes. Estes protocolos são construídos em tornos de pergunta básicas sobre o plano de suicídio do paciente, os meios que pondera utilizar para o acto e a avaliação da sua letalidade. No entanto, pacientes *borderline*<sup>6</sup> tendem a falar da sua morte como forma de obterem reconhecimento e preocupação por parte dos outros. Isso servir-lhes-á de contrapeso para os sentimentos de vazio e rejeição-perseguição que sentem (Coimbra de Matos, 2002).

Desta forma, e face a um protocolo de avaliação de risco que se centra no conteúdo e na obtenção de respostas a perguntas pré-formuladas e que se pretendem ver objectivamente respondidas, um paciente deste tipo não será reconhecido no nível da sua significação de conteúdos. Pode assim sentir-se ainda mais desesperado por encontrar um técnico que não presta atenção ao que ele realmente quer transmitir. O risco que se instala é o de este paciente começar a sentir que têm mesmo de demonstrar o suicídio em vez de falar dele (McWilliams, 1994).

---

<sup>6</sup> McWilliams usa aqui o termo *borderline* não no sentido descritivo da CID-10 ou DSM-IV, mas essencialmente como nível ou organização estrutural da personalidade, tal como usado por Kernberg (1984)

Esta questão remete-nos então de novo para o valor, qualidade e lugar do sintoma. O valor do sintoma é reduzido e bastante limitado nos casos de desordem de personalidade, sendo mais útil nos casos de psicose e grandes desordens afectivas (O. Kernberg, 1984). Esta questão não tem a importância de uma referência secundária, já que os casos de desordem de personalidade são bem mais numerosos que os outros. Por exemplo, a esquizofrenia apresenta uma prevalência de 0,5 a 1% a nível mundial (C. Mota Cardoso, 2002) contra o dobro da percentagem das Desordens de Personalidade Borderline (J. Paris, 1999) ou os 11% de psicopatologia esquizotípica encontrados numa amostra randomizada não clínica (M. Lenzenweger, 1999)

O sintoma, se equacionado a tudo o que há a dizer sobre psicopatologia, pode mesmo constituir-se como um perigo para o paciente. Kernberg justifica tal afirmação com o exemplo do caso de um paciente borderline com desordem afectiva superimposta a este distúrbio de personalidade, admitido em urgência psiquiátrica por tentativa de suicídio. Quando recuperado de um episódio de depressão psicótica aguda pode apresentar melhorias sintomáticas tão evidentes que, juntamente com as pressões socioeconómicas, políticas e de gestão a que os médicos estão hoje sujeitos, “merece” e recebe alta hospitalar. No entanto, esta alta é não só prematura como se torna também um grande factor de encorajamento de suicídio, sendo esta uma das alturas em que a vida de pacientes deste tipo corre maior perigo (O. Kernberg, 1984).

Embora Kernberg fale da realidade nos Estados Unidos da América, também em Portugal Dias Cordeiro (2003) chama à atenção para o facto de que o risco de suicídio é maior na semana posterior à admissão hospitalar e *no mês imediatamente a seguir à alta*, e que quarenta e dois por cento dos pacientes que tiveram essa alta cometeram suicídio nos seis meses seguintes.

Assim, e independentemente da qualidade, validade ou fiabilidade de instrumentos de avaliação objectiva de intenção e perigosidade de intenção suicida, tais instrumentos falham pela sua própria filiação teórica na eventual adequação a certos paciente. Particularmente relevantes para este ponto são os casos de organização *borderline* da personalidade, onde o acto suicida tem um significado muito próprio que choca com a própria avaliação despersonalizada (porque estandardizada), podendo esta mesma avaliação ser um perigo nela mesma. A contenção de uma relação terapêutica, seguindo este raciocínio, para além de ser

necessária no aspecto remediativo (gradual e não necessariamente o ideal de “cura”) de grande parte dos casos de psicopatologia (não há acordo quanto à extensão da sua aplicação a todos os quadros) é das melhores possibilidades que o paciente tem de ser correctamente avaliado na sua intenção e, por isso, manejado em momentos de crise. A relação continuada e próxima com o paciente permite formar uma ideia muito mais rica, aproximada e actualizada do paciente, possibilitando uma melhor exploração da gravidade da depressão, do plano de suicídio, dos afectos que o acompanham, etc.

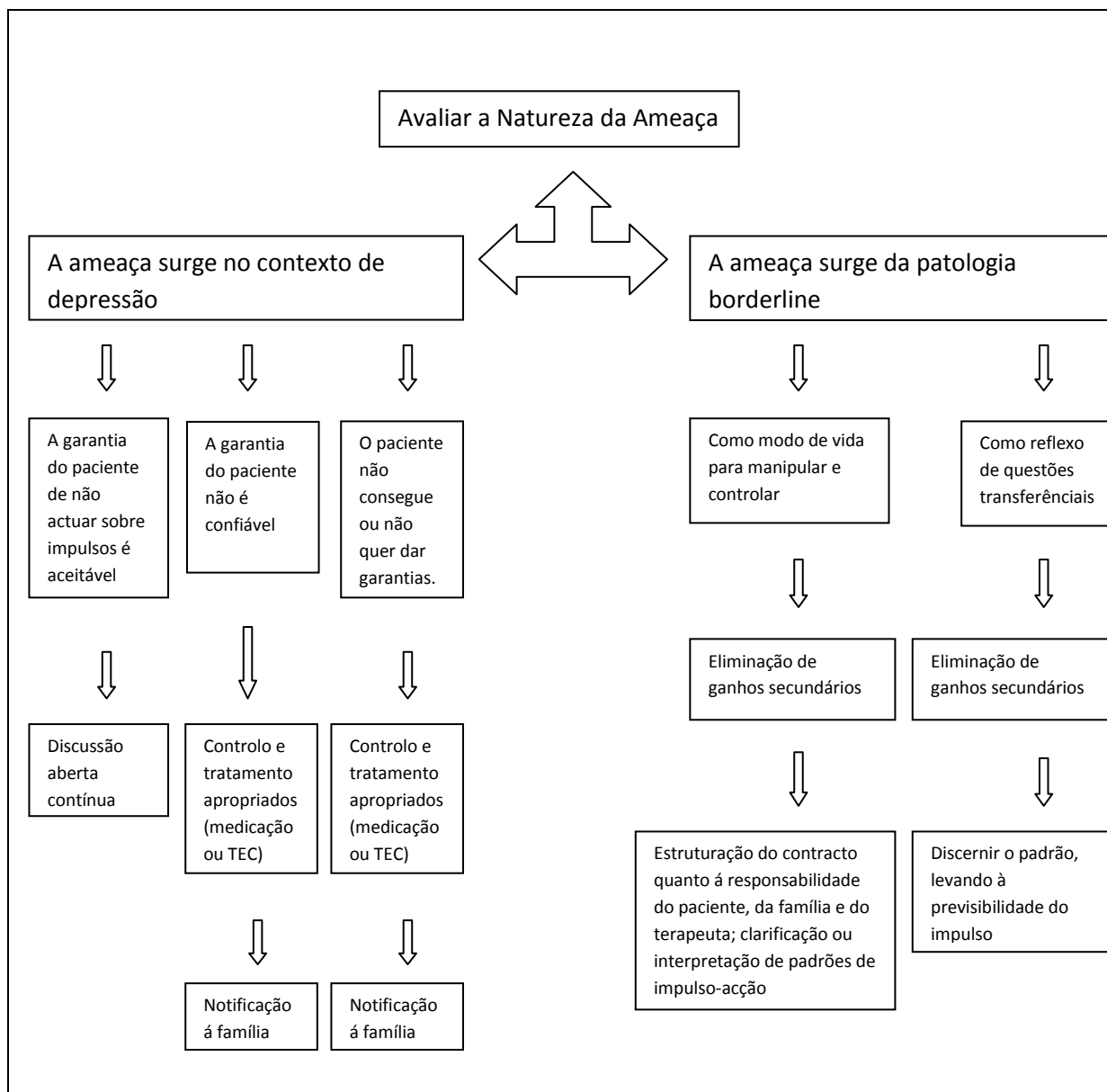
Mesmo assim, 73% dos pacientes que comentem suicídio, e que estão a ser seguidos em terapia ambulatoria, não referem qualquer ideia suicida nas últimas sessões (Dias Cordeiro, 2003). Acrescente-se também que o grau de gravidade de depressão, raiva, impotência, etc., não é um indicador directo do perigo de passagem ao acto uma vez que a capacidade de controlo de impulsos varia de paciente para paciente com graus semelhantes de gravidade e qualidade de afectação emocional.

Diz Kernberg, a propósito de ameaças de suicídio e comportamentos suicidas em pacientes borderline e da sua capacidade de controlar os seus impulsos, especialmente quando severamente deprimidos, que “*O julgamento do terapeuta sobre esta questão baseia-se na qualidade da relação com o paciente e na confiabilidade dos compromentimentos verbais do paciente, tendo em vista os seus aspectos impulsivos, anti-sociais, desonestos, paranóides, esquizoides ou psicóticos*” (O. Kernberg *et al.*, 1991; pág. 160). No caso de dúvida, o terapeuta tem a possibilidade e responsabilidade de iniciar ou referenciar o paciente para tratamentos mais radicais que nunca serão um exagero, uma vez postas as dúvidas e a implicação do risco na balança. Incluem-se aqui, e segundo o autor citado, a medicação, hospitalização e mesmo tratamentos electroconvulsivos.

Se o paciente estiver então enquadrado por uma relação terapêutica, existe ainda a possibilidade de diferenciar o verdadeiro paciente suicida do para-suicida, este último aquele a que Kernberg chama o “suicídio como forma de vida do paciente borderline” (O. Kernberg, 1984, 2004). Consegue-se também com isto um afinar da acção psicoterapêutica e de medidas de contenção de risco pela detecção de uma forma de estar e de se relacionar do paciente (o paciente que exige compensações, que mobiliza essas compensações pelo controlo, chantagem e escravização do outro pela sua demonização destrutiva).

O autor propõe a seguinte sequência de avaliação e decisão na abordagem da ameaça de suicídio do paciente (Figura 1):

Figura 1- Arvore de decisão na abordagem do paciente que ameaça suicídio



Enquadrado assim o suicídio como sintoma de psicopatologia, falta agora esclarecer o que é a psicopatologia, ou que hipóteses existem para a pensar.

## II. Psicopatologia: dos paradigmas a uma escolha

De forma geral, encontramos frequentemente dois tipos de referência a psicopatologia, quase polares na relação entre si. Uma que corresponde à disciplina classificativa, na tradição do pensamento e da forma de trabalho de Kraepelin com os seus pacientes; uma outra que constitui mais um adjectivo sinónimo de “os problemas do paciente, tal como sentidos por ele e que o diminuem no seu potencial como pessoa”. As origens também nos parecem acontecer em dois tipos diferentes de ambiente de trabalho: o asilo psiquiátrico e o consultório privado.

Ambas as noções se tocam de alguma forma, mas não são necessariamente coincidentes. Os sinais e sintomas discretos de Kraepelin e os poucos dados subjectivos necessários para preencher critérios do DSM-IV ou CID-10 inserem-se numa forma muito diferente de ver os “problemas do paciente” decorrentes, por exemplo, dos factos clínicos que permitiram Freud fundar a teoria psicanalítica e a sua forma de olhar a psicopatologia. Os desenvolvimentos de Freud permitiram-lhe, por sua vez, definir ainda outros factos clínicos que antes não eram observáveis ou identificáveis enquanto factos. Freud é o primeiro a abordar a psicopatologia de forma psicoterapêutica, pelo menos de uma forma consistente e cuja influencia imprimiu um profundo e duradouro impacto no pensamento ocidental. Várias escolas psicoterapêuticas surgiram depois, brotando por vezes de um claro antagonismo às suas ideias originais, outras seguindo paradigmas e vias completamente diferentes. No entanto, não existe nenhuma escola psicoterapêutica que possa dispensar uma concepção de psicopatologia. Seria de outra forma impossível seleccionar, observar e construir os seus factos, conceber mecanismos de adoecer e de mudança e, assim, uma técnica que lhe seja própria e identitária.

Atrás referimos que é relativamente aceite que o suicídio se insere em situações psicopatológicas. A ponderação fenomenológica<sup>7</sup> e descritiva dos vários quadros em que o suicídio se inscreve é necessária aquando de situações de crise e do seu manejo médico, com

---

<sup>7</sup> O uso da palavra fenomenologia neste trabalho carece de algum esclarecimento. Existe uma Psicopatologia Fenomenológica, baseada na corrente filosófica de Husserl e no tratado seminal de Karl Jaspers. O uso que aqui predominantemente fazemos do termo “fenomenológico” não é esse, mas antes o do termo geral tal como usado pelos autores que aqui seguimos e citamos de mais perto. Nas palavras de Eigen (1993)

A Psicanálise tem usado este termo para se referir ao nível descritivo do estudo, que é assumido como o primeiro nível de abordagem a um assunto. Primeiro encontra-se o “quê” (fenomenologia), depois o “como” (psicodinâmica), e, finalmente, o mais profundo e fundamental “como” (etiologia, causalidade, raízes histórias) (pág. 79).

O uso do termo fenomenologia no sentido de Jaspers será identificado no seu contexto, aquando da nossa referência a essa forma de pensar filosoficamente. Excluindo essa passagem, fenomenologia refere-se, neste trabalho, àquilo que Eigen identifica na citação. Uma vez que a descrição parte de um referencial, e o referencial dos autores que irão ser maioritariamente citados não é o Existencialismo de Husserl, tal fenomenologia não é sobreponível a Jaspers ou a qualquer outro teórico que se lhe siga.

a ponderação de consequentes internamentos, terapêuticas psicofarmacológicas ou tratamentos electroconvulsivos. Mas o problema do paciente, ou melhor dizendo, para o paciente, não é o comportamento suicida, esse é o problema de quem tem de tomar decisões e lidar depois com as consequências dessas decisões. O problema do paciente é a sua forma de viver e sentir, ou a impossibilidade de o fazer.

Defendemos no capítulo anterior que as dificuldades pessoais do paciente, e a insuportabilidade da dor decorrente, advêm da sua organização interna que lhe dificulta o convívio satisfatório consigo e com os outros. Sendo esses convívios de uma natureza que é sempre conflitual (porque o Paraíso cabe apenas do ideal do Mito), as dificuldades específicas decorrentes das (im)possibilidades estruturais levam a sofrimentos mentais de um tipo particular e/ou à indução de sofrimento nos outros. O desempenho satisfatório de papéis, a auto-regulação, a procura e manutenção de relações íntimas significativas e a possibilidade de pensar sobre si e sobre os outros são tudo possibilidades que se encontram limitadas.

Este nível<sup>8</sup> de psicopatologia, ou de organização interna, é omnipresente em todos nós. Freud chamava-lhe as linhas de fractura invisíveis, tal como as linhas de fractura de um diamante (S. Freud, 1933). Aplicada suficiente pressão, e a essa pressão atribuiremos aqui a noção de conflito e o que dele imana, o diamante quebrar-se-ia por essas linhas microscópicas. Mas um diamante é um objecto inanimado, sem qualquer palavra ou acção sobre o martelo que está prestes a bater-lhe. Já num ser humano, o caso torna-se mais complicado: o limite de pressão suportável depende da sua capacidade de tolerância e, isso, depende da sua estrutura e do grau de maturidade do seu arsenal defensivo, e da forma de interpretar, significar e valorizar o que acontece fora e dentro de si. Esta estrutura, por sua vez, deriva de uma maior ou menor potencialidade biológica mas, ao contrário das leis da física e da química que determinam, sob certas condições do meio, as ligações dos átomos de carbono num arranjo a que chamamos diamante, o ser humano é também ele participante, agente dessas condições. As condições do meio responsáveis pela desenvolvimento de uma estrutura de carácter ou personalidade correspondem às capacidades de uma mãe ser suficientemente boa, de uma pai ser suficientemente bom, correspondem também às possibilidades de um meio socioeconómico e sociopolítico e às oportunidades e acasos, ora bons, ora maus, que acontecem ao longo da vida. E já que não somos uma tábua rasa no

---

<sup>8</sup> Achamos útil a distinção de Kernberg (1984) e McWilliams (1994) entre nível e tipologia de psicopatologia. Este assunto será mais bem explorado á frente mas, por agora, refira-se que esta concepção concebe a existência de qualquer tipologia (derivada do conflito específico) inscrita ou contextualizada por um nível estrutural ligado a uma maturidade desenvolvimental própria e identificável.

momento do nascimento, ao contrário do que já se pensou, temos alguma influência na significação do que nos é externo em termos do que é constituído e sentido como suficientemente bom ou não. É em função da nossa estrutura interna que sentimos algo como suficientemente bom ou intoleravelmente mau, dentro dos limites possíveis do humanamente aceitável. É esta estrutura significativa que determina o significado do que vemos, vivemos e sentimos, sintomas incluídos. Estes sintomas, o suicídio por exemplo, têm esta valoração pessoal. O acabar com a própria vida tem a lógica própria de quem se organizou e organiza o seu mundo de determinada forma.

Em termos de tratamento e ajuda, o nosso conhecimento actual é reduzido e os instrumentos insuficientes. Não se pode fazer mais nada a quem se suicida eficazmente que não seja um funeral digno. Dessa forma, a intervenção médica, mesmo que compulsiva, é necessária e a única via que pode evitar o pior. E pouco mais se pode fazer que isto. As distorções pessoais do viver e sentir do paciente, próprias da sua estrutura, regressam no momento em que a medicação for interrompida. Podem mesmo ser especialmente perigosas nesta altura, tal como nos alerta Kernberg (1984) e já acima referido.

A psicoterapia é uma forma de tratamento com alguma eficácia que incide sobre estes aspectos estruturais. Está longe de ser o remédio que todos gostaríamos que fosse. É demorada, obriga a um grande investimento pessoal do paciente e do clínico porque não é um mero procedimento técnico com “livro de instruções” e nem sempre resulta em algo satisfatório, mesmo quando razoavelmente conduzida. Por todas estas razões, nem sempre é possível ajudar desta forma o paciente.

As psicoterapias baseiam-se todas elas num determinado modelo da mente, modelos esses baseados em princípios não comprováveis do ponto de vista empírico positivista. São uma forma de organizar e pensar os factos clínicos, mas também uma forma de os definir. A nosso ver, estes modelos não são meros instrumentos a escolher de acordo com a situação, da mesma forma que se escolhe a chave apropriada para determinado parafuso. Se assim fosse, necessitaríamos de um segundo modelo ou de uma meta-teoria que nos permitisse identificar os modelos da mente como este ou aquele tipo de chave, e dos problemas como este ou aquele parafuso. Teríamos então uma caixa de ferramentas para “compor” o paciente. O modelo da mente seria uma ferramenta despersonalizada do clínico e, o problema, uma avaria despersonalizada do paciente a compor.

Pelo contrário, o clínico tem de sentir o seu modelo como verdadeiro, fazer dele uma filosofia pessoal aplicada e aplicável aos problemas dos seus pacientes e, também, a si próprio. Não queremos com isto dizer que uma técnica alheia à filiação do clínico não possa por ele ser usada de forma justificada e com sucesso. O que queremos dizer é que tal justificação e sucesso dependem da compreensão que o clínico faz de tal técnica com aquele paciente, do seu significado e da forma como ela actua. E isso é feito não dentro do modelo a que a técnica originalmente pertence, mas a partir dos princípios em que o clínico acredita e sobre os quais constrói o seu conhecimento do paciente e de um processo terapêutico.

Esta é, obviamente, uma posição possível e uma escolha pessoal, grandemente apoiada na introspecção e não no empirismo enquanto modelo de construção de um Real concreto e cognoscível. Mesmo assim, tal modelo é igualmente útil para o diagnóstico e compreensão do caso. A lógica de um diagnóstico Kraepeliniano é o de estabelecer o que é comum entre o paciente e muitos outros que cabem dentro da mesma categoria. Fica de fora o que é próprio ao paciente, a sua dinâmica interna em termos de forma de sentir, pensar e significar o seu meio e o seu self. Julgamos no entanto essencial ter este conhecimento em paralelo com o diagnóstico descritivo.

Várias ideias foram sendo avançadas nestes capítulos iniciais, sem que nem sempre tenhamos apresentado justificação para tal. Isto ficou-se a dever à necessidade de apresentar uma ideia geral de forma coerente e articulada, à partida identificadora da nossa forma de ver e estar na Psicologia. São vários os pontos, históricos e de concepção clínica, que justificam opiniões diferentes das nossas. É por isso necessário considerar cada um desses pontos, sendo que a sua própria escolha denuncia, de novo, o que é uma leitura pessoal. Como fiz F. Cabral (1998a; pág. 1-1) *“É que tudo o que existe tem que ter uma forma ou uma fôrma, ou seja, limites que o contêm – ou pelo menos nós não podemos conceber nada que assim não seja...”*. Seguem-se as origens da constituição de formas que enformam este trabalho.

## **2.1. Percurso histórico da Medicina e da filosofia do conceito de doença:**

Dissemos atrás que a psicopatologia tem significados diferentes consoante o modelo de trabalho do clínico e, conseqüentemente, da sua forma de encarar o paciente e os seus problemas. É importante considerar que a psicopatologia tem hoje duas tradições fundamentais, baseadas na antiga dicotomia corpo/mente: uma orientação biológica e uma orientação dinâmica (G. Gabbard, 1994). Isto materializa-se numa psicopatologia Kraepeliniana e uma outra iniciada pelo pensamento clínico de Freud (Amaral Dias, 2000). Uma das formas de compreender essas diferentes é explorando a história do desenvolvimento da concepção de doença em geral e da individuação da Medicina do tronco comum a todas as ciências: a Filosofia.

Uma vez acordado para a Consciência, o Homem sentiu a necessidade de compreender o Mundo (externo, mas também interno) o que o levou a formular explicações. As primeiras tentativas de compreensão inscreviam-se na categoria de Mitos, onde tudo era explicado por intermédio dos deuses e só posteriormente se foi sentindo a necessidade de uma maior racionalidade (C. Rodrigues, 1992).

Aristóteles (citado em C. Delius, M Gatzemeier e K. Wünscher, 2001) coloca o problema da seguinte forma:

Os mitólogos reflectiram somente sob a forma para eles inteligível, não nos prestando muita atenção. Pois se eles transformam os deuses em princípios, se para eles os deuses são a origem e a afirmação de tudo e se para eles tudo o que não saboreie néctar e ambrósia é mortal, então torna-se claro que dessa forma dizem algo que para eles é compreensível, enquanto que justamente sobre o efeito dessas causas afirmam algo que para nós é absolutamente incompreensível. Mas não precisamos de reflectir seriamente sobre conhecimentos míticos. Temos, sim, de recolher informações junto daqueles que argumentam com provas (pág. 6).

A Filosofia nasce desta preocupação e dela se diferenciam todos os ramos científicos que continuam a dedicar-se a esta questão, se bem que de forma diferente. A Medicina é uma das

diferenciação que surgem do tronco principal da Filosofia, sendo Hipócrates considerado o seu fundador (A. Fernandes da Fonseca, 1997).

Hipócrates recusou as explicações divinas dos padecimentos do corpo e mente e preocupa-se em sistematizar o conhecimento já existente em termos racionais e apoiados fisiopticamente. Considera o cérebro como o centro da inteligência e da origem corporal da loucura e outros padecimentos como a epilepsia. Para ele, a epilepsia ou doença sagrada como era então designada, não tem causas mais divinas que as restantes e é tão natural como as demais (J. Miller Guerra, 2005). Da sua teoria dos humores resulta a inclusão da doença mental no conceito de doença geral. Preocupa-se também com a interacção dos factores psíquicos e orgânicos e alarga esta preocupação ao comportamento que o médico deve ter perante o doente (a comunicação, o apoio moral, etc.).

Este é considerado também o momento seminal da origem da Psicossomática. A Medicina de Hipócrates é uma medicina clínica, assente na relação médico/doente. (C. Rodrigues, 1992). Uma outra característica da sua noção de doença é considerar que ela resulta de tentativas de adaptação do organismo (A. Fernandes da Fonseca, 1997).

Galeno foi o segundo grande impulsionador da Medicina e a sua abordagem conceptual vai-se fazer sentir até ao Renascimento. Substitui a medicina clínica de Hipócrates por uma medicina de bases fisiológicas, materializada na sua Teoria da Finalidade Biológica. Esta prevê o princípio de que todos os actos e elementos do corpo têm um fim, chegando a formular teorias sobre a função dos órgãos através da sua prática de vivissecção. Revendo a teoria dos humores de Hipócrates, Galeno vai associar órgãos a esses humores, tentando apresentar um funcionamento integral e interactivo do corpo humano. Descreve mesmo situações em que alterações orgânicas teriam uma causa psíquica de desejos não satisfeitos ou conflitos por resolver (A. Fernandes da Fonseca, 1997)

O panorama da Medicina não se alteraria então significativamente até ao Renascimento, sendo a Idade Média um período dominado pelas ideias da Igreja, ideias essas que são uma reversão para o mito. A Peste Negra era um castigo divino, a loucura uma possessão demoníaca ou a influência de bruxas. O “manual” da Inquisição *Malleus Maleficarum* (H. Kramer e J. Sprenger, 1971) possui vários capítulos sobre a forma como as bruxas, aliadas ao Demónio, podem ser a causa de qualquer enfermidade, sem excepção:

Mas a nossa presente proposição é de que elas (as bruxas) podem, com permissão de Deus, causar todas as enfermidades, sem exceção. Pois nenhuma exceção é feita pelos Médicos, e não há razão para que nenhuma seja feita, pois, tal como dissemos muitas vezes, o poder natural dos diabos é superior a todo o poder corporal. E na nossa experiência descobrimos que isto é verdade. Pois embora possa ser difícil acreditar que as bruxas são capazes de causar lepra ou epilepsia, uma vez que estas doenças geralmente advêm de uma predisposição física ou defeito, mesmo assim foi nalgumas vezes descoberto que mesmo estas podem ser causadas por bruxaria (pág. 136).

Embora seja feita a ressalva da predisposição e defeito da imperfeição corpórea, tal é o número de pequenas exceções e “demonstrações” do contrário (para além dos métodos inquisitórios de “investigação” e semiologia dos *stigmata diaboli*) que, se seguirmos este “manual”, mais depressa se atribui a causa de uma doença à influência demoníaca sobrenatural do que a qualquer outra coisa.

Falamos aqui da Idade Média como período político-cultural da História europeia ocidental, pois esta está na sequência do pensamento greco-romano, e porque é deste clima que surge o pensamento posterior. A Medicina ocidental assenta nesta construção e nada vai buscar aos desenvolvimentos atingidos no resto do mundo, por exemplo na Índia ou China, países que eram na altura muitíssimo distantes. De qualquer forma, a Idade Média Europeia teve um convívio (de conflito) com uma outra cultura, a Muçulmana.

Esta cultura árabe foi, durante muitos séculos, a guardiã do conhecimento clássico greco-romano e, no campo da saúde mental, essa realidade deu lugar a uma outra abordagem das enfermidades mentais. O sul da Península Ibérica foi muçulmano até ao séc. XV (1492), aquando da rendição do Emirato de Granada aos Reis Católicos (R. Overy, 1999). Aí existiram asilos para doentes mentais, nomeadamente nas cidades de Valência, Saragoça, Sevilha e Granada. Os médicos árabes demonstravam valores humanistas, preocupando-se com aspectos morais dos seus doentes, as suas condições de higiene e salubridade, e tentavam uma cura ou melhoria do seu estado através de terapias do tipo ocupacional. No entanto, e tal como na Europa cristã, o racional por detrás do trato dos doentes mentais assentava em

concepções religiosas. Se para os cristãos os loucos são possuídos pelo Demónio, para os Árabes eles são escolhidos de Deus. É por esta altura que surge João Cidade, mais tarde o convertido ao Catolicismo e canonizado João de Deus que, imbuído de um espírito humanista, o importa para Portugal e para as ordens religiosas a que deu origem (A. Fernandes da Fonseca, 1995).

Mas nesta época histórica, a sua perspectiva humanista da doença (mental ou não) rapidamente se perdeu (J.C. Dias Cordeiro, 2005). São precisos muitos séculos até se chegar à Revolução Francesa e a Pinel para que o sofrimento dos doentes mentais regresse ao mundo dos humanos e para que a doença mental comece a regressar ao campo da Medicina, já que até aí tinha ficado refém do obscurantismo religioso.

Antes disso, porém, acontece o Renascimento, época histórica em que Descartes vem propor uma nova concepção do Homem. Este estaria dividido em corpo e alma, sendo o primeiro imperfeito e por isso susceptível à doença, e a alma regida pelas leis divinas. Esta teoria teve boa recepção por parte da Igreja e corpo e mente (alma) ficam então separados, permitindo assim o estudo dessa máquina animal que é o corpo. No entanto, falar de doença mental, de imperfeições da alma que é algo do divino, passou também a ser uma heresia geralmente merecedora da fogueira da Inquisição.

Descarte é considerado o impulsionador do Racionalismo e do estudo positivista do Homem. Sensivelmente na mesma altura em que Descartes viveu, Francis Bacon estabelecia o método sistemático pelo qual os cientistas deveriam actuar: seriam primeiro feitas experiências cuidadosamente controladas e as observações feitas, cuidadosamente medidas. Tais resultados seriam publicados, as de outros colegas também, e ao fim de um dado tempo haveria uma série de informações fiáveis que permitiriam a formulação de hipóteses gerais. Estas hipóteses seriam formuladas sob a forma de leis, onde os factos isolados seriam relacionados. Estas leis seriam então depois sujeitas a um processo em que se tentava confirmá-las. Se tal fosse conseguido, tinha-se encontrado uma nova lei, e o Conhecimento tinha subido um degrau, repetindo-se de seguida todo o processo desde o início. (B. Magee, 1975)

Fortemente influenciado por Descartes, Isaac Newton usaria também este método indutivo para chegar às suas três leis do movimento dos corpos celestes. Talvez mais

importante que as suas três leis, pelo menos em relação à questão que agora abordamos, é todo o cunho que Newton iria imprimir à abordagem, compreensão e conceptualização da Realidade. Este novo paradigma ficaria materializado nas suas quatro regras explicitadas numa das suas obras maiores, o “*Philosophiae Naturalis Principia Mathematica*” (M. Tubiana, 1995):

- A natureza é simples
- As mesmas causas produzem os mesmos efeitos
- As qualidades que pertencem a todos os corpos dentro dos limites da experiência devem ser consideradas qualidades universais de todos os corpos
- Os resultados da indução experimental devem ser tomados por verdadeiros até que se descubram outros fenómenos que permitam completá-los ou modificá-los

Algum tempo depois de Newton, David Hume assinalaria um problema em relação a esta forma de construir conhecimento. A questão que ele colocou foi a de que o método indutivo se baseia numa expectativa psicológica e não, tal como pretendia, na Lógica. Uma Lei geral que afirma que algo ocorre sempre de determinada forma não pode ser inferida de uma, duas, mil ou um milhão de observações. Nada garante que uma observação não venha desconfirmar essa Lei. O facto de que o Sol nasce todos os dias desde que há memória não significa que um dia não o faça. Mas dá-nos uma probabilidade de ocorrência, baseada na nossa psicologia que espera que algo que se repetiu milhares de vezes no passado se repita também no futuro (B. Magee, 1975).

Hume abalou então a estrutura da ciência da época demonstrando que o empirismo racional não é uma base suficiente para a ciência. Esta sua embaraçosa questão permaneceu sem resposta até Popper, no séc. XX. Ele resolveu então a questão ao afirmar que não é a verificação que atribui cientificidade, mas antes a possibilidade de falsificação ou de não verificação de uma teoria. Não menos importante foi a sua análise e diferenciação de ciência e verdade. Algo que não é científico não é automaticamente um absurdo, assim como o que é ciência não é necessariamente verdade (K. Popper, 1959).

Popper relembra que Leibniz demonstrou logicamente que um número finito de observações pode caber num número infinito de explicações, questão que gerou conflitos entre si e Isaac Newton que buscava as “leis de Deus”. Para além disso, o que hoje é metafísica por não haver forma de o testar, não significa que no futuro não possa vir a ser

testável, perdendo então o carácter metafísico. O não científico não significa falso, pode ser até verdadeiro e deve ser debatido, podendo daí resultar um conhecimento científico. (B. Magee, 1975).

De qualquer forma, e voltando à questão da Medicina e doença, compreende-se que a separação corpo/mente tenha facilitado o aparecimento de especialidades dedicadas a uma destas partições do Homem. Até à Revolução Francesa e aos seus ideais humanistas, a Medicina evolui nos campos da anatomia, da fisiologia ou da química. A doença mental (e note-se então a necessidade de fazer agora esta distinção da doença somática, até antes não muito justificável) fica uns séculos em espera, com alguns pensadores a dedicarem-se-lhe, mas sem que tenham deixado legado com o peso da influência. Alguns foram mesmo acusados de feitiçaria e mortos na fogueira (J. Miller Guerra, 2005).

Os mais loucos, que causavam mais receio pela incompreensão da sua situação e proximidade com forças demoníacas, eram alienados da sua condição humana. Eram encerrados em asilos, não para serem tratados, mas para serem removidos da comunidade e proteger a população deste incómodo que era a sua existência. Com o advento da Revolução Francesa no final do séc. XVIII, surge Philippe Pinel a apelar à libertação dos loucos e à restituição dos seus, até então alienados (M. Foucault, 1972).

Esta constitui a primeira grande revolução da história da Psiquiatria, com a atribuição aos doentes mentais do direito de serem tratados e com a sua separação dos criminosos de delito comum. Começa-se a escrever sobre doença mental, descrevendo e caracterizando os seus sintomas (J.C. Dias Cordeiro, 2005). A psiquiatria começa assim a existir, de forma mais visível, como um campo especializado da Medicina.

Pinel, como um dos seus primeiros e mais importantes representantes, segue a tradição de Hipócrates da observação cuidadosa dos doentes e da tentativa de construção de uma nosografia sistematizadora das doenças. No entanto, desde logo se depara com a dificuldade de definir quais as características essenciais e específicas da Doença. Esta dificuldade surgia do seu método e mereceria resposta por parte do seu colega Xavier Bichat, seguidor de uma outra linha de pensamento, tal como se verá mais à frente. Começam assim a surgir as dificuldades e possibilidades associadas aos métodos de cada clínico.

Com a possibilidade, aberta por Descartes, de voltar a dissecar cadáveres, nasceu no século XVIII o método anátomo-clínico. Morgagni, anatomista de Pádua, desenvolve a noção da patologia do órgão, ou seja, que as doenças eram localizáveis em órgãos específicos, devendo por isso deixar as suas marcas indeléveis nos órgãos dos cadáveres dissecados (M. Kennedy, 2004). Esta noção foi recebida com algum cepticismo devido à dúvida do papel da decomposição cadavérica nessas marcas, à dificuldade de atribuir causa ou efeito a essa decomposição ou à doença e da impossibilidade de determinar quais as lesões que já existiriam há muito tempo e quais as que provocaram a morte.

O método anátomo-clínico iria ser concretizado por Xavier Bichat, quarenta anos após a obra onde Morgagni dá a conhecer as suas ideias. Este método retira importância à distinção entre saúde e doença para se concentrar na morte como o inimigo a combater. Contemporâneo de Philippe Pinel, Bichat considerava irrelevante a sua questão de como definir Doença, respondendo directamente às suas dúvidas questões através de um texto publicado (citado em M. Tubiana, 1995):

Bem podia, durante vinte anos, tomar notas de manhã à noite à cabeceira do doente sobre as afecções do coração, dos pulmões, das vísceras gástricas, que tudo não passaria para si de uma confusão de sintomas que, sem estarem ligadas a nada, lhe ofereceriam uma série de fenómenos incoerentes. Abra alguns cadáveres: logo verá desaparecer a obscuridade que a mera observação não pôde dissipar (pág. 186).

A doença psíquica, no entanto, dificilmente pode ser perspectivada pela questão da morte. Até ao séc. XIX assiste-se na Psiquiatria à formação e manutenção de duas correntes de pensamento, uma sediada em França e outra na Alemanha. A escola francesa preocupa-se com a clarificação de sintomas, aspectos médico-legais (quem é louco, quem é criminoso...) e a aspectos de neurologia. A escola alemã é muitas vezes apelidada de “romântica” pela sua preocupação metafísica, religiosa e pelo pouco rigor científico. É no entanto nesta mesma escola e no seu clima que Heinroth faz pela primeira vez uso da ideia de “Doença Psicossomática” e “Doença Somatopsíquica”, acentuando a influência da *psique* sobre o *soma*, ou vice-versa, no carácter da doença.

Este panorama não se manteria porém muito tempo, pois no séc. XIX é a neurologia que domina a psiquiatria. As doenças mentais são vistas como o resultado de alterações físicas do sistema nervoso, e é então no orgânico que é vista a sua origem. Sentem-se então agora as influências de Morgagni e também de Virchow, patologista que tenta construir uma patologia objectiva e científica assente na morfologia celular, seguindo a abordagem empirista e as descrições dos anatomistas (M. Kennedy, 2004; M. Tubiana, 1995).

A neurologia era praticada por especialistas altamente formados e treinados em Medicina Interna, e era o método dessa especialidade que era usado na abordagem da doença. Fazia-se uma descrição dos sintomas para que pudessem ser agrupados em síndromes e, com a morte do paciente e a sua autópsia, poder-se-iam então encontrar dados anátomo-patológicos relacionáveis com essas síndromes. A compilação desses dados com os dados obtidos de autópsias de outros pacientes com o mesmo síndrome permitiria a correlação dessa constelação sintomática a uma zona específica do interior do organismo.

Claude Bernard introduziria também o método experimental na Medicina, permitindo-lhe demonstrar pela primeira vez a ideia antiga de que a patologia se constituía em desvios fisiológicos da normalidade e saúde. Afirma ele que *“(...) o bom senso indica que, se conhecermos completamente um fenómeno fisiológico, devemos estar à altura de explicar todas as perturbações que ele sofre no estado patológico. Fisiologia e patologia confundem-se e são, no fundo, uma e a mesma coisa”* (citado em M. Tubiana, 1995, pág. 203)

No caso da doença mental, uma doença no cérebro não produzia apenas sintomas físicos mas também alterações da mente da pessoa. Desta forma seria também possível localizar no cérebro as funções mentais. Broca estudou um síndrome em particular, a afazia, e localizou a área cerebral responsável pela função mental de verbalização simbólica. Wernicke localizou a área de compreensão verbal. A neurologia começou então a dedicar-se ao estudo da mente nestes moldes.

Também aqui havia diferenças essenciais entre a escola francesa e alemã da altura, diferenças que seriam seminais para as noções que Sigmund Freud viria a desenvolver. Para escola a alemã, a importância da dualidade anátomo-clínica tendia massivamente para o lado anatómico. O seu objectivo não seria apenas correlacionar síndrome com lesão, mas antes explicar essa relação na doença e na normalidade com base nas teorias anatómicas e

fisiológicas existentes. O material clínico observado servia apenas para confirmar e demonstrar essas teorias *a posteriori*.

A escola francesa, de que Charcot era uma das suas principais figuras, abordava a questão de forma diferente. A primeira função do neurologista seria estabelecer novos factos clínicos, independentemente das teorias anatómicas ou fisiológicas. Dito de outra forma, o pensamento alemão iniciava-se nas teorias existentes e estabelecidas para explicar uma condição actual, enquanto que o pensamento francês começava por estudar a doença ou efeito actual, partindo então daí para a causa.

Havia no entanto um grupo de doenças que colocava um problema insolúvel ao método alemão. Nas neuroses, particularmente na histeria e na neurastenia, afecções na altura muito frequentes, não se conseguia observar na autópsia qualquer tipo de lesão que pudesse explicar os sintomas em vida. Face a isto, uma parte da escola alemã desenvolvia complicadas teorias pouco convincentes, enquanto uma outra parte declarava que a neurose não cabia na Medicina pela ausência de um correlato anatómico-fisiológico. Este não era um problema que se colocasse à escola francesa. Charcot apenas continuou a estudar e descrever os síndromes, tal como o tinha feito para qualquer outro tipo de doenças neurológicas (K. Kaplan-Solms e M. Solms, 2002).

Do confronto destes dois métodos e das suas insuficiências vão surgir dois nomes marcantes para o campo da psicopatologia, influência que permanece basilar até aos dias de hoje: Kraepelin e Freud.

## **2.2. Emil Kraepelin e Sigmund Freud - do Biológico ao Mental e à Psicodinâmica.**

Kraepelin e Freud iriam estabelecer duas formas muito diferentes de conceber e estudar aquilo que se designava então como doença mental: uma epistemologicamente médico-natural, a outra de carácter psicológico (funcional).

Kraepelin (1907) não se afasta da visão anatomo-fisiológica da doença mental:

O principal requisito para o conhecimento da doença mental é uma definição precisa do processo de doença separado. Para a solução deste problema temos de ter, por um lado, conhecimentos sobre as alterações físicas no córtex cerebral, e por outro lado dos sintomas mentais que se lhe associam. Até isto ser conhecido não podemos ter esperanças de compreender a relação entre sintomas mentais da doença e o processo mórbido físico que lhes serve de base, ou mesmo as causas de todo o processo da doença (pág. 115).

Face a esta e outras dificuldades (fases sintomáticas diferentes da mesma doença, intensidades sintomáticas diferentes entre pessoas com a mesma doença, etc.), Kraepelin dedica-se apenas ao agrupamento e nomenclatura de dados clínicos. É no entanto uma situação que não lhe agrada particularmente pois, seguindo os princípios da Medicina Interna, ficam-lhe a faltar os dados anátomo-patológicos e a etiologia. Estes dois dados mais a sintomatologia seriam, segundo ele, a única forma possível de obter uma classificação uniforme e estandardizada da doença mental. Tal classificação deveria ainda conter dados sobre a evolução, prognóstico e tratamento (E. Kraepelin, 1907)

Usando os métodos científico-naturais da restante Medicina, Kraepelin conquista o lugar e a legitimidade da Psiquiatria como especialidade médica. O seu sistema de classificação constituiu os fundamentos de uma nosografia da psiquiatria, constituindo-se ainda hoje como a base das duas classificações mais conhecidas e usadas: DSM e CID (Fernandes da Fonseca, 1997) .

Freud começou a sua carreira como neurologista e pouco contacto teve com a psiquiatria. A sua formação foi iniciada na escola alemã atrás mencionada, mas teve uma passagem posterior por Salpêtrière onde estudaria com Charcot, médico que dedicava especial atenção

ao estudo e tentativa de cura das neuroses, especialmente a histeria e a neurastenia. Deste retém uma frase que o marcaria para o resto da sua vida: “Teoria é bom, mas não faz com que as coisas deixem de existir”(C. Amaral Dias, 2000).

As neuroses eram um grupo de distúrbios que colocava na altura especiais problemas à psiquiatria. O termo Neurose foi introduzido por Cullen em 1772 para designar um vasto grupo de doenças atribuídas ao mau funcionamento do Sistema Nervoso. A sua base seria fisiológica e funcional, mas não atribuível a lesões anátomo-patológica. Por exemplo, na histeria e na neurastenia, não se conseguia observar em autópsia qualquer tipo de lesão que explicasse os sintomas neuróticos. Face a isto, Charcot apenas continuava a estudar e descrever o síndrome, tal como fazia para qualquer doença neurológica. No entanto, nunca deixou de acreditar que a neurose teria uma origem anátomo-patológica que mais tarde seria confirmada pelos avanços tecnológicos da microanatomia e técnicas laboratoriais.

A certa altura, esta noção deixou de fazer sentido a Freud e, no que diz por exemplo respeito à paralisia histeria, escreve (1893c):

Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão na paralisia histérica tem de ser completamente independente do sistema nervoso, uma vez que na sua paralisia e outras manifestações, a histeria comporta-se como se a anatomia não existisse ou como se não tivesse noção dela (pág. 97).

A natureza da “lesão” seria antes psicológica, querendo este psicológico significar uma falha funcional da ligação fisiológica de elementos anatómicos do sistema nervoso. Freud chega a esta conclusão por duas observações que faz em relação à afasia, e que são as seguintes (K. Kaplan-Solms e M. Solms, 2002):

- As faculdades psicológicas alteram-se e deterioram-se de acordo com as suas próprias leis de funcionamento e não de acordo com as leis da anatomia cerebral. E assim sendo, os síndromes psicológicos devem ser descritos e explicados nos seus próprios termos fisiológicos.
- As faculdades mentais nunca são destruídas ou removidas totalmente da pessoa aquando de uma lesão cerebral, elas são distorcidas e alteradas de uma forma dinâmica, o que demonstraria a inter-relação com outras faculdades. Freud conclui

que as faculdades psicológicas, que têm as suas próprias leis, resultam do jogo de forças entre as funções de componentes cerebrais mais elementares. Este jogo de forças seria o resultado de sistemas funcionais dinâmicos, capazes de se adaptarem à qualidade variável das circunstâncias. Assim, estes processos teriam de ser localizados entre os elementos estáticos do sistema nervoso e não em centros nervosos localizados pela anatomia.

Freud começa então por romper mais com o método e do que com a neurologia, aplicando esta sua nova visão não só a afasia, mas também à paralisia mental, ambas doenças com alterações orgânicas e não exclusivamente psicológicas como a histeria.

A psicanálise nasce aquando da aplicação destes seus princípios à psicopatologia e à natureza dos sonhos. No prefácio da 1ª edição de “*A Interpretação dos Sonhos*” (1900), Freud contextualiza o seu interesse por esta matéria da seguinte forma:

Tentei neste volume fornecer uma explicação da interpretação dos sonhos e, ao fazê-lo, creio não ter ultrapassado a esfera de interesse abrangida pela neuropatologia. Pois a pesquisa psicológica mostra que o sonho é o primeiro membro de uma classe de fenómenos psíquicos anormais, da qual outros membros, como as fobias histéricas, as obsessões e os delírios, estão fadados, por motivos práticos, a constituir um tema de interesse para os médicos. (...) Qualquer um que deixe de explicar a origem das imagens oníricas dificilmente poderá compreender as fobias, obsessões ou delírios, ou fazer com que uma influência terapêutica se faça sentir sobre eles (pág. 11).

Freud foi relembando ao longo de toda a sua obra que aquilo a que se referia na sua teoria e escritos eram as relações funcionais e dinâmicas do funcionamento do sistema nervoso e que tal não deveria ser confundido com anatomia ou fisiologia. Acrescentava no entanto que a sua psicanálise era uma teoria provisória, que um dia deveria ser integrada nas neurociências (por exemplo, S. Freud, 1905c; S. Freud, 1920a).

Desta forma, a noção de Freud de dualidade corpo-mente acaba por ter já uma noção de que, pelo menos em certa área, os processos de um e de outro são indiferenciados (A.

Almeida, 2004). Aquando da elaboração da sua segunda tónica do aparelho psíquico, Freud lembra-nos mais uma vez: *“O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projecção de uma superfície.”* (S. Freud, 1923; pág.26)

Desconhecendo as bases biológicas que originam a atrás referida interacção dinâmica, a psicanálise de Freud é iminentemente psicológica na abordagem da doença mental e no caso de doenças com sintomas físicos de origem funcional. A histeria de conversão é o primeiro síndrome deste tipo a ser abordado por Freud, altura em que é introduzido um paradigma de causalidade psicológica, envolvendo órgãos enervados pelo sistema neuromuscular voluntário e sistema sensitivo-motor (Rui Coelho et al, 1996).

Para Guntrip (1973), a insistência de Freud em basear as suas explicações em factores físicos impessoais, por exemplo a sua teoria da ansiedade baseada na noção de instintos, fez com que as suas teorias fossem menos duradouras do que os factos clínicos que assinalou e que lhe serviram de ponto de partida para tais teorias. A preocupação de Freud em manter a Psicanálise irrefutavelmente dentro do campo da Ciência, então predominantemente natural, terá estado na base da sua resistência em alternar de um modelo biológico para outro de cariz mais marcadamente psicológico. Tal mudança ficaria assinalada pela sua posterior teoria da ansiedade, em que a ênfase deixa de estar no instinto para passar a estar no Ego.

Depois de Freud, a psicanálise sofreu várias modificações que começaram por se orientar em torno deste eixo biológico-psicológico. Nomes como Sullivan, Klein e Fairbairn seriam marcos cruciais na cristalização de mudanças de paradigma. Mas a insistência de Freud no aspecto funcional da doença mental gerou também a “Psiquiatria Dinâmica” que, se bem que não seja uma versão de psicanálise, assenta em grande parte nos seus pontos de vista. Glen Gabbard (1994) define a psiquiatria dinâmica como *“uma forma de pensar. (...) uma abordagem ao diagnóstico e tratamento caracterizada por uma forma de pensar acerca do paciente e do clínico que inclui o conflito inconsciente, défices e distorções de estruturas intrapsíquicas, e relações internas de objectos”*. A ponderação de terapia farmacológica ou psicoterapêutica é feita com um enquadramento psicodinâmico e existe também a tentativa de integrar as ideias da psicanálise nos avanços biológicos actuais, nomeadamente as neurociências.

Refocalizando-nos no tema deste capítulo, origina-se então no início do séc. XX uma bipolarização do pensar a doença em psiquiatria, por um lado perspectivando-a organicamente como Kraepelin, por outro pensando-a pelo lado psicológico como Freud. (A. Fernandes da Fonseca, 1997; J. Sterling e J. Hellewell, 1999) Esta diferença surge logo à partida pelos diferentes métodos de abordagem da psicopatologia por parte dos dois fundadores. No dizer de C.A. Dias (2000)

Caricaturemos um pouco, de forma a chegarmos facilmente ao cerne da questão. Para Kraepelin, para se pensar, por exemplo, um problema chamado esquizofrenia é preciso ver-se quinhentos esquizofrénicos nos hospitais psiquiátricos. Era assim que se construía o saber sobre. (...) Freud, em contrapartida, constrói uma teoria das psicoses, a propósito de Schreber, sem nunca ter visto o paciente. Limita-se a agarrar um problema autobiograficamente descrito para construir um modelo conceptual sobre a psicose. (pág. 15).

Parece-nos que estes dois caminhos trilhados pela psiquiatria não podem ser totalmente comparados, uma vez que cada um parece surgir, pelo menos nos seus momentos iniciais, em pacientes com condições diferentes. Desde a definição original de Cullen, o estudo, definição e tratamento dos distúrbios mentais pode ser dividido em distúrbios psicóticos e não-psicóticos. Até perto do início do séc. XX verificava-se a colocação dos mais perturbados nos asilos e grandes hospitais psiquiátricos e, aqueles que padeciam de distúrbios mais leves do tipo neurótico, procuravam a ajuda de médicos nos seus consultórios privados. Havia então uma diferenciação entre “Psiquiatria” e “Psicologia Médica”, moldada por factores sociais e médico. A Psicose era o grande campo de interesse da Medicina, num ambiente social pós-Pinel que obrigava ainda ao internamento dos casos de loucura (R.H. Cawley, 1983).

A Psicodinâmica não é no entanto algo de radicalmente original ou que nasce do nada no pensamento de Freud. A ideia de que o Ser Humano começará por ser muito mais biológico que psicológico, acontecendo depois um processo de desenvolvimento e maturação de onde surge um aparelho mental ou existência funcional que aumenta numa hierarquização, complexificação e abstracção crescente, dando origem àquilo que chamamos Consciência, é

uma noção que tem as suas raízes em Fechner (“energia mental dinâmica”) e, especialmente, em Hughlings Jackson (G. Gabbard, 1994).

Para Jackson, se bem que exista uma base orgânica na doença mental, a sintomatologia psiquiátrica não pode ser uma sua expressão directa. Isto porque o sistema nervoso se estruturaria de forma evolutiva, havendo lugar a formas cada vez mais complexas de consciência consequentes da maturação e desenvolvimento de tais estruturas (Fernandes da Fonseca, 1997).

A natureza dos sintomas psiquiátricos foi sempre um problema difícil de resolver mas a maioria dos psiquiatras sempre considerou haver um processo orgânico na base das doenças mentais. No entanto, poucos são os síndromes específicos ligados a um dado processo etiológico ou a uma natureza lesional, tal como é princípio da Patologia Geral. Existe a necessidade de considerar factores psicológicos na formação de sintomas. No dizer de Henry Ey (1965) existe um hiato organo-clínico entre o processo orgânico determinante da forma e grau do transtorno, e esta formação de sintomas que lhe é secundária. É então aqui que Jackson faz a distinção entre estrutura negativa ou deficitária e estrutura positiva ou reactiva<sup>9</sup>. Quando a doença afectava uma determinada parte orgânica (o défice), os sintomas consequentes seriam um resultado da actividade nervosa das partes não afectadas. Estes dois aspectos misturam-se e interagem entre si, pelo que daqui advém a dificuldade de considerar a doença mental pelo lado de uma etiologia quer patogénica, quer patoplástica.

Há ainda a considerar os aspectos relacionais do desenvolvimento, maturação e diferenciação hierárquica de sistemas e funções que acabam por constituir as constelações dos aspectos psicológicos emocionais e cognitivos. Incidentes (traumas) e distorções (deficit) no desenvolvimento podem também condicionar ou mesmo determinar uma estrutura da personalidade, estrutura essa que condiciona as possibilidades de quadros psicopatológicos mais tardios (P.L. Giovacchini, 1986). Falamos então aqui de desordens de carácter ou personalidade.

Paralelamente a estas situações de desenvolvimento afectivo e cognitivo comprometido, existem ainda as reacções vivenciais anormais, respostas da personalidade a uma perturbação

---

<sup>9</sup> Estrutura negativa, deficitária, primária ou processual. Estrutura positiva, reactiva, secundária ou processual.

mais ou menos aguda do equilíbrio psíquico. Quando a vivência que a provocou cessa, a reacção tende a desaparecer, mas pode instalar-se e autonomizar-se num processo patológico irreversível e independente da vivência, constituindo um desenvolvimento anormal (M. Gelder e cols., 2005).

Kandel (*in* G. Gabbard, 1990) considera que aquilo a que chamamos “mente” resulta da expressão funcional do cérebro. Os factores ambientais, por exemplo as intervenções de um psicoterapeuta, afectam o funcionamento da mente. Esta seria a forma como as abordagens biológicas e psicológicas se ligariam. No entanto, mente e cérebro, embora se relacionem, não são a mesma coisa. As neurociências não são ainda capazes de explicar a mente e o seu funcionamento e, provavelmente, nunca o serão (Reiser, 1988 *in* G. Gabbard, 1990)

Pio de Abreu (1993) considera a hipótese de uma fenomenologia de níveis, onde uma hierarquia de sistemas abertos interagem sobre si de acordo com os princípios da interacção circular da Cibernética. Com paralelos com a teoria de Jackson, pelo menos na nossa forma de a compreender, Pio de Abreu considera que o desenvolvimento psíquico patológico se faz ao longo desta hierarquia, com passagens dos níveis psicológicos aos biológicos por fenómenos que podemos conceber como retroacções.

De qualquer forma, o que resulta de todos estes modelos de doença, é que este é um conceito difícil de circunscrever quando se tenta aplicá-lo à doença mental. Doença é também um quadro clínico em que se define, com mais ou menos rigor, uma etiologia, uma patogenia e uma evolução. No caso das perturbações mentais, a etiologia é, na grande parte das situações, múltipla ou desconhecida, pelo que o termo “síndrome” será até o mais correcto (Fernandes da Fonseca, 1997). Por isso, e considerando que a Pessoa é uma entidade Bio-Pisco-Social (G. Engel, 1977), a psicopatologia deve ser pensada no espaço tridimensional criado pelos eixos heredo-biológico (constitucional), fisiopatológico ou funcional e psicossociológico ou relacional (Fernandes da Fonseca, 1997).

Ainda no que se refere às causas do distúrbio mental, M. Gelder e colegas (2006), relembram-nos o facto de que uma causa pode ter vários efeitos e de que um mesmo efeito pode ter várias causas. Classificam então as causas de distúrbio mental através do uso de três grandes categorias de factores:

- Factores predisponentes: herança genética, ambiente *in utero*, traumas no parto, factores sociais/psicológicos no desenvolvimento
- Factores precipitantes: doenças físicas e drogas, stressores sociais, mudanças sociais
- Factores perpetuantes: características intrínsecas à própria desordem, circunstâncias sociais.

### 2.3. Psicopatologia Neo-Kraepeliniana e Psicodinâmica:

Como antes referimos, as tradições iniciadas por Kraepelin e Freud mantiveram-se até aos nossos dias. Isto resulta em diferentes definições de Psicopatologia e dos problemas dos pacientes da Psiquiatria e Psicologia Clínica.

A tradição fundada por Kraepelin é classificativa de entidades nosográficas baseadas em sinais e sintomas. É a base das classificações mais usadas actualmente, o DSM-IV e CID-10. O objectivo e importância da classificação de tais entidades é a de (T. Millon, P. Blaney e R. Davis, 1999):

- Proporcionar uma nomenclatura que permita a comunicação entre clínicos, devendo para tal existir uma definição de desordem mental, definições dos vários diagnósticos e definições da fenomenologia dessas desordens
- Servir de base para a organização e recolha de informação
- Descrever os padrões comuns sintomáticos e das apresentações
- Servir de base para previsões
- Servir de base para o desenvolvimento de teorias, tal como nas ciências naturais<sup>10</sup>
- Servir funções sociopolíticas (políticas sociais, políticas económicas de saúde, consequências forenses, etc.)

Algo que nos chama logo à atenção nesta enumeração de objectivos é a ausência de referência do sofrimento do paciente na sua condição humana individual e existencial ou de orientações para acções remediativas ou curativas. Talvez este último ponto possa ser objectado com o objectivo da construção de teorias científicas que permitam uma “tecnologia”<sup>11</sup> curativa. No entanto, e mesmo assim, sendo uma perspectiva organicista, não inclui aspectos importantes de entidades funcionais que se diferenciam do substrato biológico em formas cada vez mais complexas de consciências (e de inconsciências), tal como Jackson e Ey propuseram. Para além disso, não só estas últimas dimensões, como também a biológica necessitam de ser enquadradas em termos de uma história ambiental e contextual, uma vez que, por exemplo, um património genético depende do ambiente para a sua maior, menor ou inexistente expressão de potencialidade (de saúde ou doença e seus graus e níveis).

---

<sup>10</sup> Esta posição dos autores denuncia, por si só, a essência da sua abordagem da psicopatologia.

<sup>11</sup> Entendemos aqui tecnologia como a aplicação prática de princípios científicos, numa relação tal como a da aeronáutica espacial para com os princípios físicos de Newton ou Einstein.

Os objectivos desta forma de fazer psicopatologia são mesmo assim válidos e necessários para alguns aspectos, mas o convívio com o DSM-IV e a CID-10 necessitam de ser devidamente enquadrados. Este aspecto é importante para compreender o seu papel relativo nas psicoterapias e as diferenças que há em termos de diagnósticos. Abordaremos estas questões um pouco mais à frente. Por agora refira-se que a classificação de Kraepelin teve, entre outras, a importância de legitimar a psiquiatria como disciplina médica e de trazer então o sofrimento mental para um campo curativo/remediativo/paliativo, inicialmente exclusivo da Medicina.

Como já atrás nos referimos, a classificação de doenças mentais foi sempre problemática uma vez que se se partir de teorias diferentes de psicopatologia, originam-se sistemas de classificação diferentes. A classificação de doenças hoje internacionalmente aceite, a “International Classification of Diseases and Related Health Problems – 10th revision” (CID-10, na sigla portuguesa), na qual se inclui o capítulo V correspondente a desordens mentais e do comportamento, só incluiu esta noção de doença mental na sua sexta revisão. Elaborada após a 2ª Guerra mundial, a CID-6 foi adoptada apenas por cinco países, dos quais não fazia parte os Estados Unidos da América. Aí eram usados quatro sistemas diferentes de classificação de psicopatologia, mesmo após o lançamento da CID-6. Tal estado de coisas terá levado à tentativa de uniformização de diagnósticos de desordens mentais com a edição do DSM-I.

Continuaram mesmo assim a existir divergências de critérios diagnósticos que invalidavam a generalização de resultados de investigação para além dos círculos onde eram realizados. Tal sucedia porque muitos clínicos preferiam não usar uma CID-6 ou DSM-I que continham noções etiológicas não concordantes com as suas teorias de psicopatologia. Isto levou também a uma certa descrença na psiquiatria, uma vez que os diagnósticos psiquiátricos apresentavam uma fiabilidade muito baixa. Tal situação levou ao aparecimento de posições radicais como a de Szasz, que afirmava que a doença mental era um mito, ou da corrente sociopolítica da antipsiquiatria que considerava a psiquiatria como um instrumento de repressão e controlo social (Fernandes da Fonseca, 1997).

Particularmente importante para a “validação” destas ideias radicais foi o artigo de Rosenhan (1973) onde se relata um estudo em que oito pessoas saudáveis se apresentaram em

doze instituições de internamento psiquiátrico relatando alucinações auditivas. Em todos os casos, foram imediatamente internados e diagnosticados como esquizofrénicos ou maníaco depressivos. Aquando da alta, que em média aconteceu em menos de um mês após o internamento, todos receberam o diagnóstico de esquizofrenia em remissão. Rosenhan conclui então que os hospitais psiquiátricos seriam incapazes de distinguir entre saudável e doente e, mais grave, eram responsáveis por uma realidade que é despersonalizante e contra-terapêutica, conseqüente e justificada pelos rótulos diagnósticos que não olham para o indivíduo particular.

Uma das sugestões feitas para alterar esta situação foi a do abandono de noções etiológicas e a de operacionalização de diagnósticos de forma a aumentar a sua fiabilidade. Esta noção foi adoptada pelo DSM-III e sobrevive até hoje nas sucessivas revisões deste sistema de classificação (DSM-III-R, DSM-IV e DSM-IV-R) (L. Benjamin, 1993.). No entanto, note-se que o DSM-III surge de uma clara intenção de um grupo de psiquiatras norte-americanos de combater o ascendente não só da antipsiquiatria, como também da psicanálise nesse país. Denominados como Neo-Kraepelianos, este grupo de psiquiatras partiu das seguintes posições e valores (T. Millon, P. Blaney e R. Davis, 1999):

- A psiquiatria é um ramo da Medicina
- A psiquiatria deve usar metodologias científicas modernas e basear a sua prática em conhecimentos científicos (fortalecer a posição dentro da Medicina por sólidas bases empíricas)
- A psiquiatria trata pessoas que estão doentes e que necessitam de tratamento para doenças mentais (todas as áreas da psiquiatria que constituam um processo de doença, como a esquizofrenia, pertencem à psiquiatria. As restantes áreas poderiam ser atribuídas a profissões aliadas como a Psicologia)
- Existe uma fronteira entre a normalidade e doença (a diferença é definida qualitativamente)
- Existem doenças mentais discretas, não são mitos. Havendo várias doenças mentais, a tarefa da psiquiatria científica é, tal como noutras especialidades médicas, investigar as causas, diagnósticos e tratamento destas doenças mentais.
- *O foco principal do psiquiatra deveria incidir no aspecto biológico da doença mental*<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Sublinhado nosso.

- Deve haver uma preocupação e intencionalidade explícita com o diagnóstico e classificação.
- Os critérios de diagnóstico deveriam ser codificados e a investigação deveria incidir na validação de tais critérios através de várias técnicas. Deveriam ser estes os critérios a ensinar nas Universidades e não quaisquer outros que possam ser dispersantes.
- A investigação que vise a validade e fiabilidade de diagnósticos deveria utilizar técnicas estatísticas.

S. Blatt e K. Levy (1998) enumeram uma longa lista de problemas relacionados com a forma como o DSM-IV é organizado e a sua suposta base atórica:

- a) Ausência de uma teoria que lhe forneça coesividade
- b) Fronteira forçada e artificial entre normal e anormal
- c) Preocupação excessiva com sinais e sintomas
- d) Fronteiras e limites arbitrários de categorias diagnósticas
- e) Ausência de consideração de intensidade de muitos dos sintomas
- f) Um alto grau de sobreposição ou comorbilidade entre desordens aparentemente distintas
- g) Considerar as categorias diagnósticas como entidades discretas e não relacionadas, não equacionando a possibilidade dessas relações
- h) Considerar as várias categorias diagnósticas como equivalentes, não estabelecendo uma hierarquia entre elas
- i) Preocupação excessiva de fiabilidade inter-avaliador em detrimento da fiabilidade
- j) Pouca atenção a questões de validade
- k) Não consideração de mecanismos de defesa psicológicos
- l) Uma falta de continuidade com consideração de questões de intervenção terapêutica e de etiologia
- m) Uma vez que um sintoma serve vários sistemas e tem várias funções e significados, a dependência quase exclusiva dos sintomas para a determinação de diagnósticos pode resultar numa série de diagnósticos falso-positivos e falso-negativos
- n) Ausência de uma perspectiva desenvolvimentalista
- o) Proliferação de diagnósticos, sendo que todo o tipo de distúrbios de comportamento recebe um “rótulo”

Em termos de personalidade, o DSM-IV considera que existe perturbação quando existem características inflexíveis e inadaptadas que causam comprometimentos funcionais, não necessariamente acompanhada de sofrimento subjectivo. Estas perturbações de personalidade são distribuídas por três grandes grupos (L. Gonçalves, V.A. Amorim e M. Brazette, 1997), apresentados na tabela 4:

Tabela 4 – Grandes grupos de perturbações da personalidade

<b><u>Grupo de perturbação da personalidade</u></b>	<b><u>Características aparentes</u></b>	<b><u>Tipos de perturbação de personalidade contemplados</u></b>
Grupo A	Indivíduos com aparência bizarra ou excêntrica	. Personalidade Paranoide . Personalidade Esquizoide . Personalidade Esquizotípica
Grupo B	Indivíduos com aparência dramática, apelativa e manipuladora	. Personalidade Borderline . Personalidade Antissocial . Personalidade Histeriônica . Personalidade Narcísica
Grupo C	Indivíduos com aparência ansiosa e receosa	. Personalidade Evitante . Personalidade Dependente . Personalidade Obsessivo-Compulsiva

Pelo seu lado, a classificação actual da Organização Mundial de Saúde (CID-10) assenta na noção de um diagnóstico baseado em sintomas e sua gravidade, frequência e agrupamento. Exclui explicitamente outros aspectos da doença como factores sociais que, podendo ser importantes para o tratamento, não são considerados essenciais para o conceito de doença ou diagnóstico clínico (WHO, 1992). Fernandes da Fonseca (1997) considera problemático este último aspecto de exclusão do fundo de personalidade e dos factores contextuais biológicos, sociais e psicológicos da pessoa que se associam aos síndromes.

Parece, no entanto, ter havido uma tentativa de correcção deste último aspecto pela introdução de uma apresentação multiaxial da CID-10 que permita uma classificação simultânea da avaliação de vários aspectos da doença do paciente. Sendo que o diagnóstico clínico fica reservado para o Eixo I, houve a introdução de um Eixo II para o grau de incapacidade das funções socioculturais; e de um Eixo III para a avaliação de factores contextuais que se considere contribuir significativamente para a ocorrência, apresentação, curso, prognóstico ou tratamento da desordem mental ou física do Eixo I, ou quando tais

aspectos são relevantes para a gestão e tratamento do episódio presente (N. Sartorius, 2002; WHO, 1997 ). Inclui-se esta apresentação multiaxial na tabela 5:

Tabela 5 - Apresentação Multiaxial da CID-10 para uso no diagnóstico de desordens mentais do adulto

<b>Eixo I – Diagnóstico Clínico</b>
Registam-se neste eixo as desordens mentais (capítulo V) ou físicas, tal como catalogadas na CID-10
<b>Eixo II – Prejuízos</b>
Registam-se neste eixo o grau de incapacidade resultante das desordens físicas e/ou mentais numa escala de 0 a 5, em que 0 corresponde a “ausência de incapacidade” e 5 a “incapacidade total”. A classificação é feita no que diz respeito a: <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidados pessoais e sobrevivência</li><li>• Funções ocupacionais</li><li>• Funcionamento com familiares e outras pessoas que morem na mesma casa</li><li>• Comportamento social alargado (por exemplo, actividades de lazer)</li></ul>
<b>Eixo III – Factores Contextuais (códigos Z)</b>
Registam-se aqui factores que contribuam para a apresentação ou curso da(s) desordem(s) codificadas no Eixo I. Consideram-se os seguintes grupos de factores: <ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas relacionados com acontecimentos de vida<sup>13</sup> negativos na infância</li><li>• Problemas relacionados com a educação e literacia</li><li>• Problemas relacionados com o grupo de suporte primário, incluindo circunstâncias familiares</li><li>• Problemas relacionados com o ambiente social</li><li>• Problemas relacionados com habitação ou circunstâncias económicas</li><li>• Problemas relacionados com o (des)emprego</li><li>• Problemas relacionados com o ambiente físico</li><li>• Problemas relacionados com as circunstâncias legais</li><li>• Problemas relacionados com a história familiar de doenças ou incapacidades</li><li>• Problemas relacionados com o estilo de vida</li></ul>

Estas classificações descritivas, assentes nos sintomas e comportamentos observáveis, e tal como já antes referido, são úteis nos casos de psicose e grandes desordens afectivas, mas

<sup>13</sup> “Life events” no original

são bastante limitadas nos casos bem mais numerosos de desordens de personalidade<sup>14</sup> ou neuroses (O. Kernberg, 1984). O conceito de neurose foi mesmo abandonado pela classificação americana a partir da sua terceira revisão, uma vez que é uma patologia com grandes conotações à teoria psicanalítica em termos de etiologia, e devido à influência do pensamento cognitivo-comportamental (E. Fischer-Homberger, 1983) e Neo-Kraepeliniano (R. Blashfield e W.J. Livesley, 1999) que começou a prevalecer na cultura médica americana. O DSM-III tentou, a partir desta revisão, dispersar as várias referências anteriores de neurose por quatro novas grandes categorias (Bouman, Eifert e Lejuez, 1999):

- Perturbações de Ansiedade
- Perturbações de Humor
- Perturbações Somatoformes
- Perturbações Dissociativas

Como vimos, e paralelamente às preocupações somatogénicas na psiquiatria, muito ligadas ao contacto com as psicoses, uma outra via se abriu no final do séc. XIX através do estudo das psiconeuroses e do uso da hipnose. Charcot, Bernheim e Pierre Janet concebiam estas perturbações como sendo originadas por “ideias fixas patológicas”, “distúrbios emocionais” e “ideias subconscientes”, respectivamente. Estas causas emocionais seriam exploradas segundo duas linhas principais que acabam de alguma forma por convergir: uma linha interpessoal, iniciada pelo americano Adolph Meyer e consolidada por Harry Stack Sullivan; e uma linha psicanalítica pulsional, iniciada por Freud (A.H. Chapman, 1967).

Estas duas linhas, na tradição que estabeleceram para teorias posteriores, permitem a classificação de dois tipos de modelos de ideias psicodinâmicas em relação à estrutura da personalidade, ou seja, às configurações mais ou menos estáveis que organizam a experiência e a relacionam com as respostas comportamentais consequentes (J. Greenberg e S. Mitchell, 1983):

- Modelo pulsão/estrutura (iniciado por Freud): o ponto de partida na construção de uma estrutura são as pulsões instintivas
- Modelo relacional/estrutura (iniciado por H.S. Sullivan e R. Fairbairn): as estruturas são desenvolvidas a partir das relações do indivíduo com outras pessoas.

---

<sup>14</sup> Por exemplo, a esquizofrenia apresenta uma prevalência de 0,5 a 1% a nível mundial (C. Mota Cardoso, 2002) contra o dobro da percentagem das Desordens de Personalidade Borderline (J. Paris, 1999) ou os 11% de psicopatologia esquizotípica encontrados numa amostra randomizada não clínica (M. Lenzenweger, 1999).

Na linha interpessoal Meyer defendia que, no estudo da doença psiquiátrica, se deveria fazer um estudo compreensivo da vida emocional, social, interpessoal e física do paciente. Na sua opinião, a maior parte dos distúrbios psiquiátricos ficar-se-ia a dever a tumultos emocionais e traumas interpessoais, pelo que a relação terapeuta-paciente era uma parte importante do tratamento. Considerava, no entanto, que a mente estabelecia sempre relações integrativas com o corpo, sendo a doença mental uma reacção do organismo no seu todo a vários factores biológicos, psicológicos e sociais. Influenciado pelo filósofo John Dewey<sup>15</sup> de quem era amigo, Meyer rejeita o dualismo corpo-mente, considerando a mente como um conjunto de funções de um ser vivo organizado e em acção (P. Mullahay, 1970). Tendo sido professor de uma série de figuras importantes da psiquiatria americana, Meyer influenciou desta forma um trajecto mais centrado nos aspectos interpessoais da doença mental, ao contrário das preocupações neurofisiológicas europeias (A.H. Chapman, 1967; Fernandes da Fonseca, 1997)

Um dos alunos de Meyer foi Harry Stack Sullivan, fundador da “Psiquiatria Interpessoal”. Sullivan assume a sua posição logo no início do seu livro de 1953. No seu estilo algo radical, diz-nos:

Alguns psiquiatras têm muito treino na área de descrever, como se peças de museu se tratassem, aquelas pessoas que têm tantas dificuldades em viver que as suas situações seriam aparentes para todos. Esta é a psiquiatria das desordens mentais; e o que aprendemos acerca das desordens mentais através da psiquiatria descritiva não é muito significativo. Fornece, claro, uma justificação para que o psiquiatra ganhe a vida; e ele tem um sentimento de ser importante porque sabe muito acerca do como estes seres não compreendidos se irão parecer daqui a muito tempo. Se os pacientes conseguem mudar para melhor, toda a gente fica tão contente que ninguém perde muito tempo a condenar o psiquiatra pelos seus erros de diagnóstico. Mas o tipo de psiquiatria que eu estou a falar

---

<sup>15</sup> Considerado um dos três “pragmatistas americanos” (os outros são Charles Sanders Peirce e William James), defendia a ideia original de Peirce de que o conhecimento é uma actividade. A nossa necessidade de saber seria posta em marcha por uma carência, necessidade ou dúvida e daí para a avaliação do problema e de formas de o resolver (B. Magee, 2006)

tenta explicar desordens mentais graves; e também tem alguma utilidade no viver em geral (pág. 4).

Sullivan começou a sua carreira como psiquiatra no Hospital Shepard-Pratt onde via quase que exclusivamente pacientes esquizofrênicos. Por essa altura dominavam as ideias de Kraepelin de que estes eram doentes incuráveis e também as ideias de Freud que, se bem que por motivos diferentes, considerava que esta era também uma patologia não abordável em termos de tratamento<sup>16</sup>. Sullivan não reconhecia nenhum destes pontos de vista nos seus pacientes, considerando que os problemas que apresentavam reflectiam uma adaptação às suas circunstâncias de vida históricas e actuais, que nesse sentido aquilo que eles transmitiam verbalmente era compreensível e que estas eram pessoas acessíveis ao tratamento (Greenberg e Mitchell, 1983)

Considerava-se nessa época que 70% dos pacientes esquizofrênicos eram incuráveis (Fine, 1989), mas Sullivan começou a obter curas ou melhoras visíveis em cerca de 75% dos seus pacientes com este diagnóstico, usando para tal uma forma modificada de terapia psicanalítica (H.S. Sullivan, 1931). Estes resultados foram recebidos com alguma frieza e com declarações de que esses pacientes estariam mal diagnosticados uma vez que, se melhoravam, não podiam ser esquizofrênicos. Isto porque, por definição, a esquizofrenia era incurável. Este diagnóstico *a posteriori* irritava Sullivan e levava-o a considerar que afirmações destas se deviam ao zelo diagnóstico e manipulação das palavras por parte de médicos que não queriam ver o seu poder ameaçado e que condicionavam o rótulo terapêutico por uma espécie de “hospitalismo” (Greenberg e Mitchell, 1983). Isso tê-lo-á levado ao seu interesse pelo uso da linguagem que, segundo ele, funcionava na maior parte das vezes como uma forma de distorcer e esconder significados e de transmitir um falso sentimento de poder, quer a si mesmo, quer aos outros (H.S. Sullivan, 1970).

Para Sullivan, a psiquiatria deveria dedicar-se mais aos aspectos que são comuns a todos nós e menos às pequenas diferenças individuais que, segundo ele, contribuem menos para as dificuldades de adaptação do ser humano. Para além disso, define a psiquiatria como a

---

<sup>16</sup> Para Freud, o psicótico não desenvolvia uma neurose de transferência e, por isso, não seria possível utilizar-se o seu método psicoterapêutico. A verdade é, porém, que muitos dos seus pacientes, nos relatos clínicos de Freud, estão longe de serem casos ligeiros de neurose.

ciência que se preocupa com eventos e processos em que o psiquiatra é observador participante, uma vez que as informações por ele obtidas são retiradas de um campo bipessoal formado conjuntamente com o paciente (H.S. Sullivan, 1970).

A psicopatologia não seria uma entidade clínica, mas antes um síndrome ou uma configuração do processo total de viver que é excepcionalmente ineficaz e gerador de tensão, infelicidade e que contribui para os fracassos do indivíduo como um ser que se respeita a si mesmo<sup>17</sup> (P. Mullahay, 1970). Expressando claramente os princípios do Pragmatismo americano, Sullivan considera que uma pessoa é tudo aquilo que ela faz e tudo isso é apenas passível de ser conhecido na relação interpessoal (Greenberg e Mitchell, 1983).

A linha psicodinâmica iniciada por Freud é mais importante para este trabalho e será abordada detalhadamente mais à frente. Para já, interessa-nos aqui este aspecto da importância da comunicação no processo quer de diagnóstico, quer da intervenção posterior a nível psicoterapêutico. Parece-nos ser um aspecto central no olhar da psicopatologia, especialmente quando consideramos o problema do suicídio-sintoma como acto com significado e propósito (E.S. Scheidman, 1985; J. Baechler, 1979), que acontece num contexto interactivo de falhas relacionais (R. Hale, 2008).

---

<sup>17</sup> Central ao conceito de psicopatologia de Sullivan está o seu conceito de ansiedade em relação á ansiedade (Greenberg e Mitchell, 1983). Ansiedade é aqui entendida como qualquer forma de dor emocional, causada e bloqueadora de relações interpessoais. A diminuição da ansiedade seria também só possível através das relações interpessoais, pelo que as dificuldades em viver derivariam então do prolongamento e agravamento das quebras empáticas dessas mesmas relações (Chapman e Chapman, 1980).

## 2.4.A comunicação no diagnóstico e compreensão de casos

Como referimos atrás, o ponto de vista do clínico condiciona as possibilidades de definição do problema do paciente. Assim, a compreensão e explicação desse problema assenta, por sua vez, nesse mesmo ponto de vista. Esta é uma noção mais ou menos pacífica para a Psicologia Clínica, ramo da Psicologia que, por definição, faz “*o estudo subjectivo dos sintomas, das emoções, dos estados interiores, mas também o estudo objectivo do conjunto de comportamentos e fenómenos mentais e as leis que os regem*” (A. Braconnier e cols., 2006; pág. 16). Tal definição enquadra então o problema do sintoma para a situação de consulta e diagnóstico, situação em que o clínico é um observador participante do (com o) paciente, tal como Sullivan o definiu.

Esta ponderação do processo de diagnóstico e dos aspectos relacionais e da comunicação com o paciente não são, no entanto, ausentes na Psiquiatria. Um dos primeiros factos que determina a existência desta base comum com a Psicologia Clínica é o próprio objecto da Psiquiatria: a doença mental e a relação médico-doente (Fernandes da Fonseca, 1997). Ao contrário das Ciências Naturais, a Psiquiatria ou Psicologia não lidam com fenómenos de natureza exclusivamente objectiva, mas antes com realidades bio-psico-sociais que interagem de forma holística (Engel, 1977). E mesmo os elementos objectivos que se recolhem para a construção de um diagnóstico são, na sua maioria, obtidos do discurso do paciente ou de alguém que lhe seja próximo.

A oposição da objectividade ou subjectividade de uma observação é também, muitas vezes, uma questão levantada por um ponto de vista que parte de princípios da filosofia natural semelhantes aos de Newton, e que já atrás nos referimos aquando da revisão histórica da evolução da Medicina. O facto de os fenómenos psíquicos não serem “coisas”, isoláveis dada a sua natureza não separada dos observadores, não faz deles fantasias. Como diz Guntrip (1973)

As nossas experiências subjectivas são ‘subjectivas para nós mesmos’ e são também de forma inescapável ‘objectivamente reais para outras pessoas’. Se alguém nos ameaça, temos de saber se ele realmente tem essa intenção. Os delírios megalomaniacos de Hitler,

e os delírios paranóides de Stalin tiveram uma terrível objectividade para todos. Apenas o preconceito intelectual pode demitir a ‘realidade subjectiva’ como fantasia (pág. X)

Da mesma forma, e voltando à questão da comunicação, temos de considerar para além da comunicação verbal aberta, a comunicação não verbal, para além de elementos pré-verbais que conferem um determinado colorido e maior ou menor dificuldade aos papéis explícitos de ambos os intervenientes da relação clínico-paciente: ajudar e ser ajudado (Sullivan, 1970).

Em psiquiatria (Fernandes da Fonseca, 1997) ou psicologia clínica (Silva, 1983), o primeiro contacto do clínico com o paciente acontece, geralmente, num primeiro momento dedicado a uma entrevista de avaliação onde se pretendem cumprir três objectivos principais: diagnóstico, formulação do caso e obter um efeito terapêutico (Campbell e Russell, 1983).

Os últimos autores citados consideram o diagnóstico como uma classificação dos problemas do paciente num padrão de características ou síndromes de distúrbios mentais que permitam o enquadramento num campo mais vasto de conhecimento científico, obtido através da investigação e experiência psiquiátrica. Seria um acto descritivo e técnico, passível de ser verificado por um outro observador. Não haveria aqui lugar à interpretação ou intuição do clínico. Trata-se então de um ponto de vista descritivo que, se mais facilmente aplicado às psicoses, se revela mais difícil de assumir em relação às neuroses ou distúrbios de personalidade, não tão facilmente diagnosticáveis nestes termos.

Do nosso ponto de vista, esta suposta “objectividade” no diagnóstico implica também a impossibilidade de assumir um ponto de vista bio-psico-social porque anula a possibilidade de se assumir e aplicar um modelo de mente que permita uma integração informada da natureza tripartida das dificuldades apresentadas pelo paciente e as suas interpenetrações.

Esta dificuldade reforça a importância do segundo objectivo: a formulação do caso. Esta consiste numa articulação de diferentes dados onde se pretende estabelecer um sentido explicativo provisório para o problema do paciente. Considera-se a sua história pessoal, estado mental, sintomas, circunstâncias actuais bio-psico-sociais, diagnóstico, curso da doença, prognóstico e tipos de intervenção possíveis (N. McWilliams, 1999).

Finalmente, a entrevista pretende ser terapêutica e promotora da comunicação, quer através da oferta por parte do clínico de uma nova compreensão ou reformulação do problema, quer através do início do estabelecimento de uma boa relação com vista a intervenções terapêuticas futuras. Como diz Fernandes da Fonseca (1997, pág. 295) *“a primeira entrevista tem, quase sempre, uma importância e um significado decisivos, no que respeita ao estabelecimento da relação médico-doente e, já que dela depende em grande parte, também, o maior ou menor sucesso da terapêutica a instituir”*.

Não existindo uma visão unificada do processo clínico de entrevista em psiquiatria (e psicologia clínica), diferentes profissionais darão mais ou menos relevância a cada um destes três objectivos e ao manejo e estabelecimento da relação médico-doente (Campbell e Russell, 1983). No entanto, e para os praticantes de psicoterapias filiadas em determinada tradição, esta relação assume uma importância de primeira ordem, quer pelas informações que permite obter, quer pelo estabelecimento das fundações de uma aliança terapêutica. O tipo de informações importantes verá essa importância grandemente determinada pelo tipo de modelo que o clínico siga.

Como diz Hesnard (citado por R. Mucchielli, 1980), a condição humana é intersubjectiva e o processo de nos relacionar assenta na possibilidade de identificação ou de nos colocarmos no lugar dos outros. Na doença mental, a relação intersubjectiva normal muda para uma intrasubjectividade onde o indivíduo se ocupa, dele mesmo, em grau variável de gravidade. Enquanto o psicótico habita um mundo irreal e privado, o neurótico apresenta apenas leves traços destas características.

Tentando então ser um parceiro relacional, o clínico tem na relação um instrumento que lhe permitirá avaliar intersubjectivamente os aspectos e a extensão da retirada do paciente desse campo relacional intersubjectivo. Se a extensão pode ser vista pela maior ou menor retirada do paciente do campo relacional, a exploração e compreensão dos aspectos que são sonogados é um assunto bem mais complexo e que nos obriga, pelo menos a nós, a considerar a noção de estrutura mental e de Inconsciente, tal como Freud o apresentou. Refere C.A. Dias (1999) que

A ideia do inconsciente em Freud não se fundamenta como uma coisa apenas não consciente, é uma lógica de funcionamento psíquico, que quebra na sua formulação, a

lógica positiva e os aspectos da comunicação positiva, que estão presentes depois de Aristóteles em toda a lógica (pág. 11).

Este é um assunto que merece alguma atenção, nomeadamente na forma como este conhecimento é construído e no lugar onde é obtido (sessões de análise). Daqui deriva uma metapsicologia e uma forma de ver que se constituem não só como categorias de e para a observação, como também toda uma lógica que concorre directamente com métodos e concepções de ciência.

## **2.5. Psicoterapia como paradigma de comunicação da relação médico-doente.**

Etchegoyen (1987) define psicoterapia da seguinte forma:

Pelo seu método, a psicoterapia dirige-se à psique pela única via praticável, a comunicação; o seu instrumento de comunicação é a palavra (ou melhor dito, a linguagem verbal e pré-verbal), ‘fármaco’ e, ao mesmo tempo, mensagem; o seu marco, a relação interpessoal médico-doente. Por último, a finalidade da psicoterapia é curar, e todo o processo de comunicação que não tenha esse objectivo (ensino, doutrinação, catequese) nunca será psicoterapia (Pág. 4).

As psicoterapias partilham vários aspectos básicos com a entrevista, nomeadamente na autenticidade, interesse genuíno e neutralidade do clínico em relação ao paciente (Fernandes da Fonseca, 1987). Se as separarmos em termos formais e temporais, existe também uma continuidade entre as ambas no que diz respeito ao desenvolvimento e aprofundamento da relação terapêutica. Isto, por sua vez, permite ir afinando e corrigindo a formulação inicial do caso. Por isto mesmo Torras de Beà (1991) considera que o diagnóstico e formulação de caso mais próximo da situação real do paciente acontecem apenas na última sessão de psicoterapia e no último encontro com o paciente.

Sendo um método que depende em primeiro lugar da relação directa e pessoal entre paciente e terapeuta, dependendo da capacidade dessa relação para influenciar o paciente na direcção da saúde emocional e um maior bem-estar (N. Swift, 1983), este aspecto comunicacional e relacional é também de grande importância para outras áreas da Saúde e da Medicina que não a Psiquiatria. Por exemplo, a confiança que um paciente deposita no seu médico irá ter uma grande influência na sua decisão de aceitar a sugestão de se submeter a uma determinada cirurgia recomendada ou de seguir uma determinada terapêutica prescrita.

O reconhecimento da importância e uso deste factor em Medicina é, aliás, tão antigo como a própria disciplina. Hipócrates considerava fundamental a interacção dos factores psíquicos e orgânicos e alargava esta preocupação ao comportamento que o médico deveria ter perante o doente (a comunicação, o apoio moral, etc.). A Medicina de Hipócrates era uma

medicina clínica que assentava na relação médico/doente como pilar fundamental da sua acção (C. Rodrigues, 1992).

Embora a doença ou o distúrbio mental tenha sempre uma natureza tripartida bio-psico-social (Fernandes da Fonseca, 1987; Engel, 1977), percebe-se então a importância dos aspectos relacionais no que se refere às artes terapêuticas e a afirmação de Henri Ey (Ey, Bernard e Brisset, 1965) de que, para a psiquiatria, se bem que a psicoterapia nem sempre seja suficiente, é pelo menos sempre necessária.

## **2.6.A comunicação como contexto e o problema da objectividade:**

A comunicação no contexto da prática clínica é sempre objectiva apenas em grau. Existe no campo relacional uma comunicação que é muita vezes difícil para ambas as partes. Como diz Sullivan (1953), a comunicação entre duas pessoas nunca é puramente franca num contexto interpessoal, existindo uma tensão ou ansiedade mais ou menos evidente nos dois participantes que os fazem fugir a certos assuntos, mascarar outros ou optar pelo silêncio.

No caso da entrevista clínica ou sessão de psicoterapia, espere-se que a ansiedade seja maior do lado do paciente, mas ela é também existente no pólo do clínico. Por isso, para além das informações sobre o paciente que se podem retirar de tais dificuldades, o clínico deve estar também especialmente atento a estas questões para que possa contribuir para a promoção da saúde do paciente, manter a sua e facilitar uma relação interpessoal que torne ambas as situações possíveis.

Mas a ansiedade no pólo do clínico pode também levar a dificuldades de comunicação na relação com o paciente se o clínico evitar ser um observador participante. Uma das formas de o fazer é entregar-se a uma técnica mecânica e a procedimentos que, mesmo que sejam empiricamente validados, não podem substituir o seu próprio Self. Este aspecto é pertinente no sentido da velha disputa entre diferentes teorias da psicologia e da personalidade e as consequentes diferenças de técnicas. O que se verifica na prática é o que se passou a designar por “Efeito Dodó<sup>18</sup>” (B. Wampold, 2001). Este “efeito” refere-se à constatação de que modelos e técnicas diferentes chegam a uma percentagem equivalente de sucessos.

Esta questão não nos surge tão clara assim, porque tudo depende do que se entende por sucesso. Uma psicoterapia que se centre no sintoma simples não pode ser facilmente comparada a uma psicoterapia longa, que vise alcançar mudanças a nível da personalidade, vista como sede dos problemas que levam não só ao problema específico, mas também a constricções diversas de liberdade de funcionamento que deveria tender para a expansão e crescimento. É este, alias, o problema que se vive hoje em dia em países anglo-saxónicos, em que modelos de psicoterapias são comparados em termos de remoção de sintomas simples, geralmente enquadrados dentro do Eixo I do DSM-IV. Esta comparação superficial determina

---

<sup>18</sup> Esta é uma metáfora retirada do livro de Lewis Carroll (2000) “As Aventuras de Alice no País das Maravilhas”. Organizada uma corrida com o objectivo de que os seus participantes encharcados se secassem, a corrida foi interrompida a meio pelo pássaro Dodó porque todos estavam já enxutos. Quando lhe perguntaram quem ganhou, após alguma ponderação, ele responde “Ganhámos todos e todos devemos receber prémios!” (pág. 32)

a sobrevivência do modelo financeiramente mais barato no imediato, mas não necessariamente a longo prazo ou o mais benéfico para o paciente (N. McWilliams, 1999).

Em termos de psicoterapias psicodinâmicas de longa duração (pelo menos um ano), existe geralmente a acusação de serem demasiado dispendiosas (porque longas) e sem vantagens evidentes. Tal é desconfirmado por um estudo recente (F. Leichsenring e S. Rabung, 2008) em que os autores fazem uma meta-análise de artigos publicados entre 1960 e 2009, abrangendo mil e cinquenta e três pacientes abrangidos por onze estudos de controlo randomizado e doze observacionais. Os autores concluem que as psicoterapias psicodinâmicas de longo curso são bem mais eficaz em relação a problemas-alvo e funções da personalidade do que psicoterapias de curta duração. Distingue-se especialmente na eficácia referente a casos complexos de desordens de personalidade, doenças mentais crónicas, desordens mentais múltiplas e desordens complexas depressivas e ansiosas.

Por outro lado, o que em parte o Efeito Dodó atrás referido também significa é que a essência do efeito terapêutico está em algo mais do que uma simples mecânica técnica, pois todas elas, por mais radicalmente diferentes e contraditórias em princípios-base, apresentam resultados semelhantes, quando tais resultados são definidos nos mesmos termos.

A tentativa que se fez ao longo de décadas para comprovar diferenças de eficácia entre as várias escolas de psicoterapia nunca foi conseguida de forma definitiva (Cordioli, 1993). Existem, no entanto, aspectos comuns a todas elas e, para alguns autores como Jerome Frank (1973), seriam estes os responsáveis pelos resultados terapêuticos. Os componentes partilhados por todas as terapias seriam:

- A existência de uma relação emocionalmente intensa e confiável com uma pessoa que está presente para ajudar (terapeuta).
- Contexto da relação como um *setting* terapêutico, em que a pessoa se apresenta a um clínico na crença de que ele a ajudará e trabalhará em seu favor.
- A existência de um racional, esquema conceptual ou mito que apresenta uma explicação razoável para os sintomas, resultando na prescrição de uma série de rituais que supostamente resolverão os sintomas. O racional tem de ser partilhado por terapeuta e paciente, mas não é necessariamente “verdadeiro” no sentido de ser cientificamente comprovado. O paciente tem de acreditar no tratamento ou ser encaminhado no sentido de também acreditar.

- A existência de um ritual de procedimentos que requerem a participação de ambos os elementos da relação terapêutica e que se baseia no racional explicativo.

Estes rituais teriam também seis componentes que são comuns a todas as terapias.

- O fortalecimento da relação terapêutica
- Inspiração e manutenção da esperança de ajuda
- A possibilidade de aprendizagens cognitivas e experienciais
- Mobilização emocional
- Aumento do sentido de mestria, auto-controlo, competência e eficácia no paciente
- O encorajamento à “digestão emocional” ou “work-through” das situações vividas pelo paciente no seu dia-a-dia e não apenas na situação de terapia.

Independentemente da dificuldade de estabelecer diferenças de eficácia entre modelos de psicoterapia, a análise de décadas de estudos sobre essa eficácia nos diferentes modelos permite concluir que a psicoterapia é extremamente eficaz, com 80% dos pacientes a apresentarem melhoras no final das suas terapias, relativamente ao estado em que estariam se não se tivessem submetido ao procedimento. A variância deste número situa-se nos 14%, independentemente da terapia utilizada. Note-se que destes resultados, 70% resultam dos efeitos comuns às diferentes formas de terapia, menos de 8% a factores específicos do modelo e 22% a factores não explicados e atribuídos a diferenças nos pacientes (B. Wampold, 2001).

Embora haja factores comuns às psicoterapias, eles têm de estar contextualizados por um *setting* terapêutico e pela crença partilhada de ambos os membros da relação. Os diferentes procedimentos de cada terapia são diferentes na forma, mas terão de existir para que se revelem eficazes. Não se trata então de um modelo alternativo de psicoterapia mas um meta-modelo desta actividade (B. Wampold, 2001).

Wampold distingue dois tipos de meta-modelos em Saúde Mental: o modelo médico e o modelo contextual. Esta é uma distinção útil na medida em que permite compreender as diferentes posições e atitudes dos clínicos face às suas orientações terapêuticas, à psicopatologia e, em última análise, à identidade profissional. O modelo de Jerome Frank apresentado atrás corresponde ao modelo contextual das psicoterapias. Vejamos então o que Wampold considera ser o modelo médico.

O modelo médico começa por considerar que existe uma *desordem, problema ou queixa no paciente*. Os sintomas e sinais são indicativos dessa desordem e definem-na por um termo convencional numa taxonomia como o DSM-IV (DSM-IV-TR, na sua última revisão) ou a CID-10.

Esta desordem tem uma *explicação de acordo com o modelo* usado pelo clínico. Por exemplo para a Terapia Cognitiva seria um problema de significação da estrutura cognitiva com consequências emocionais decorrentes. Para a psicanálise, o problema seria concebido no seu inverso: uma paragem no desenvolvimento afectivo-emocional que resultaria em distorções do aparelho cognitivo.

Partindo destas concepções, cada modelo estabelece então um *mecanismo de mudança* que permite ultrapassar o problema: a reestruturação cognitiva, a alteração da dinâmica emocional, o tornar o inconsciente consciente, etc.

Para se atingir essa mudança, terão de existir *componentes terapêuticos específicos* a cada forma de terapia: a associação livre, a exposição mediada por relaxamento a estímulos fóbicos, etc.

O ponto central do modelo médico é o de que uma desordem específica requer um ingrediente terapêutico específico. Esta *especificidade* prevê então a necessidade de tais ingredientes, tomando-os como responsáveis pelos progressos terapêuticos.

Note-se que o modelo médico biomédico não é totalmente sobreponível a um modelo médico psicoterapêutico, onde as causas e explicações das desordens mentais têm uma natureza psicológica e não bioquímica ou anátomo-patológica. Como tal, a intervenção requer ingredientes terapêuticos específicos, mas estes são de natureza psicológica. A divisão entre modelo biomédico e médico psicoterapêutico é, mesmo assim, difícil de estabelecer, quer pela multideterminação dos distúrbios mentais, quer pelo facto de que a psicoterapia altera também ela a bioquímica do cérebro (Baxter et alli, 1992 *in* Wampold, 2001).

## 2.7. Psicoterapia e Psicopatologia:

Existe um elo claro entre ambas, uma vez que o psicoterapeuta, independentemente do seu referencial, precisa de conceber o problema que o seu paciente lhe traz de acordo com um ponto de vista ou referencial. Este referencial e o raciocínio consequente no qual se estabelece terá também implicações no manejo clínico do paciente, sob a forma de prioridades, técnicas e definições de necessidades do paciente que se pretendem ver atendidas.

Vimos já as duas formas principais de conceber a psicopatologia (Kraepeliniana e psicodinâmica; o modelo médico e o modelo contextual), formas essas que, pela natureza dos modelos subjacentes, permitem um maior ou menor distanciamento e delimitação do problema do paciente em relação à prática psicoterapêutica ou psiquiátrica no sentido da relação clínico-paciente.

Desta forma, partindo do ponto de vista descritivo supostamente objectivo, torna-se muito mais fácil conseguir uma definição da Psicopatologia como “*o estudo científico do comportamento anormal. Diferencia-se assim da Psicologia Clínica e Psicologia, que se focam respectivamente na gestão comportamental e médica da desordem mental, respectivamente*” (J. Stirling e J. Hellewell, 1999; pág.1). Esta é uma definição que permite chegar a uma Psicopatologia do tipo da do DSM-IV ou CID-10.

Estes limites são bem mais obscuros quando partimos de modelos contextuais da relação clínico-paciente e de noções desenvolvimentais dos problemas do paciente, mais próximos das raízes psicológicas e filosóficas da Psiquiatria e Psicologia Clínica (disciplinas que pedem, justificam e enquadram o psicodiagnóstico). Entende-se neste sentido a citação anteriormente referida de Torras de Beà (1991, pág.11): “*o tratamento começa na primeira entrevista e (...) o diagnóstico termina na última, com a despedida*”.

Só agora, após explorar os limites muitas vezes não explícitos dos conceitos subjacentes à noção de Psicopatologia, nos atrevemos a apresentar uma definição do termo. Escolhemos para isso o ponto de vista de Fernandes da Fonseca (1997):

(...) psicopatologia (...) é a ciência que procura delimitar conceitos gerais, com validade universal, no campo da patologia psíquica. (...) O objecto de estudo da psicopatologia procura, assim, abranger não só a explicação e compreensão das vivências e dos comportamentos anormais como também as condições em que os mesmos se situam, estabelecendo, desse modo, uma relação ordenada de alterações psíquicas (págs. 7 e 8).

Esta escolha pode parecer uma contradição com os modelos que apresentaremos, mas tal fica-se a dever ao significado que atribuímos a “explicação”, “compreensão”, “anormal” e, especialmente, a “condições”.

Ficamos agora com o problema de definir o que é Ciência, uma vez que a Patologia Neo-Kraepeliniana, tal como os princípios que atrás apresentamos, não permite grande margem de manobra na consideração da explicação e compreensão de vivências e fenómenos mentais e comportamentais, por ser essencialmente empírico-positivista e por remover da sua acção classificativa qualquer modelo da mente, necessariamente com fundamentos metapsicológicos e filosóficos. Na nossa opinião, o objectivo explícito desta corrente é inatingível, uma vez que não consegue afastar-se dos tais modelos da mente como se propõe. Tal como a definem, a sua abordagem é organicista e esse é ele mesmo um modelo que nasce em grande medida de um contexto sociopolítico e filosófico na Medicina, tal como já antes exploramos.

A definição de Fernandes da Fonseca incorpora, em grande medida, as noções de Karl Jaspers sobre Psicopatologia. K. Jaspers (1959) chamou a atenção para o preconceito e prejuízo de abordar este campo apenas pelo método quantitativo, próprio das ciências exactas, o que deixa de fora fenómenos psíquicos:

Sempre que o objecto de estudo é o Homem, e não o homem como uma espécie de animal, descobrimos que a psicopatologia se torna não só uma forma de biologia, mas também uma forma de Humanidades. (...) (Um médico) deveria adquirir alguns dos pontos de vista e métodos que pertencem ao mundo das Humanidades e Estudos Sociais.

Na verdade, os métodos de quase todas as Artes e Ciências convergem na psicopatologia (pág. 36).

Não será aqui o melhor lugar para explorar as discussões e argumentos da Filosofia da Ciência, mas sentimos a necessidade de fixar alguns conceitos que legitimem uma cientificidade às nossas escolhas pontos de vista já assumidas e a assumir.

Já atrás nos referimos a Hume e Popper no sentido em que relativizaram o Racionalismo positivista que considera existir uma Natureza ou realidade última, independente da observação, e que é possível de ser revelada pela Ciência. Popper considerava que a Ciência não deveria ser indutiva na busca da “Verdade”, mas antes servir-se de um processo em que cada teoria é colocada perante o teste da falsibilidade. A aproximação à “Verdade” é feita pelo processo dialéctico e crítico da discussão e teste de teorias, onde só as mais aptas vão sobrevivendo.

O problema que as noções de Popper colocam à cientificidade de conceitos dentro da Psicopatologia diz respeito ao problema desta “testabilidade”. Muitos conceitos de base são, na verdade, metapsicologias baseadas em conceitos filosóficos. A personalidade é um bom exemplo, um outro é o de empatia, tal como Sullivan se lhe referiu: *“Embora a empatia possa soar como algo de misterioso, lembre-se de que há muitas coisas no universo que soam misteriosas, e só lhe resta habituar-se a isso; e também talvez se habitue à empatia”* (H.S. Sullivan, 1953; pág. 42).

Por outro lado, o critério de que a verdadeira ciência é o da falsibilidade denuncia a adesão de Popper à base tradicional do raciocínio dedutivo que deixa disciplinas com teorias não formalizadas, como as de Darwin ou a Etologia, fora do conjunto da “ciência genuína”. (J. Ahumada, 1997).

A questão reside então, parece-nos, no quão a fundo sujeitamos à dúvida as nossas noções de base e categorias interpretativas da realidade. Como diz T. Lindlof (1995), a ciência objectivística assume que aquilo que oferece é uma representação dos fenómenos estudados e dos seus mecanismos causais, como num modelo matemático. O investigador apresenta-se como neutro na sua leitura de uma realidade concreta única, defendendo o seu ponto de vista

pelo método, lógica e evidência. Apenas é contestável a validade dos factos e não a forma como esses factos foram construídos.

Segundo Kuhn (1962), a interpretação está sempre na base de qualquer modelo teórico, seja ele da Psicologia ou da Física, contendo cada especialidade de saber uma série de premissas básicas não testáveis. O conhecimento é obtido e alargado a partir de um paradigma que congrega uma determinada comunidade científica, unida em torno do modelo suficientemente forte, mas não completo, do seu fundador. Esta seria a via da “Ciência Normal”, em que um paradigma se estabelece como construção social de uma comunidade e por validação social mais alargada (G. Fourez, 2002).

As Teorias das Relações de Objecto, modelo teórico que é predominantemente utilizado neste trabalho, assentam num duplo caminho convergente dos modelos estrutural-pulsional de Freud e estrutural-relacional de Fairbairn e Sullivan, ambos modelos interpretativos de uma realidade construída do Ser Humano. No seguimento do atrás exposto, tal aspecto interpretativo (partindo de compromissos metafísicos) não lhes retira qualquer credibilidade enquanto modelos científicos (Greenberg e Mitchell, 1983).

Acrescente-se aqui um comentário relativo ao uso da palavra “construída” no parágrafo anterior, onde se refere também Freud. A sua psicologia psicanalítica, embora possa parecer por vezes semelhante, nada tem que ver com o construtivismo das teorias de comunicação positiva, por exemplo com a Escola de Palo Alto. Como nos avisa C.A. Dias (1999), o que Freud introduz é uma rutura com a lógica positiva:

A ideia do inconsciente em Freud não se fundamenta como uma coisa apenas não consciente (...) o inconsciente está vazio, quem o cria é a interpretação, no sentido de que o lugar aonde o inconsciente emerge é o lugar em que o sujeito o afirma (págs. 11 e 14).

Esta questão surge a propósito dos lapsos de linguagem ou do sonho, em que algo mais é suspeitado pela falha na lógica formal, na falta de um qualquer elemento. É uma noção algo difícil de alcançar, mas, segundo a entendemos, trata-se da questão de haver um outro lugar não conhecido do qual nos aproximamos pela incompatibilidade de articulação do que conhecemos, pela falha que introduz, mas que não podemos dizer que seja algo que surge

apenas no momento de aproximação ou da construção de um significado. Existe na falha e na falta e, daí, a necessidade da construção ou da significação simbólica da palavra ”*Literal e radicalmente, a palavra é onde a coisa desaparece (...) a linguagem que usamos é radicalmente uma linguagem do engano*” (C.A. Dias, 1999; pág., 17).

A compreensão desta questão por alguns autores é por vezes apelidada como fase mística ao colocar problemas metafísicos, mas também, na nossa opinião, pelo aproximar de um problema paradoxal que muitos dizem existir, por exemplo, na tentativa de definir Deus: sendo uma entidade infinita em termos de conhecimento, poder e possibilidades, quanto mais é afinada uma definição, mais longe está do seu objecto pela limitação e circunscrição que implica. Ahumada (1997, pág. 357) diz basicamente o mesmo sob outra forma: “(...) *a lógica prática do analista (...) centra-se no que o analisando desconhece, no que Freud chamou resistência e Bion de vínculo –K*”.

No entanto, e como marca da diversidade de pensamento e filosofias de base na psicanálise, Atwood e Stolorow (1984) são da opinião de que a psicanálise é e sempre foi uma forma de estruturalismo aplicado, dedicando-se à análise estrutural ou à ordenação inteligível de princípios e padrões. Sendo o conceito de um todo estrutural algo de abstracto, visa iluminar as configurações invariáveis estruturais que organizam um sistema de factos observados.

Regressando à definição de Fernandes da Fonseca, esta apresenta-nos ainda um outro problema a resolver: em que sentido devemos conceber a patologia psíquica com as suas vivências e comportamentos anormais? Este problema tem, como muitas outras questões da Psicologia Clínica e Psiquiatria, contornos difusos. Entende-se facilmente o que Fernandes da Fonseca quer dizer na sua definição geral mas necessitamos, mesmo assim, de considerar esta questão pois ela deriva de um determinado modelo.

## 2.8.Descompensação, estrutura psíquica, personalidade e carácter:

Os conceitos de neurose, reacção vivencial anormal, psicopatia e desenvolvimento anormal correspondem a grupos de distúrbios mais facilmente classificáveis como não-psicóticos. Já entre eles, a classificação, delimitação e diferenciação é mais difícil de estabelecer. De qualquer forma, reacção e processo são ambos compreensíveis do ponto de vista fenomenológico, tal como Jaspers aborda a questão: é possível empatizar os motivos. É neste sentido que Fernandes da Fonseca (1997) diferencia estes conceitos:

- a) A neurose seria a “*exteriorização de conflito que a psicanálise revelou ser, muitas vezes, inconsciente, de carácter pessoal ou interpessoal*” (A. Fernandes da Fonseca, 1997; pág. 395)
- b) A psicopatia resultaria da expressão de uma imaturidade de estruturas da personalidade, com repercussões apreciáveis no comportamento do indivíduo.
- c) As reacções vivências anormais correspondem a uma resposta da personalidade a uma perturbação mais ou menos aguda do equilíbrio psíquico. Quando a vivência que a provocou cessa, a reacção tende a desaparecer.
- d) Um desenvolvimento anormal refere-se às consequências de um trauma intenso (circunstancial ou prolongado) sobre as estruturas disposicionais do indivíduo. Este trauma resulta então num desenvolvimento ou evolução inadequada da vida psíquica desse indivíduo

O conceito de reacção vivencial anormal começa a ganhar peso na psicopatologia a partir de Karl Jaspers, que vem então falar de uma reacção compreensível do psiquismo a determinada vivência ou experiência. Por “compreensível” Jaspers quer dizer que, por exemplo, podemos compreender ou empatizar (colocarmo-nos no lugar da pessoa) o efeito que a experiência de ser aprisionado terá sob o psiquismo de uma pessoa. Permanece no entanto incompreensível o processo psicológico que leva à tradução dessa experiência em patologia (K. Jaspers, 1959).

Jaspers classifica os estados reactivos da seguinte forma:

- *De acordo com os factores precipitantes*: Psicoses de prisão, neuroses de compensação posteriores a acidentes, psicoses decorrentes de catástrofes, as reacções de saudade, psicoses de combate, psicoses de isolamento e reacções a isolamento com

alguns camaradas (aprisionamento em que se tem por companhia sempre os mesmos camaradas).

- *De acordo com a estrutura psíquica dos estados reactivos:*

- Experiências que desencadeiam sentimentos qualitativamente compreensíveis mas excessivamente fortes, que roçam a anormalidade e que rapidamente criam fadiga ou paralisia. A depressão reactiva é a mais comum, sendo raras as manias reactivas. Também a intensidade dos efeitos subsequentes destes sentimentos pode ser anormal.
- Explosão de violência, raiva, movimentos descoordenados, etc., ficando o *self* num estado de estreitamento de consciência.
- Afectos violentos levam a uma turvação da consciência, mesmo dentro de limites de intensidade normais. A memória é posteriormente incompleta. Em situações anormais observam-se estados crepusculares.
- Síndrome de Ganser, delírio histérico, estupor e ideias elaboradas de perseguição.
- Reacções com alucinações e delírios.

- *De acordo com o tipo de constituição psíquica:* refere-se à robustez e limites de cada um à intensidade e tipo de experiências.

No caso de uma reacção autêntica, há então uma conexão compreensível entre vivência e conteúdo da reacção, reacção que não existiria sem essa vivência. O curso da reacção dependerá também da vivência e suas conexões (Pio de Abreu, 1997)

Kurt Schneider (1997) concorda com Jaspers no que se refere ao critério de que é a vivência que desencadeia sempre o estado reactivo. Coloca no entanto algumas reservas ao dizer de Jaspers de que existe uma relação compreensível entre causa e conteúdo do estado reactivo. Por exemplo, após uma catástrofe, assiste-se por vezes a estados eufóricos. Jaspers tinha já assinalado esta questão mas introduzem-se mesmo assim excepções ao seu segundo princípio identificador das reacções vivências.

Schneider aponta também exceções e a não universalidade do terceiro critério, o de que o estado depende da causa no seu curso temporal, cessando quando a causa cessa também. Nem sempre causa e reacção cursam paralelamente, podendo existir uma reacção vivencial descontínua. Tal situação existiria quando, por vezes, a recordação de uma experiência dolorosa leva a sentimentos dolorosos, mas noutras ocasiões tal reacção não é desencadeada.

Pode então haver uma reacção à recordação da vivência original, influenciada também pelo fundo não vivenciado como a hora do dia, o tempo meteorológico, o estado de ânimo vital, etc. Ao considerar-se como reacção o estado desencadeado por uma recordação e, assim, a não continuidade temporal como critério, dificulta-se a distinção de reacção com desenvolvimento. No entanto, a distinção está na existência de um princípio e um fim para a reacção, enquanto no desenvolvimento esse fim não se avista (Pio de Abreu, 1997)

Schneider introduz assim um alargamento do conceito de reacção, o que no entanto implica cuidados na classificação. Por exemplo, pode existir uma psicose sub-clínica que se manifesta aquando de uma determinada vivência, mas que se manifestaria do mesmo modo sob influência de uma outra qualquer vivência ou mesmo de nenhuma.

Ainda no campo das psicoses, Schneider considera que as que são reactivas a patologias orgânicas não deveriam ser consideradas reacções vivenciais, mas antes secundárias a um estado orgânico. Vinga assim o critério de Jaspers de que apenas se pode considerar reacção vivencial aquelas que surgem na consequência de um estímulo externo (Fernandes da Fonseca, 1997).

Estas reacções vivenciais podem não surgir sob uma forma emocional mas antes como expressões corporais psicossomáticas. São então *reacções psicossomáticas* apenas enquanto mantiverem uma relação compreensível com a vivência. Podem no entanto tornar-se incompreensíveis, dando então lugar a processos orgânicos.

Uma vez que o desenvolvimento anormal parte também de uma vivência, a distinção entre as duas faz-se em termos da reversibilidade da anormalidade. Enquanto a reacção cessa quando cessa a vivência, no desenvolvimento a vivência coloca em marcha uma alteração permanente da personalidade. Pio de Abreu considera que muitas das reacções vivenciais anormais podem depois tornar-se desenvolvimentos anormais (1997)

Quadros deste tipo foram descritos por Kraepelin como “Psicoses de relação” e por Mira y Lopez como “Psicoses Situativas” (Fernandes da Fonseca, 1997). Estas últimas, embora com fronteiras difusas com as verdadeiras psicoses, não definem verdadeiros doentes psicóticos. Surgiriam, face a circunstâncias desfavoráveis, *reações* próximas ou do tipo paranoide ou o reavivamento de predisposições mórbidas latentes (psicoses reflexas) (J.S. Athayde, 1971), sendo que então nos desenvolvimentos se observa uma evolução delirante.

Mencionou-se atrás que as reações vivenciais são uma resposta da personalidade a uma perturbação mais ou menos aguda do equilíbrio psíquico e que o desenvolvimento anormal corresponde às consequências de um trauma intenso sobre as estruturas disposicionais do indivíduo. Pio de Abreu (1997; 187) defende que se devem considerar as Perturbações de Personalidade como desenvolvimentos anormais. Surge então a clássica questão de saber porque determinada perturbação gera uma reacção vivencial anormal *naquela* personalidade. E, no caso dos desenvolvimentos anormais e perturbações da personalidade, de que forma uma paragem ou bloqueio do desenvolvimento psico-afectivo condiciona toda a relação do self consigo mesmo e com os outros, dando lugar àquilo que se passa a chamar desordem de personalidade.

Como nota R.H. Cawley (1983), neurose e perturbações de personalidade não são claramente diferenciadas nas nosografias do DSM-IV e CID-10. A sua classificação é arbitrária e as fronteiras entre os diversos quadros são difusas. Considerando que há uma clara distinção entre estas duas situações e as perturbações psicóticas, o autor considera que a dificuldade de estabelecer uma correcta nosologia se deve a quatro características comuns às neuroses e desordens de personalidade:

- O fenómeno mórbido pode ser visto, em grande parte, como um desvio quantitativo dos fenómenos de uma vida normal.
- O funcionamento psicológico e a individualidade pessoal do paciente só podem ser entendidos por uma apreciação sistemática dos traços, dimensões, categorias e dinâmica da personalidade.
- As variáveis ecológicas, principalmente as do ambiente humano, têm uma importância central nas questões de harmonia ou desarmonia de adaptação ao meio.
- As variáveis do desenvolvimento psicológico são importantes na medida em que se estabelecem padrões de comportamento, adaptação e respostas objectivas pela

influência de processos biológicos de crescimento, maturação e pelos processos de aprendizagem emocionais e cognitivos.

Esta encruzilhada remete-nos, pelo menos a nós, para a noção de estrutura psíquica, noção psicodinâmica que nos parece esclarecer melhor muitas das dificuldades classificativas e significativas das sintomatologias, com claro benefício para um enquadramento clínico do tipo psicoterapêutico do paciente. Embora Fernandes da Fonseca não siga na sua obra uma posição exclusivamente psicodinâmica, relembremos que os seus princípios de base são similares no pensar da normalidade e sintomatologia da pessoa: uma totalidade dinâmica cujas actividades funcionais se integram em núcleos estruturais (constituição, individualidade e personalidade) (1997).

*“Em psicopatologia, a noção de estrutura corresponde àquilo que, num estado psíquico patológico ou não, é constituído pelos elementos metapsicológicos profundos e fundamentais da personalidade fixados num arranjo estável e definitivo.”* (J. Bergeret, 1996; pág. 50). Acrescenta o autor que, se tal estrutura não for considerada aquando da apreciação dos sintomas superficiais, corre-se o risco de não se apreciar correctamente o valor destes sintomas em termos de génese e prognóstico, com evidentes consequências clínicas.

Este conceito remete também para distinções entre, por exemplo, a verdadeira psicose ou episódios agudos de angústia estilhaçante, mas inserida numa estrutura neurótica, das psicoses situativas. Um sintoma de aspecto psicótico, como por exemplo um episódio delirante, pode ser encontrado num paciente não psicoticamente estruturado (J. Bergeret, 1998). O sintoma deveria ser avaliado à luz da sua relação com a estrutura de base da personalidade, por exemplo, o sintoma como defesa de certos aspectos dessa estrutura.

Relembrando o que atrás se disse em relação ao manejo do paciente em risco de suicídio, no exemplo de Kernberg, percebe-se como esta noção de estrutura se torna extremamente relevante do ponto de vista clínico. O autor referia o exemplo do risco que constitui o não reconhecimento de uma organização borderline à qual se sobrepõe um sintoma tipológico de depressão aguda psicótica e o problema do risco aumentado de suicídio nas altas precoces desses pacientes que recuperam de tal episódio.

A noção de estrutura como uma organização estável e definitiva da personalidade tem também implicações fundamentais para a noção de “normal” e “patológico”; de “neurose” e “psicose”; e de carácter e neuroses de carácter, ou aquilo a que se chama na literatura anglo-saxónica organização borderline. A noção de estrutura, tal como aqui está a ser seguida, tem uma implicação crucial relativamente à compreensão da descompensação mental e que Freud (1933) coloca nos seguintes termos:

Se atirmos um cristal ao chão, ele parte-se; mas não em pedaços ao acaso. Ele despedaça-se de acordo com as suas linhas de clivagem em fragmentos cujas fronteiras, embora fossem invisíveis, foram predeterminadas pela estrutura do cristal. Os pacientes são estruturas fragmentadas e partidas deste mesmo género (pág. 73).

Esta estruturação faz-se ao longo do desenvolvimento e maturação individual, desde a indiferenciação somatopsíquica até ao estabelecimento de uma estrutura que, depois de estabelecida, não pode ser mais alterada. A patologia ou sintomatologia surge de uma descompensação aquando da falha dos recursos estruturais existentes, sob a pressão de factores e tensões internas e/ou externas. Dada a imutabilidade da estrutura, a “cura” passa por um reconquistar de um estado compensado dessa mesma estrutura<sup>19</sup> (Bergeret, 1998).

Esta noção tem também algumas semelhanças à de “dissolução” da teoria de Jackson e Henry Ey que anteriormente vimos. A dissolução de um determinado nível psíquico, e que se traduz em sintomas, faz-se pela passagem para um nível anterior que lhe serve de base: “(...) *estes sintomas são o efeito da expressão de uma desorganização da vida psíquica e da sua reorganização a um nível típico de dissolução, com um suporte estrutural que caracteriza e define cada forma de doença mental*” (H. Ey et al., 1965; pág. 554)

A personalidade, resultante da sua estrutura, quando pensada em termos psicodinâmicos, segue uma linha desenvolvimentista em que se levam em conta factores constitucionais e fenomenológico-humanistas (Fernandes da Fonseca, 1997). Com o aparecimento da chamada Escola da Psicologia do Ego (Hartmann, Mahler, Jacobson, etc.), esta linha

---

<sup>19</sup> Esta noção de Bergeret de “estrutura definitiva” e suas descompensações, com a sua clara relação com o modelo estrutural de Freud, é algo ambígua. Dentro das correntes psicodinâmicas e psicanalíticas actuais, este é um conceito difícil de conciliar com a noção de “perda de estrutura”, “fragmentação da estrutura do self” ou com a noção de Homem como ser gregário (E. Wolf, 1988). Por ser um modelo com raízes mais tradicionais, mas fazendo a ponte com noções mais recentes de relação de objecto, escolhemos começar por a seguir inicialmente, a jeito de ponto entre a psicopatologia fenomenológica e a psicodinâmica.

desenvolvimentista leva também em conta o que Fernandes da Fonseca atribui a teorias como as de Piaget: maturação biológica e interação com o ambiente. A.J. Horner (1990) defende igual posição.

Freud falava do desenvolvimento da criança (por exemplo, S. Freud, 1905d) através de uma reconstrução feita a partir da neurose do adulto e onde o vértice principal era o de compreender quais as experiências infantis que estavam na origem da psicopatologia do adulto. Este ponto de vista genético enfatizava o desenvolvimento pulsional, o conflito interno, as experiências traumáticas e a neurose infantil.

Uma perspectiva desenvolvimentalista leva também em conta a origem e desenvolvimento das estruturas psíquicas que contribuem para a adaptação da criança e que entram em conflito ou que permitem uma sustentação durante esses conflitos. Os constituintes inatos compostos pelas necessidades físicas, capacidades cognitivas e um esquema de desenvolvimento psíquico que se desenvolvem em parte por fases maturacionais, combinam-se com a interação com o mundo dos outros determinando diferentes respostas de indivíduo para indivíduo em relação a experiências objectivamente idênticas. A característica única de cada personalidade é então tida como resultante da formação de uma organização estável de estruturas psíquicas, sendo isto resultante da combinação de influências maturacionais, interação com os outros, experiências individuais, necessidades, desejos e sensações ou sentimentos (P. Tyson e R. Tyson, 1990; págs. 21 a 28).

Desta forma, e embora Fernandes da Fonseca (1997) não siga uma linha exclusivamente psicodinâmica, parece-nos que esta é uma leitura possível e articulada da noção fundamental do autor em relação à normalidade e sintomatologia do paciente: uma totalidade dinâmica cujas actividades funcionais se integram em núcleos estruturais (constituição, individualidade e personalidade).

Por personalidade, Fernandes da Fonseca entende “*o conjunto activo de sentimentos e valores, tendências e atitudes que traduzem um fundo estrutural próprio e especificamente característico de cada indivíduo*” (1997; pág. 265). Ela seria a responsável pela regulação das relações entre impulsos e motivações instintuais e manifestações comportamentais. Este funcionamento seria estável e previsível na normalidade e, em circunstâncias anormais, as tendências, atitudes, sentimentos e valores estariam alterados, dando origem a diversas

situações clínicas (portanto na esfera interna e/ou externa, na manifestação comportamental). A ligação entre pulsões e motivações e os aspectos estruturais do self, com a sua contraparte interpessoal (comportamental) será abordada mais à frente, no capítulo de teorias de relações de objecto.

Desta forma, neurose e psicose, sintoma, defesa, episódio e doença mental passam também a ter que ser pensados em termos do nível a que se lhe referimos. A seguinte discussão é apoiada nos textos de Jean Bergeret (1996, 1998), excepto quando assinalado.

Um *sintoma* alucinatório, delirante ou de despersonalização, embora de aspecto tipicamente pertencente à psicose, não implica, por si só, que estejamos perante uma estrutura psicótica. Refere-se apenas à natureza qualitativa dessa manifestação, tendo que ser encarado no contexto do seu conteúdo latente, do seu valor relacional enquanto objecto interno e do seu aspecto económico na dinâmica pulsões/defesas. Os síndromes ansiosos são um bom exemplo desta situação.

As *defesas*, na literatura psicanalítica, são também geralmente divididas entre defesas neuróticas ou psicóticas. Bateman e Holmes (1997) oferecem uma sistematização, de seguida apresentada na tabela 6:

Tabela 6: Defesas primárias e defesas neuróticas

<b><u>Defesas Primárias/Imaturas</u></b>	<b><u>Defesas Neuróticas</u></b>
Fantasia autística	Condensação
Desvalorização	Negação
Idealização	Deslocamento
Agressão passiva	Dissociação
Projecção	Exteriorização
Introjecção <sup>20</sup>	Identificação com o agressor
Identificação Projectiva	Intelectualização
Clivagem	Isolamento afectivo
	Racionalização
	Formação Reactiva
	Regressão
	Recalcamento
	Reinversão
	Somatização
	Anulação
	Humor e Sublimação <sup>21</sup>

In A. Bateman e J. Holmes 1997, pág. 75 - adaptado

Independentemente deste tipo de agrupamento de defesas, uma defesa primitiva pode surgir como defesa de último reduto de uma estrutura neurótica e suas problemáticas, assim como as defesas neuróticas podem surgir no contexto de uma estrutura psicótica. Faz também aqui sentido diferenciar a Posição Depressiva e a Posição Esquizoparanoide, tal como proposto por Klein (H. Segal, 1973). O termo posição refere-se a um estado de maior integração ou desintegração do sujeito, referindo-se por isso a um estado de flutuação de humor, tipo de ansiedades e defesas e não à presença de uma entidade clínica patológica fixa (J. Steiner, 1993). Este assunto será mais bem abordado em capítulos seguintes. De qualquer forma, e tal como em relação ao sintoma, o mais correcto será falar em defesas do tipo psicótico ou neurótico, uma vez que, por si só, pouco ou nada nos dizem sobre a estrutura subjacente do paciente.

<sup>20</sup> No esquema original não há lugar á inclusão deste mecanismo de defesa. Ele é no entanto importante no processo de desenvolvimento, levando á possibilidade de identificação e diferenciação do ego como instância do self (M. Klein, 1959), assim como mecanismo de defesa presente nas psicoses e que está na base de fantasias persecutórias (H. Rosenfeld, 1965)

<sup>21</sup> No esquema original, os autores designam estes dois mecanismos de defesa como “maduros” e não como neuróticos. Tal vem da noção original de que humor e sublimação são formas adaptativas de descarga e satisfação pulsional (por exemplo, S. Freud, 1901a). No entanto, e no contexto do ponto que estamos a desenvolver, tal distinção remete exactamente para a situação da defesa neurótica como mecanismo de uma neurose clínica ou estado de descompensação. Anna Freud (1936) considerava já a sublimação como mecanismos de defesa neurótico. Por outro lado, qualquer defesa tem sempre um valor adaptativo o self, independentemente do seu tipo e custo para esse mesmo self (McWilliams, 1994).

A qualidade de um *episódio* é também algo relativo. Se estamos a falar de crianças ou adolescentes, sujeitas a determinadas tarefas evolutivas (entrada para a escola, aprendizagem e desenvolvimento de capacidades), essas tarefas podem implicar reacções e dificuldades na adesão e adaptação a tais tarefas. Isso revela uma estrutura frágil que, de outra forma, deveria sustentar relativamente bem esses movimentos de desenvolvimento. O mesmo se aplica ao adulto que sempre funcionou relativamente bem até ao momento em que se depara com uma situação que o atira para um distúrbio que vem, dessa forma, revelar também fragilidades estruturais de longa data (A. Horner, 1991)

Por outro lado, um acontecimento imprevisto e emocionalmente significativo, pode levar a uma regressão temporária do modo de funcionamento e a mobilizadoras de intensas descargas pulsionais. Este episódio, podendo ter um aspecto psicótico e assemelhar-se a um estado pré-psicótico, não o é verdadeiramente e, aquando de uma organização neurótica subjacente, não deveria ou poderia evoluir para tal. Fala-se aqui de eventos traumáticos como uma cirurgia que altere a unidade somatopsíquica, e não de formas iniciais de esquizofrenia ou outros estados de descompensação da linha psicótica em que tal estrutura de base é já tida como certa.

A questão da doença esquizofrénica é aliás, e a nosso ver, um ponto importante no apoio ao ponto de vista estrutural psicodinâmico da psicopatologia, tal como aqui está a ser seguido. Fernandes da Fonseca (1987), numa investigação sua feita em 1966, chega à delineação de três tipos de formas iniciais da esquizofrenia, apresentadas na tabela 7:

Tabela 7 – Formas iniciais de esquizofrenia segundo Fernandes da Fonseca

<b>Formas iniciais de Esquizofrenia (Fernandes da Fonseca)</b>	
Forma de início pseudoneurótico	Início insidioso em que o paciente vai sentindo um crescente sentido de tensão e apreensão, levando a um estado de desconfiança, muitas vezes exprimido por queixas de despersonalização e desrealização ou de falta de iniciativa, e que precedem um estado delirante e autista.  Existirá pois a necessidade de diferenciar estas condições de formas clínicas neuróticas, como síndromes depressivos de tipologia hipocondríaca.
Forma de início afectivo	O delírio, que para o autor é o tema central da esquizofrenia, é antecedido por sintomatologia maníaca ou depressiva. Até que a actividade delirante se manifeste, o diagnóstico diferencial é difícil de estabelecer. O vislumbre de tais sintomas como forma inicial de esquizofrenia pode no entanto surgir ,nalguns casos, pela bizarria particular, misticismo divinatório e agressividade contido no discurso do paciente
Forma de início alucinatório-delirante	De início súbito e com sintomatologia inicial fortemente alucinatória e/ou delirante. De bom prognóstico (pacientes relativamente integrados no intervalo de recidivas), deve no entanto ser diferenciada das manifestações de carácter psicótico ou borderline, geralmente reactivas.

No seu trabalho sobre esquizofrenia, Carlos Mota Cardoso (2002) utiliza, entre outros, estes mesmos critérios evolutivo-estruturais. Cabe aqui fazer a correcção de que, embora com nomes semelhantes, o modelo de Fernandes da Fonseca não é psicodinâmico ou estrutural na significação psicanalítica que aqui está a ser seguida. É antes uma conjugação do modelo organo-dinâmico de Henry Ey e do modelo gestalt-estrutural de Klaus Conrad (Fernandes da Fonseca, 1987).

O que nos surge evidente do trabalho de Fernandes da Fonseca é a questão da qualidade de sintomas que surgem no início de um processo de doença esquizofrénica. Sendo uma evolução da linha psicótica, os sintomas neuróticos podem ser o seu primeiro indício. Surge também a questão da perturbação borderline, que Bergeret (1996) enquadra num grupo a que chama aestruturas por serem organizações sem a estabilidade e carácter definitivo da estrutura neurótica ou psicótica.

Assim, e voltando a Bergeret, a qualificação da *doença mental* ou, melhor dizendo, dos sinais visíveis da descompensação da estrutura subjacente do paciente podem ser qualificados como neurose ou psicose se reflectirem a dinâmica da estrutura de base. Segundo o autor (1996), existe uma interdependência funcional entre estrutura e doença, sendo legítimo qualificar o episódio de acordo com a estrutura homóloga.

A implicação do ponto de vista estrutural para as psicoterapias é a de que a personalidade, uma vez estruturada, não pode ser transformada. O que a psicoterapia pode fazer, mais ou menos eficazmente, é modificar o modo como determinada personalidade reage ao mundo externo e ao seu próprio mundo interno, de forma a adoptar soluções menos intransigentes e radicais, trazendo com isso maior autonomia para o paciente e uma maior tranquilidade e auto-estima pela compreensão e aceitação do possível e impossível, do que é importante a nível pessoal e pela relativização de ideias e ideais ditatoriais narcísicos (N. McWilliams, 1994).

A estrutura profunda revela-se superficialmente pelo carácter ou “forma de ser”. Henri Ey (Henri Ey e cols, 1965; pág. 32) define o carácter como “*a fisionomia individual* (da identidade do Eu) *uma vez que esta é a sua maneira peculiar de sentir, actuar e querer*”. O carácter constitui assim aquilo que é observável em termos de aspectos relacionais manifestos e que constitui as funções defensivas e adaptativas, as formas como as necessidades pulsionais são tratadas, o nível de conflitos, o estatuto das fantasias, a natureza das escolhas objectais e os tipos de angústias predominantes (J. Bergeret, 1996). McWilliams (1999) considera importante avaliar esta “forma de ser<sup>22</sup>” de forma a ter a noção do que não pode ser mudado em psicoterapia e para que, desde o início do processo, terapeuta e paciente possam construir uma relação com base em expectativas realistas.

A autora enumera, sem que as esgote, as seguintes condições inalteráveis pela psicoterapia:

- Temperamento
- Condições genéticas, congénitas e orgânicas
- Consequências irreversíveis de traumatismo, doença e toxicidade cerebral

---

<sup>22</sup> McWilliams usa, nesta parte do texto, o termo “temperamento”, muitas vezes sinónimo de carácter (J. Bergeret, 1996). Como o nosso texto de referência é uma tradução portuguesa, não temos forma de verificar que termo a autora realmente utilizou no texto original.

- Realidades físicas imutáveis
- Circunstâncias da vida não alteráveis
- História pessoal

## **2.9.Loucura, psicose e a questão da vivência, existência e realidade psíquica.**

Quando aplicamos um ponto de vista psicodinâmico a grandes categorias nosológicas como Neurose, Psicose e Organização Borderline é bastante fácil perder de vista a noção de que estas são organizações dinâmicas se diferem entre si apenas em grau. Não são categorias estanques ou níveis de saúde e doença mental que implicam a exclusão dos restantes níveis, e essa é uma noção central da psicodinâmica desde o seu início: toda a organização mental é, até certo ponto, uma forma louca de organizar a experiência interna e externa.

Freud mostra ao longo dos seus escritos uma tendência para usar a nosologia psicopatológica da época, mas a sua preocupação recai mais sobre o quê e porquê dessas categorias. A fenomenologia das psicoses é um aspecto central da sua teoria, sendo a experiência psicótica tomada como aquela a partir do qual outras formas de experiência se organizam. A psicose é então o molde para a compreensão do homem (M. Eigen, 1993). Os desenvolvimentos e desacordos que surgem na teoria psicanalítica após Freud giram geralmente em torno de abordagens sobre diferentes vértices desta questão.

Seguiremos a sistematização de Eigen (1993, 1999, 2009, 2010) na exploração desta questão central mas, antes, pensamos ser este o momento de explicitar qual a forma de ver a existência do ponto da Fenomenologia enquanto filosofia existencial. Segue-se depois com a sistematização do autor referido por ser, do nosso ponto de vista, algo de crucial e fundamental para a compreensão do que está subjacente ao pensamento psicodinâmico, independentemente de se concordar com ele ou não. São diferenças de ver e organizar abstractamente a existência, a verdade e a realidade psíquica. Não tentaremos fazer qualquer comparação mas antes assinalar que, do ponto de vista epistemológico, são duas concepções bastante diferentes embora se toquem nalguns pontos importantes.

### 2.9.i.Fenomenologia e psicopatologia – filosofia existencial

Mota Cardoso (2002) faz um óptimo resumo de como se posiciona a Fenomenologia perante o Homem, do ponto de vista de uma filosofia existencial. A propósito das psicoses, o autor chama a atenção para centralidade de uma abordagem filosófica da psicopatologia uma vez que é *“a fábrica das coisas da vida, das coisas que constituem o mundo individual de*

*cada um*” que afecta o conteúdo existencial do mundo psicótico. A razão de assumir tal perspectiva deve-se a:

- Necessidade de sondar as malhas do mundo subjectivo e substantivo na perturbação do homem com o mundo.
- Tentativa de descortinar o compromisso que cada um tem com a vida, na sua direcção e vicissitudes de desvios de direcção
- Necessidade de atingir o cerne da vivência da consciência psicótica.

A consciência é tomada como algo que é sempre marcada por uma angústia existencial que surge do confronto do ser com o nada e a não-existência. Constitui-se num saber sobre si e sobre o mundo envolvente, integrando numa unidade biograficamente pessoal e coerente as relações com as coisas do mundo externo e interno. Tais coisas são iminentemente pessoais, já que são integradas e significadas pelo próprio sujeito que está em relação com elas. A consciência nasce do Eu e este encontra-se vinculado à realidade interna e externa. A alienação é, então, uma perturbação relacional do homem com esse mundo, uma perversão do juízo de realidade.

O mundo das coisas contrasta com o Eu porque elas são percebidas como algo externo a ele, vincando então a sua existência através do contraste ou da realização da diferença entre Eu e não-Eu. O Eu não pode ser concebido no vazio, ele só existe em relação com as coisas. O lugar do ser é então no englobante, aquilo que engloba todas as coisas sem nunca se tornar um objecto mas de onde todos os objectos emergem. O ser é por isso inefável (K. Jaspers, 1959). O homem aproxima-se do englobante quando confunde e se confunde com o objecto. É a essência da experiência mística da transcendência e também a marca de vários aspectos da psicose.

Do ponto de vista existencial, na saúde ou na doença, o homem está sempre ligado ao mundo e, assim, mergulhado numa situação. Está por isso destinado a confrontar-se com tal situação, com determinado problema, decidir sobre a sua natureza e ultrapassa-lo para logo a seguir encontrar uma nova situação, um novo problema. O homem é por isso sempre autor do seu mundo vivencial, qualquer que seja a qualidade de normalidade ou anormalidade que lhe apeguemos. Há porém situações limite, problemas irresolúveis ou inultrapassáveis como a morte, o acaso, a culpa ou a insegurança.

Estas situações que chocam com o homem permitem-lhe dar-se conta de si e dos seus objectos. A filosofia existencial considera que uma diferença entre o normal e o patológico reside na liberdade de escolha de caminho perante tais problemas. No normal, a solução de compromisso encontrada é fruto do livre arbítrio, de um exercício de vontade livre. Esta liberdade é algo que se encontra comprometida na patologia.

Disse-se que o homem se encontra mergulhado numa situação e esse é o seu campo vivencial, tanto no que diz respeito ao conjunto de forças dinâmicas do seu campo vivencial externo, como da situação interna constituída pelo que é herdado e adquirido. No entanto, nem todas as forças do campo vivencial são suficientemente fortes para se apresentarem como um problema de onde brota a existência. São os desígnios da personalidade que escolhem os movimentos que lhe são mais propícios e o desenrolar da existência surge então da interacção de forças internas e externas.

A personalidade determina a dinâmica das interacções mas é também reciprocamente determinada por ela. Se esta marcha acontece normalmente de forma fluida, vezes há em que certas situações chocam com os desígnios da personalidade, levando ao aumento da tensão interna e da tensão dos vínculos de ligação ao mundo externo. O homem não é portanto uma entidade reactiva mas antes agente da sua orientação. Esta qualidade de agência não é absoluta uma vez que está sujeito aos limites das suas características biopsicológicas.

Compreende-se então a oposição entre existência e essência que a filosofia existencial estabelece. Essência é aquilo que não está sujeito à liberdade, é o permanente e imutável. Existência, pelo contrário, é o projecto inacabado e aberto de construção livre de uma realidade individual, absolutamente subjectiva e única. É esta liberdade absoluta para decidir, eleger ou seleccionar que se constitui como estrutura básica da realidade, não o pensamento ou a vontade.

#### 2.9.ii. Núcleo Psicótico – psicose e loucura na teoria psicanalítica.

Eigen (1993, 1999, 2009, 2010) é talvez dos autores que mais terá revisto a noção central de um núcleo psicótico na teoria e clínica psicanalítica. O campo é tão vasto que sentimos, como várias vezes ao longo deste trabalho, que é mais seguro o trilho traçado por um autor de referência. O que se segue é essencialmente baseado na sua obra de 1993.

Eigen começa por notar que embora Freud seja frequentemente citado como estudioso das psiconeuroses, e ele mesmo tenha assumido a inadequação da sua psicanálise na abordagem clínica da psicose, foi na tentativa da sua compreensão que mais a sua teoria se desenvolveu. A psicanálise está implicitamente baseada na fenomenologia da psicose. O Inconsciente, no seu processo primário de funcionamento, não conhece tempo, contradições ou fronteiras e evita a dor por alucinação. A libido, como caldeirão e turbilhão imparável de pulsões, se não controlada, leva ao cataclismo psicótico.

Existe para Freud uma espécie de primazia da psicose, sendo a neurose uma defesa e estruturação de uma fundação louca que percorre a condição humana. Da leitura de Eigen, e do seu próprio uso das palavras psicose e loucura, fica-nos a ideia que o mais correcto será falar de uma loucura-base própria da natureza humana e da psicose como o ruir ou falência estrutural. A loucura é algo que surge em relação à dor de viver, à incapacidade de abarcar e tolerar a realidade total e da qual nos temos de defender através de uma estruturação ou desintegração de aspectos do órgão de comunicação e regulação com a realidade interna e externa que é o ego. Assim, a loucura é tanto a fundação do ego, levando-o a estruturar-se de determinada forma segundo uma linha evolutiva mais ou menos delimitada, como é também o assassino do ego. Porém, este assassinato nunca é completo, existe sempre algo do ego que sobrevive. Freud estabelece a polaridade entre sanidade e loucura como a base da polaridade discursiva da condição humana. A neurose não é uma condição especial e as profundezas da psicose são por isso necessária para a sua compreensão.

A epistemologia de Freud é quasi-kantiana, no sentido em que o inconsciente é tão incognoscível como o universo material de Kant. O mais básico da nossa natureza é apenas vislumbrado por pistas e deixas que levam a que se desenvolvam convicções sobre essa nossa natureza básica. Uma das convicções de Freud é a de que existem deixas de significado nas produções psicóticas. A alucinação, por exemplo, transmitiria algo sobre o estado do self, sobre a natureza do seu dano e daquilo que necessita para se desenvolver.

O paciente psicótico oscila entre a demanda desesperada pelo outro e a alienação de um mundo subjectivo aobjectal. No entanto, um segundo olhar revela a tenaz ligação a objectos psicóticos, ou seja, versões alucinatórias e delirantes dos objectos. Um psicoterapeuta sente isto no campo interpessoal através da sensação de ser alvo de grandes forças obscuras.

Também as regras da situação terapêutica e do campo comunicacional são sujeitos a grandes ataques, distorções e perversões. É neste campo que o terapeuta recebe tais influências como deixas e organiza as suas convicções sobre a realidade relacional e interna do paciente.

Jung terá escrito que a Psicologia é uma confissão subjectiva. Isto porque quando a Ciência trata da consciência, fá-lo sempre a partir da própria consciência. É uma facto inultrapassável que a consciência explora e se transcende, que ela é ao mesmo tempo sujeito e objecto. A experiência em si é esquiva, difícil de fixar, especialmente quando se trata das profundezas da experiência humana. A ciência tem a mesma dificuldade que a religião ou a arte quando se trata da experiência humana. O místico e o poeta usam uma linguagem evocativa embora essa necessite de ser precisa e rigorosa para que a evocação tenha sucesso. Uma psicologia das profundezas humanas tem ela também, a partir de certo ponto, uma natureza evocativa. O inconsciente é para Freud tanto um constructo teórico hipotético como a verdadeira realidade psíquica. O psicólogo necessita de pensar de forma clara e precisa mas, a certa altura, está também a pensar a partir de determinada sensibilidade. Existe uma tensão entre a clareza e a evocação que necessitam de ser mantidas.

O estudo da experiência era vista por Freud como imprescindível e insubstituível, independentemente do estado do saber dos aspectos biológicos ou ambientais. A sua teoria integra estes três aspectos, por exemplo, nos períodos de desenvolvimento biologicamente determinados mas que ocorrem num dado ambiente e que originam determinada experiência.

A experiência psicótica é uma parte basilar da experiência humana, que pode desenvolver-se e transformar-se em novas áreas da mente humana mas que nunca é erradicada. De forma subtil e muitas vezes interessada, dá um certo colorido a comportamentos de todos os dias ou pode mesmo estruturar toda uma vida. A observação e o contacto com tal circunstância, assim como o poder da transformação que self e outros sofrem nessa dimensão, leva a que muitos clínicos considerem que um bebé passa, no seu desenvolvimento, por uma fase psicótica “normal”. Existe no entanto uma diferença crucial entre uma fase de desenvolvimento em que existem flutuações e constrições radicais do self e dos outros e a verdadeira psicose. Esta última demonstra uma rigidez que se prolonga por muito tempo, ao contrário do desenvolvimento infantil, característico sua pela fluidez e capacidade e abertura ao crescimento e desenvolvimento. Eigen sugere que talvez seja mais correcto dizer que certas matérias-primas da personalidade são usadas no desenvolvimento

para a organização do sentido de self e outros enquanto que, no processo psicótico, elas são usadas de forma danosa, contrária ao desenvolvimento e crescimento. Estas matérias-primas são pensamentos, afectos, imagens, sensações, vontade, o sentido de self e outros, a polaridade material-imaterial e espaço-tempo.

Poucas coisas permitem apreciar o que é exactamente o funcionamento suficientemente bom da personalidade do que a emergência da psicose. Quando tal acontece, matérias-primas da construção da personalidade como o sentido de self-outros e o material-imaterial sofrem transformações e deformações extremas. Os processos mentais adquirem tal velocidade ou estagnação que a possibilidade de se ser coerentemente pessoa deixa de ser possível. O indivíduo psicótico pode ser silenciosamente rígido ou explodir e tornar-se uma massa disforme. As oscilações que se verificam têm uma finalidade ameaçadora que podem abandonar o indivíduo em correntes infundáveis de desintegração e horror.

### 2.9.iii. Molde da Psicose

A capacidade quase universal para o homem se desintegrar na psicose é vislumbrada no receio que muitos têm de que tal lhes aconteça. A loucura surge em qualquer época ou local. Na linguagem médica ocidental, a loucura existe na esquizofrenia, na depressão e nos distúrbios afectivos e de pensamento. As nosologias oficiais assinalam o que de diferente existe entre eles, mas todos partilham elementos comuns, aquilo que é essencial no processo psicótico. Eigen sugere seis elementos da psicose ou da dimensão psicótica da vida, seis formas de organização da matéria-prima da personalidade pelo processo psicótico. Refere ele que, sendo um mapa da mente que não pode ser confundido com a mente em si, estas seis categorias são passíveis de serem aumentadas em número mas não reduzidas. São seis elementos indispensáveis no trabalho clínico e naquilo que ele designa como o “molde da psicose”. Os seis elementos não são entidades discretas estanques, interpenetram-se de forma diferente de caso para caso. Certos elementos, serão também mais importantes e visíveis num caso do que noutro.

#### a) *Alucinação*

Freud notou que o sonho é alucinatório e, nesse sentido, a capacidade para alucinar é universal. O mesmo tipo de pensamentos que originam o sonho existe também na vida

acordada e, assim, existem igualmente aspectos alucinatorios na nossa construção do que é o mundo. A alucinação faz parte e concorre com a capacidade de produzir imagens desse mundo.

A alucinação tende a comandar, a exigir, assume-se como um imperativo onde aspectos de poder estruturam a alucinação. Na sua teoria inicial, em que o princípio da constância ditava as regras do manejo da tensão psíquica, Freud equacionava o desprazer à tensão de um desejo não satisfeito. Tal desprazer era resolvido, nos primeiros tempos de vida, por um bebé que alucina o seio. Independentemente da validade actual desta teoria, o aspecto fenomenológico essencial que daqui deriva é o de que o homem tenta imaginar prazer quando há dor, mesmo nos níveis fundamentais do nosso ser.

Tal tendência para perseguir um estado sem dor levou Freud à sua teoria do sonho como protector do sono. Pensamentos latentes residuais dos acontecimentos da vida acordada, assim como pulsões que tentam obter descarga, ameaçam a manutenção do sono e este é protegido pelo trabalho do sonho, uma substituição de pensamentos por representações e percepções, no sentido em que no sonho vemos coisas. Estas “percepções” não correspondem a algo que estimule os nossos órgãos sensoriais e, nesse sentido, são alucinações.

O pensamento é substituído por uma alucinação de percepções e é então um anti-pensamento ou pré-pensamento. O seu objectivo é a satisfação e não o compromisso com uma realidade frustrante. No entanto, o conteúdo latente de um sonho é também postulado por Freud como sendo um pensamento que foi reprimido, que não pode ser pensado e que ao qual é dada uma segunda oportunidade durante o sonho. Tal aspecto parece contradizer a noção de que o sonho envolve um não-pensar pela satisfação alucinatoria. Mas o processo primário, a forma de pensamento que a mente usa para obter uma satisfação alucinatoria, necessita também de trabalho e de um tipo de pensamento que considere aquilo que é necessário alucinar, que restos mnésicos devem construir a cena que leva a um estado sem dor face à ameaça do pensamento que quer emergir. Ou seja, mesmo para não pensar é necessário pensar.

Porém, o processo alucinatorio do sonho difere do da psicose em termos de profundidade e rigidez. No sonho, a representação das coisas e a representação da palavra interagem entre si de forma tal que a coisa, a alucinação, surge contida por uma representação simbólica

derivada do conteúdo manifesto do sonho. Na psicose, pelo contrário, a realidade percebida e os impulsos são tratados como palavras, obliterando os graus e lugares das realidades. Surge com isso uma situação paradoxal em que as acções pré-conscientes, a representação da palavra, funcionam como uma defesa contra um avassalamento do material inconsciente, com um preço a pagar em termos de superficialidade e rigidez do indivíduo. Mas por outro lado a palavra torna-se mágica, passa a ser sentida como a realidade que tenta esconder. A palavra passa assim a antecipar a realidade, sob uma forma de onisciência e “conhecimento” anterior ao facto.

Dada a primazia da psicose na sua teoria, Freud coloca a questão de como é que construímos um sentido de realidade ou como chegamos a distinguir o alucinatório do real. Na sua teoria de narcisismo primário, a libido é dirigida ao próprio ego, sendo ele o seu primeiro objecto de amor. Mesmo com transformações futuras e funcionamentos mais maduros, existe sempre alguma dimensão em que o ego é o objecto libidinal de si próprio. Para Freud, a psicose é uma fixação ou regressão ao narcisismo primário expresso em megalomania ou autoerotismo com a perda ou fragmentação extrema do ego. A loucura que premeia todos os sistemas mentais (porque todos eles se desenvolvem a partir desta matriz inicial) justifica os elementos alucinatórios na megalomania (algo de inato e característico do narcisismo primário), no apaixonar-se (no idealizar do objecto que leva a ver nele qualidades que de facto lá não existem) e na repressão. Esta última é, de certa forma, uma aplicação branda de uma alucinação negativa. O ego faz desaparecer determinados aspectos de uma realidade da consciência e para tal necessita de saber o que deve sofrer tal operação. Por outro lado, este saber não pode ser sabido. Para que a repressão funcione o ego não pode saber que está a fazer desaparecer coisas.

O ego desenvolve-se na sua capacidade de diferenciar alucinação de percepção através da pressão da realidade. O ego testa as suas acções verificando se aquilo que vê desaparece ou permanece. O teste da realidade é um dos pilares e uma das funções fundamentais do ego mas, ao mesmo tempo que ele se desenvolve por repressão e idealização de si e dos outros, o ego é também um instrumento alucinatório de Eros. As suas funções constitucionais são tanto percepções da realidade como alucinações e, muitas vezes ambas são inseparáveis. Um acontecimento real pode surgir como uma confirmação de uma realidade fantasiada ou uma realidade pode ser não vista ou experienciada pela alucinação negativa da repressão.

O que é exactamente a alucinação do doente psicótico para Freud é algo que ele apenas esclarece em 1911: “ (...) *podemos ver a fase de alucinação violenta como uma luta entre a repressão e uma tentativa de cura pela recuperação da libido aos seus objectos.*” (Freud, 1911b; pág. 77). A alucinação é então uma espécie de segunda fase da psicose em que, depois do processo destruição e perda dos objectos, existe como que uma tentativa de os recuperar. Mesmo de forma altamente distorcida, o mundo objectal regressa na fase aguda da alucinação, com dramas que mostram fragmentos de uma história quebrada, de desejos feridos e dor extrema mas, também, com a representação parcial da satisfação dos desejos mais profundos e urgentes, em termos da integridade estrutural do doente.

Existe uma implicação na noção de alucinação que vai para além da mera redução de dor. Embora a ausência de dor seja alucinada através de um prazer que não existe, o que daqui deriva é que um estado mínimo de excitação ou dor se transforma num estado de plenitude infinita, a satisfação total alucinada de um desejo. Os ideais, aqui no sentido de estados de plenitude e não de perfeccionismo, funcionam como analgésicos ou, melhor, ópio. A alucinação, ao incluir ou transformar a situação em termos de ideais, tende a maximizar a experiência alucinada em termos de uma tendência para a plenitude ou sofrimento extremo, não sendo por isso um mero mecanismo de redução de dor pela anulação de tensão.

Estas experiências ideais podem facilmente sofrer distorções ou serem abortadas pela falha, destruição ou impossibilidade traumática de serem concretizadas num ambiente que as não sustente ou que lhes permita que se vão gradualmente transformando em formas de compromisso mais ajustado. Na alucinação psicótica, surge a representação do destino falhado dos anseios ideais face aos duros factos da realidade, particularmente ao longo do crescimento. Freud vê então na alucinação tanto a satisfação de desejos, como a história distorcida pela fantasia de maus objectos que falham perante o self, que se vingam, demónios que negam os estados de plenitude infinita almejados. O mundo perde-se na psicose mas regressa na alucinação.

Na abordagem da psicose pela perspectiva psicodinâmica é impossível contornar Wilfred Bion. É também impossível fazer aqui uma apresentação detalhada das suas ideias, até porque elas se furtam a tal exercício. Em relação à alucinação, Bion avança com a ideia de que, para além do que Freud propunha, a alucinação pode não ser uma mensagem latente sobre o estado do self e da sua relação com a realidade mas, antes, uma tentativa de cancelar

por completo self e realidade. A alucinação pode ser uma anti-comunicação e o seu significado aparente ser apenas um engodo, a aparência de um significado que o indivíduo busca mas que o leva a perder-se numa busca infrutífera desse significado, sem se aperceber que o conteúdo da alucinação é vazio e sem real significado. A diferença entre algumas noções da Psiquiatria de que a alucinação não contém significado e a de Bion é a de que este não significado é intencional. O psicótico faz um ataque aos vínculos de pensamento que o ligam a si e aos outros de forma a evitar aquilo que é insuportável na existência: o seu significado. É uma tentativa de chegar a um ponto zero de significado para evitar ser.

Uma das formas da alucinação anular a possibilidade de um significado é transformar vida em morte. A parte psicótica da personalidade ou do self não tolera qualquer aspecto de vitalidade ou realidade pela dor que tal implica. Odeia e ataca não só qualquer relação com o mundo exterior mas também a própria existência de um mundo interno, vivo e com potencial para viver (e, por isso, sofrer). A alucinação tem portanto em vista a destruição do contacto com o self e com os outros.

O self psicótico pode tentar alcançar tal objectivo pelo ataque aos vínculos entre pensamentos, pensamentos e sentimentos ou pensamentos, sentimentos e acções. O ataque aos vínculos destrói o significado e estabelece uma atitude de anti-contacto e anti-aprendizagem. O aprender com a experiência requer um espaço para objectos reais ou, pelo menos, com marcas de um não-Eu imposto, mas também facilitado, pela realidade (W.R. Bion, 1962). Esse espaço implica o sofrimento do desamparo e dependência face aos outros, a noção de que existem privações, etc. Quando a atitude do self muda para um anti-aprender, esse espaço desaparece e transforma-se num seu negativo. Não é um espaço no sentido em que pode ser preenchido, é um não-espaço preenchido por não-objectos invejosos e destrutivos em relação a qualquer qualidade, coisa ou objecto que possua existência. É um estado anti-mental que converte qualquer possibilidade de ser em não-existência. Dessa forma, qualquer vislumbre de vida na alucinação é isso mesmo, uma alucinação ou miragem que surge de uma espécie de porto seguro louco.

Bion (assim como Winnicott) considera que existe um estado original de indiferenciação entre a realidade psíquica e a realidade material. Tal distinção é estabelecida pelo aprender com a experiência de frustrações e transformações de estados mentais de ódio em relação a essa realidade em vínculos reais que assinalam a existência e dependência relacional face aos

outros (Bion, 1967). Na psicose, a noção dos outros enquanto entidades independentes é perdida mas a ligação a esses outros, aos objectos, é mantida sob uma forma material ou concreta. Os outros são tratados como criações próprias e são a marca de uma independência total do self. Ele não necessita de nada nem ninguém pois é capaz de se satisfazer a si mesmo e, como tal, está para além de sentimentos invejosos, de frustração, de ódio ou de amor. Os seus sentidos e correlações mentais ficam ao serviço da confirmação de tal perfeição mas ela é insustentável, é uma loucura inverificável no curso do tempo já que o surgir de tais sentimentos é a demonstração de que o psicótico não se pode satisfazer de forma auto-suficiente. A tentativa de aderir a essa perfeição assume o significado de que forças hostis invejosas atacam o self pela sua própria perfeição, ao mesmo tempo que arruínam tal perfeição.

Bion não discorda de Freud no aspecto de que a alucinação funciona como uma forma do indivíduo se livrar da dor mas acrescenta que, para além disso, o indivíduo deseja o estado perfeito, o ideal cuja alucinação é o meio para o tentar atingir. A alucinação promete atingir esse ideal anulando as diferenças. A diferença self/objecto é anulada tornando tudo self. Percepção e memória deixam de estabelecer uma tensão entre si porque a memória é alucinada como percepção. A insatisfação é magicamente transformada em satisfação por decreto da mente.

A alucinação está condenada a falhar e a não trazer a satisfação desejada e magicamente decretada. Este é o momento do abandono do funcionamento alucinatorio e do início do princípio da realidade para Freud. Para tal, a frustração tem de ser representada e o indivíduo tem de lidar com ela como tal. Bion nota que o indivíduo psicótico nunca irá tolerar a representação de estados insatisfatórios enquanto tal e é este o momento em que a alucinação passa de representação de satisfação para uma não-representação. Todo o significado, sentido e satisfação da alucinação psicótica mascaram a imperfeição, os significados não auto-determinados pelo psicótico em função da sua autorregulação. A imperfeição e o choque com a realidade que interfere com os seus significados alucinados não podem ser mantidos e tal atira-o para um estado de não-significado, já que é apenas tolerável o significado alucinado. Desta forma, mesmo o não-significado tem de ser convertido numa realização alucinatoria.

A psicose converte o não-significado em alucinação ao converter o não-significado numa coisa-em-si-mesma, um protopensamento ou experiência sensorial e emocional muito

primitiva e concreta, ao contrário de uma representação, abstracção ou conceito (D. Zimerman, 1995). Por exemplo, a ausência de um objecto não é tratado como um espaço vazio, deixado assim pela perda do objecto, mas antes como uma coisa persecutória e cheia de ódio. O risco de preencher o vazio com uma alucinação de gratificação é o de que essa gratificação arrisca um fim. É mais eficaz atacar este significado, que implica um sem significado potencial, pela alucinação da não-significação. Se nada tiver significado, não existe possibilidade de distúrbio. A reversão de significado em significado nenhum é uma especialidade do self psicótico.

O que está em causa é o mundo interno com que o psicótico se depara, tão terrível e ameaçador que ele tenta obliterá-lo para o esconder de si mesmo. Quando a alucinação que transforma a dor em estado idílico ou em não-significado falha, como é fatal que aconteça, fica aquilo que Bion chama de terror sem nome, algo de tão terrível e na fronteira do psiquicamente possível que não pode ser apegado a uma descrição ou à contenção de uma palavra com significado. Quando aí chega, nada resta senão a obliteração silenciosa de todas as possibilidades psíquicas.

De qualquer forma, e dentro da visão psicodinâmica, é um princípio de pensamento básico que o homem é um ser eminentemente alucinatorio. É uma capacidade universal que faz parte do potencial para criar imagens e que se liga à criatividade pela remoção do homem do literal e do concreto. Esta é uma capacidade que se perde na psicose onde, pelo contrário, o simbólico, a visão ou o rasgo de criatividade perde a forma e possibilidade do simbólico e assume uma qualidade concreta.

#### b) *Alheamento (Mindlessness)*

A mente tem a capacidade de oscilar entre estados mentais onde a dinâmica entre o reter/conter algo (mindfulness) e o alheamento têm pesos diferentes. A nossa mente tem o potencial de se apagar momentaneamente na vida do dia-a-dia, em não pensar em nada. Na psicose, esta capacidade pode assumir contornos muito mais radicais, apagando a noção de self e fazendo com que a mente nem sequer se tenha em mente.

A noção de múltiplos centros de subjectividade, ao mesmo tempo cientes e alheios da existência dos outros sistemas, foi organizada por Freud como múltiplos sistemas mentais

inconscientes. Pare ele, isto é conseguido através da repressão que o ego exerce sobre parte do inconsciente, embora não o atinja totalmente. Grande parte do seu funcionamento acontece segundo outros princípios. O aspecto paradoxal da acção repressiva do ego é que ele tem de saber o que reprimir e depois reprimir esse mesmo saber. Ele assinala e identifica o que necessita de ser posto para além da consciência e ao mesmo tempo esquecer que o soube.

A repressão era tida no tempo de Freud como a marca típica do funcionamento neurótico e da neurose em geral. Ela surge, deste ponto de vista, de um conflito entre pulsões associativas e valores sociais, em que os verdadeiros motivos não surgem de forma consciente porque são esquecidos pela acção da repressão. Na formação de sintomas, eles emergem de forma também não consciente por acção de múltiplas distorções.

Freud fala de outra forma possível de clivagem dentro do aparelho mental, desta vez não conseguida através da repressão. Na perversão existem elementos mentais contraditórios lado a lado, sem que se modifiquem pelo contacto entre si e sem que o sujeito pareça estar ciente de que essas atitudes e crenças são mutuamente exclusivas ou contraditórias. Tal como na neurose, o sujeito não está também ciente do que se passa dentro de si e do que o governa.

Na psicose estas acções são ainda mais radicais, com a realidade como um todo a ser seriamente distorcida ou transformada, com aspectos cruciais dessa realidade a serem anulados, alterados ou a ganharem uma saliência exagerada e irreal. Com isto o psicótico altera não só a forma, mas também o significado da sua realidade interna e externa.

Todas estas acções egoicas têm por isso uma acção de esquecimento de algo importante da realidade e constituem-se naquilo que é denominado por mecanismos de defesa. Embora existam várias formas e, por isso, vários tipos defensivos identificáveis, o elemento comum é a tendência para anular a experiência total de estar vivo, um adormecer ou eliminar dessa experiência, desfazendo-a na tentativa de regressar a um ponto zero de actividade psíquica. Nas palavras de Eigen (2010)

É como se a vitalidade de estar vivo fosse demasiado para nós. Estarmos vivos é demasiado. Não aguentamos a dor por que passamos. Não conseguimos tomar para nós a total intensidade dos nossos sentimentos. Freud falou do trauma primário como uma inundação. Ondas de sentimentos, diríamos nós, e elas aparecem em sonhos de nos

estarmos a afogar. Nós dispersamo-nos, afogamo-nos e tornamo-nos mortos face a sentimentos que sejam mais do que aquilo que conseguimos aguentar. Somos inundados pelas vagas ascendentes e descendentes da experiência e afundamo-nos (pág.4).

Para Freud, a forma defensiva mais radical seria o desinvestimento objectal, a retirada da libido dos seus objectos de interesse. Fenomenologicamente, isto caracteriza-se por uma perda de vitalidade e colorido emocional, assim como uma retirada da possibilidade de existência psicológica e mesmo biológica. Embora por vezes este desinvestimento seja uma retirada da libido dos objectos para o ego, o que leva ao seu engrandecimento megalomaniaco, outras vezes o desinvestimento é de tal forma radical que a mente fica tão vazia que colapsa sobre si mesma e aproxima-se de um estado inorgânico. Isto constitui-se numa espécie de desejo de morte face à dor de existir, uma espécie de suicídio psicológico. Sob o ponto de vista da teoria energética de conservação de Freud, tal constitui a marca do instinto de morte. Não é portanto uma mera passividade ou um simples esvanecimento, existe uma dimensão muito activa e tenaz deste arrastar para a morte. Clinicamente, a criança autista é exigente, controladora e possessiva na sua demanda autística. Os objectos que a rodeiam não podem ser alterados, os estímulos e tentativas de contacto são agressivamente recebidos até que o seu autismo imperturbável possa ser retomado. Noutra exemplo, o suicídio concreto pode ser a única forma que indivíduo encontra para não viver, para não existir. Nos casos graves, é uma decisão rígida, imperturbável e onnipotentemente decisiva.

O instinto de morte actua de forma silenciosa mas produz um silêncio ruidoso na sua acção de reduzir a estimulação a zero. Sendo uma dimensão psíquica de funcionamento anterior ao princípio do prazer e à satisfação alucinatória de desejo, estabelece um princípio implícito de que nunca nascemos adequadamente ou de forma inteira. O self, na sua sensação de si, está sempre a compensar um distúrbio, a organizar-se em novas formas de mestria para reduzir o distúrbio de sentir. A agressividade voltada contra o mundo externo é um dos pólos do instinto de morte mas existe sempre a tentação ou a possibilidade do pólo oposto, o cair no nada ou fazer com que tudo seja nada. No entanto, o nascimento do self e o seu desenvolvimento precisam deste nada para serem alguma coisa, para se afastarem e se diferenciarem dele, mas sempre em sua função. Na psicose, pelo contrário, existe um apego desesperado a este nada de formam a manter a impossibilidade de se ser.

Bion leva ainda mais longe esta noção do conceber o início da realidade psíquica como uma explosão de protopensamentos, pensamentos que aguardam serem pensados. O início do self tem algo de catastrófico e de terrífico, um terror profundo a que Bion chama terror sem nome. Os pensamentos que surgem no espaço mental de um self trazem sofrimento mas este terror sem nome que acompanha o nascimento psíquico é algo de mais fundamental e que vai para além da tensão, dor e desprazer do início dos pensamentos. As ideias de Bion surgem do seu trabalho com psicóticos e tomam a psicose como um exemplo de perversão do nascimento catastrófico da existência humana.

Ao contrário do que geralmente é proposto, Bion avança com um modelo em que os pensamentos não nascem a partir de uma capacidade pensante. Antes, eles surgem como consequência da existência de uma mente em bruto que é depois pensada (função-alfa) e posta sob a forma a que podemos chamar pensamentos (elementos-alfa). Antes disso existem protopensamentos ou elementos beta: “ (...) *são objectos compostos de coisas-em-si, de sentimentos de depressão-perseguição e de culpa e, portanto, de aspectos da personalidade vinculados por uma sensação de catástrofe* ” (W. R. Bion, 1963; pág. 51).

A sensação de catástrofe liga os elementos da personalidade e mantém-nos juntos. É esse terror sem nome que leva ao pensamento, à formação de estruturas, conceitos e acções. Talvez possa ser dito que sem este terror básico não há vontade ou necessidade de viver e existir, de viver para não morrer. É um princípio primordial de formação da personalidade, semelhante ao modelo do Big-Bang em que o cataclismo inicial é elemento formativo do Universo, transforma o Nada em Algo. Na psicose, é a própria personalidade que é a catástrofe constante. Independentemente de Bion estar correcto ou não relativamente à primazia da sensação de catástrofe na vida emocional, é um facto básico na existência de todos os seres humanos e um aspecto central em muitas psicoses. Pode ser concebida sobre muitas formas como o terror de algo, do nada, de estar vivo ou de desaparecer, embora nenhuma descrição a pode fixar em toda a sua extensão ou qualidade.

A questão que Bion sublinha é a de que, qualquer que seja o significado que se possa querer dar ao imaginário psicótico, existe uma dimensão em que todo esse significado é antes de mais uma sinalização da catástrofe iminente. É mais sinal que símbolo, não existe contacto ou possibilidade de contacto com o que está a acontecer em termos de pensamento e muito

menos com o outro. O sinal pode assumir formas espectaculares mas essas formas são parte da acção da mente a livrar-se de si mesma, como se ela mente fosse excessiva para ser tomada por si mesma.

Winnicott também vê a questão da catástrofe como algo de fundamental, embora não primordial. Para ele, a mente não existe como entidade nos primeiros tempos de vida. O que existe é uma continuidade psicossomática, uma “continuidade de se ser” que é suportada pelo ambiente humano. As capacidades de adaptação da continuidade psicossomática aumentam com o desenvolvimento e, com elas, os seus limites tornam-se também mais resistentes a uma menor protecção ambiental. O primeiro ambiente humano é o ambiente uterino, muito próximo da perfeição no sentido de uma quase ausência de tensão. Logo após o nascimento, o ambiente torna-se suficientemente bom porque a mãe, embora tenha falhas que lhe impossibilitem continuar a ser perfeita, mantém mesmo assim o bebé dentro de parâmetros toleráveis. A sensação de continuidade perde-se quando um ponto de ruptura é atingido (D.W. Winnicott, 1949). Esta ruptura é associada com agonias primitivas de regresso a um estado desintegrado, de perda de unidade psicossomática, de cair para sempre e da perda do sentido de realidade e da capacidade de se relacionar com os objectos. A psicose seria uma tentativa de organização do sujeito face a esta sensação de catástrofe mais assustadora do que o tornar-se nada.

Winnicott sugere a seguinte situação: o bebé é deixado pela mãe e o seu desconforto ou angústia começam a aumentar. Quando a mãe regressa ao fim de X tempo, a angústia é “resolvida” pelo manejo da mãe, deixa de ser uma tensão que se vai acumulando. Quando a mãe se afasta por um período de tempo Y, maior que o X, a tensão que se acumula no bebé é maior mas pode de novo ser manejada e o bebé não foi alterado por essa experiência. Quando, porém, o período de tempo é Z, demasiadamente longo para as suas capacidades e limites, o bebé ficou traumatizado no sentido em que experienciou uma quebra na continuidade da vida. As suas defesas primitivas organizam-se para evitar uma repetição de uma “*ansiedade impensável*” ou um estado confusional agudo do tipo desintegrativo do ego que vai nascendo. O estado Z é impossível de ser totalmente reparado pelos cuidados da mãe, o bebé fica permanentemente privado da raiz daquilo que poderia originar a “*continuidade com o início pessoal*” (D.W. Winnicott, 1971, pág. 136).

Assim, a sensação de catástrofe pode não surgir no momento em que o bebé se apercebe da sua realidade psíquica, mas antes do receio de a perder. Fome, cólicas ou qualquer estímulo forte para o qual ele não tenha um quadro de referência podem interromper ou avassalar o seu sentido de continuidade. O bebé grita em pânico ou em fúria mas, se a ajuda não chega a tempo, ele pode ficar num estupor que substitui o senso de continuidade do seu ser. O suporte e ajuda dos outros em trazê-lo de volta à vida e ao senso de continuidade fazem com que ele desenvolva confiança de que os outros o tentarão ajudar. Isso permite-lhe consolidar um sentido de continuidade suficientemente forte para que possa englobar uma certa descontinuidade e, assim, aprender a manter a continuidade face à catástrofe potencial.

Se o papel dos outros (o ambiente, a mãe) falha de forma crónica no seu papel de suporte, a sensação de ser pode ficar danificada ou colapsar. O estupor que antes trazia alívio face à catástrofe passa a ser uma tentativa debilitante de autorreparação e, quando tal se prova impossível, uma derrocada na não-integração.

Existe então uma oscilação entre um esvanecer-se e o voltar à vida e a uma felicidade beatífica proporcionada pelo resgate da mãe. No entanto, se o bebé é constantemente trazido de volta à mesma vida de agonia, ele pode começar-se a organizar em torno da importância de se fazer desaparecer. Estar vivo é equacionado com uma miséria sem fim e sem possibilidades de alteração que se vai dissolvendo numa carapaça de alheamento mais e mais impenetrável. A chamada depressão crónica, neste sentido, pode ser vista como uma carapaça de alheamento, de desvitalização de si e do mundo à volta que, embora dolorosa, é preferível à experiência do impacto de estímulos.

A perda do sentimento pessoal de si pode também ocorrer pelo lado do estado de felicidade beatífica do voltar à vida. Quando o medo e raiva do bebé não são manejados mas antes dissolvidos no conforto paradisíaco do colo da mãe, os elementos perturbadores podem ser retirados para áreas não estruturadas da personalidade e serem, depois, estruturados por defesas primitivas como a clivagem e projecção. O bebé cresce e desenvolve-se a partir de uma identificação com uma mãe que acalma dissolvendo o mau com o bom. Embora haja uma manutenção de bem-estar, o custo é o do sacrifício da complexidade psíquica porque se perdem muitos dos elementos pessoais que sejam mais difíceis de experienciar.

A sensação de catástrofe pode não se ligar apenas à perda do self mas também a uma sensação de que o início do self está acontecer de forma errada ou que o desenvolvimento está a acontecer no sentido errado. A catástrofe surge como uma espécie de sinal para que a personalidade volte atrás e se reinicie. Porém, quando as tentativas correctivas feitas pelo estabelecimento dos vínculos correctos com os outros e consigo mesmo falham, a compensação relacional torna-se impossível e o sinal de alarme que é a catástrofe vai perdendo essa qualidade. Antes, passa a ser a realidade psíquica do sujeito, a única coisa que pode existir já que mais nada parece ter a possibilidade de poder ocupar o seu lugar. Com o tempo, vai-se perdendo a sensibilidade a essa sensação de catástrofe por um alheamento e um esvaziamento da capacidade de experienciar e, por isso, do self.

Alucinação e alheamento convergem em certos aspectos. Existe algo de alheamento na alucinação de satisfação de desejo que substitui uma situação dolorosa. O alheamento beatífico tem também algo de alucinatório, uma espécie de éden erótico onde só há lugar para o bom e para o prazer. Quando nenhuma destas tentativas de tentar lidar com a realidade psíquica surtem efeito no sentido do crescimento, sobressaem os aspectos destrutivos destes dois mecanismos e o indivíduo cai no poço sem fundo da alucinação. Com o avanço da severidade deste estado, alucinação e alheamento aproxima-se e confundem-se com a proximidade ao ponto zero. Nessa altura começa a deixar de haver sequer energia para alucinar e o indivíduo cai num alheamento que tudo apaga.

Alheamento e alucinação podem ser distinguidos pela sensação subjectiva de tempo e velocidade de experiência. A alucinação tende a acelerar a experiência e o alheamento a reduzir a sua velocidade. Mesmo com a aceleração da experiência, esta acaba por ficar parada ou fixada no borrão de imagens que daí resulta. Uma dimensão da experiência é elevada acima de todas as outras e todos os significados derivam dessa dimensão. As coisas tornam-se mais vívidas do que na experiência normal, sejam elas beatificamente boas ou terrificamente más.

### c) *Fronteiras*

Os limites do self variam radicalmente, expandindo-se ao ponto de englobar toda a existência ou diminuírem de tal forma que nem o próprio self conseguem abarcar. O sentido de espaço e tempo do self é uma das características afectadas na psicose, o que levanta

questões tão abstractas e complexas como a nossa relação com os outros, connosco mesmos e com o universo.

O nosso próprio desenvolvimento é uma tarefa de acomodação de diferentes experiências, perceptivas e da vida de fantasia. Uma criança pequena nem sempre parece viver nos limites do nosso mundo, mostrando sinais de prazer e desespero que não se ligam a nada de concreto que consigamos identificar. Conseguimos mesmo assim vislumbrar um mundo de fantasia em que visões afectivas e sensações assumem e se sobrepõem a todo o espaço da realidade adulta. Por isso Freud e outros investigadores destas questões falem da alucinação do bebé, no sentido em que estas observações se assemelham à verdadeira alucinação do adulto psicótico. No entanto, como nota Eigen, a percepção do psicótico nunca desaparece, não inteiramente substituída por um mundo onírico. Como diz o autor, “*Mesmo quando o mundo parece despedaçar-se ou acabar, o sujeito psicótico ainda se move e fala dentro dele. Quando caminha, não vai contra árvores*” (Eigen, 1993, pág. 141). A percepção do que tem limites é o ponto de partida para a alucinação sem limites e, esse sem limites, ameaça tomar conta da percepção.

Existe uma bipolaridade entre o material e imaterial, o percebido e o alucinado que permite, na experiência normal, uma certa ressonância, profundidade e transcendência da experiência. Os limites dentro destes pólos não podem ser demasiadamente rígidos ou frágeis sob risco do comprometimento da própria sensação de Eu. A duplicidade do material-imaterial é algo a partir do qual crescemos e nos desenvolvemos, questão que fica especialmente patente na diferenciação do self e de objecto. Estamos ligados mas separados dos outros e também de nós mesmos. Podemos sentir ligados aos outros mas existe sempre uma área de diferenciação e, um sem o outro, impossibilita qualquer existência. Na psicose o indivíduo tende para o zero ou para o infinito, para o isolamento ou para a fusão na tentativa de anular estas diferenças. Em qualquer dos casos a estrutura psicológica parte-se ou fica severamente deformada. O self rigidifica-se ou estilhaça-se. Muitas vezes, acaba numa mistura dos dois.

As oscilações súbitas de fronteiras e limites levaram vários clínicos a ver esta situação como marcas de falhas no desenvolvimento. Mahler, cuja teoria vemos em maior detalhe mais à frente, abordou esta questão dos limites na sua concepção do nascimento psicológico do ser humano (M. Mahler, F. Pine e A. Bergman, 1975). Neste processo existe uma

diferenciação e individuação progressiva que começa em algo semelhante ao narcisismo primário de Freud, um estado em que a mente funciona a partir de pressupostos de auto-suficiência ou como um sistema fechado em que objecto e necessidade não são diferenciados. Essa diferença estabelecer-se-á mais tarde mas o seu significado, a separação, é anulada por uma simbiose do self com o objecto. Existe um sistema dual onipotente em que self e objecto têm uma fronteira só e que engloba ambos. A experiência é a de um universo sem limites porque onipotente.

Estas são fases normais de um processo de desenvolvimento que vão incluindo uma maior percepção e aceitação da separação self/outros, com as respectivas vicissitudes. Mahler sugere porém que a vida psicológica começa por duas etapas de indiferenciação. M. Eigen (1993) nota que tal concepção tem o problema de que se não existe uma qualquer noção de separação à partida, um self que precisa e que por isso concebe um objecto, então não pode existir algo ou alguém que precisa de se fundir com esse objecto. A própria necessidade também não pode existir. Quem ou o quê necessita e do quê? *“Estritamente falando, existir e ser indiferenciado não é possível. Qualquer coisa que seja, tem, de alguma forma, de ser diferenciado.”* (M. Eigen, 1993; pág. 150)

As várias teorias psicanalíticas sobre o início da vida psíquica que preconizam um estado idealizado ou de narcisismo primário chocam geralmente com este problema e não oferecem uma solução clara. No entanto, demonstram a dificuldade da questão da dualidade da condição humana e o quão difícil é posicionarmo-nos face a essa natureza. Mesmo assim, o self tem de encontrar forma de se relacionar com esta natureza sem cair nos extremos psicóticos, sem maximizar todos os pólos simultaneamente e ser desmembrado no processo, ou rigidificar num pólo só e tornar-se autista ou paranoide.

O sentido da união-diferenciação é algo muito presente na obra de Freud, especialmente na questão da identificação, um processo que ele vê como crucial para a formação e desenvolvimento do self. Quando este self se identifica com um outro, é ao mesmo tempo uma apropriação e uma fusão de qualidades, valores ou características desse outro, existindo ao mesmo tempo uma área de diferenciação em que self e objecto se distinguem. Quando Freud fala da resolução do Complexo de Édipo, existe um abandono da posse da mãe ou do pai e uma identificação a um deles como solução de compromisso. Vir a ser como a mãe ou pai é diferente de ser a mãe ou o pai. Freud fala também de como o self pode falhar neste

processo de identificação ao permanecer fundido com o objecto perdido da melancolia. Na clássica citação (S. Freud, 1917c):

(...) a sombra do objecto caiu sobre o ego, e este pode então ser julgado por uma agência especial, como se fosse um objecto, o objecto abandonado. Desta forma uma perda do objecto foi transformada numa perda do ego e, o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa clivagem entre a actividade crítica do ego e o ego alterado por identificação (pág. 249).

Existe então, neste caso, uma fusão/união de aspectos do self com o objecto que anulam o aspecto da diferenciação ou separação self/objecto. Na psicose, o processo não é abandonado mas alterado ou explorado pelas tentativas psicóticas de anular a separação e polaridade self/objecto. A identificação liga-se, mesmo assim, a um processo de luto que advém de uma noção de separação self/objecto. Explica J.M. Quinodoz (1991):

Os processos de diferenciação e de separação estão estreitamente relacionados com o trabalho de luto, porque aceitar separar-se de outra pessoa implica não só a capacidade de efectuar um trabalho de luto a nível da relação entre duas pessoas (...) mas também a capacidade de efectuar o trabalho de luto a nível do ego, o que supõe a renúncia à fusão como o objecto do qual se separa – um aceitando diferenciar-se do outro (pág. 46).

Falou-se anteriormente do alheamento em que o indivíduo se afunda num mundo sem objectos. Eigen questiona-se se de facto este alheamento, este vazio, será realmente aobjectal. Na sua opinião, a resposta é não, mas vai para além da fantasia de que não existe ligação a um objecto. Esse vazio é algo que pertence ao tempo anterior à existência do self e que existirá sempre por preencher, algo que faz parte da existência humana. É também algo que só se torna possível na dualidade com o mundo das sensações, especialmente com a consciência do self-objecto. Sem isso, o vazio não é concebível. Será então impossível o self mergulhar definitivamente e totalmente no vazio e anular-se para sempre. Faz parte da agonia da existência que o self nunca consiga dismantelar totalmente o sentir.

A alucinação também se alimenta também do vazio e da consciência da existência do self e de outros. O self funde os seus terrores e êxtases com esse vazio primordial, personificando-o com imagens e presenças que se equacionam à escuridão em que tenta mergulhar. Embora em doses e formas variáveis, alheamento e alucinação alimentam-se e apoiam-se mutuamente em todas as psicoses.

#### d) *Ódio*

As deformações da experiência psicótica têm sempre alguma mistura de medo e ódio. Enquanto um bebé passa por uma série de tempestades emocionais sem ser danificado por elas, com o tempo, o ser humano vai-se cristalizando em determinada configuração de personalidade que o encerra numa fúria ou medo do qual ele perde contacto.

O ódio de Freud é, ao longo da sua obra, quase sempre visto como amor frustrado. Mesmo com a introdução do conceito de Instinto de Morte, o ódio é algo reactivo à frustração de desejos. Mais tarde, toda uma linha psicodinâmica foi construída a partir da equação de Melanie Klein do instinto de morte com a agressividade e ódio. No entanto, e como se verá à frente, Klein usa muitos termos de Freud com um significado diferente do original. O instinto de morte em Freud é um princípio de conservação energético, é uma inércia que impele o ser humano para o período pré-tensão, pré-nascimento. É algo que puxa o indivíduo para a não experiência, que tenta aniquilar a vivência porque ela implica tensão. Pelo contrário, a agressividade de Freud é algo que faz parte da vida, da libido ou do instinto de auto-conservação. A vida tenta satisfazer as suas necessidades e isso pode ser perigoso para os outros. Com a evolução da espécie humana, estas necessidades foram sujeitas a uma espécie de factor de socialização que permitiu o estabelecimento de civilizações mas que obrigou, em retorno, a uma satisfação indirecta de pulsões. Levou também a que o self nasça e cresça numa matriz conflitual entre desejos e desejos e demandas. (S. Freud, 1930)

Por exemplo, o bebé começa por mamar no seio da mãe sem outra preocupação que não seja a sua ausência. No entanto, com o nascimento dos dentes, ele dispõe de meios para magoar fisicamente a mãe, algo que faz parte da realidade e que se impõe ao mundo da fantasia, seja ele qual for no estado anterior. Esta nova capacidade é acompanhada de fantasias inconscientes de destruição e incorporação da mãe o que faz com que, por um lado, o bebé possa incorporar a mãe em si mas, por outro, necessite de cuidar dela e protegê-la das suas próprias manifestações agressivas e danificantes. A ansiedade e a culpa mantêm o

balanço entre uma ambivalência entre auto-expressão de amor e agressão e a inibição dessas expressões. Surge uma clivagem crónica da personalidade entre cognição-percepção e comportamento motor. O self consegue clivar-se de si mesmo de forma a estar para além da descarga directa dos seus sentimentos. Se necessário for, o self pode fazer desaparecer esses sentimentos para algum lugar fora de si.

Klein será melhor abordada mais à frente mas será aqui importante referir a sua noção de inveja, um ódio primitivo do self em relação a tudo que possa criar sentimentos de dependência no self<sup>23</sup>. A tomada de consciência do bebé de que não se pode alimentar sozinho ou amparar-se sozinho, faz com que a mãe seja vista como melhor que ele, como fonte de todas as coisas boas: capacidade de criação, de nutrição, etc. Isto desperta ansiedades que colocam em marcha a inveja destrutiva, algo bem diferente do ciúme (M. Klein, 1957):

Considero que a inveja é uma expressão sádico-oral e sádico-anal de impulsos destrutivos, em actividade desde o começo da vida, e que tem base constitucional. (...) A inveja é o sentimento raivoso de que outra pessoa possui e desfruta algo de desejável – sendo o impulso invejoso o de tirar este algo ou de o estragar (pág. 207 e 212).

Existe então sempre um conflito entre amor e ódio, sendo o ódio algo que não pode ser eliminado pela bondade da mãe. Quanto melhor ela for, quanto mais ela tentar acalmar a raiva invejosa do bebé, melhor objecto se torna e, por isso, mais inveja desperta. A saída deste ciclo é desenvolvimental, com a saída de uma posição esquizoide, em que o bom e mau são clivados para preservação do primeiro e a passagem a um outro estado mental, a posição depressiva, em que a gratidão substitui a inveja e o self aprende a viver e tolerar os seus maus sentimentos. A inveja permanece, porém, sempre como um importante factor do ódio inconsciente.

Tanto Klein como Freud consideram assim que existe uma espécie de pecado original, uma espécie de hedonismo, destrutividade e onipotência do qual nos afastamos pelo desenvolvimento em termos de compromisso e compensação face a essa falha básica perante o objecto, a esse pecado primordial (J. Grotstein, 2009). Isto implica que um sentimento de si

---

<sup>23</sup> Klein usa predominantemente o termo ego e o seu ego é algo que ela teoriza existir desde o primeiro momento: desde o nascimento ou mesmo antes dele.

que seja suficientemente bom seja também essencialmente esquizoide, via mecanismos de defesa, substituindo a vida real e a existência em todas as suas amplitudes por um ideal de vida que coloca a dor em lado nenhum ou noutra lugar que não no centro da condição humana.

Embora estes aspectos sejam importantes da dinâmica do ódio, deixam de lado o facto de que o ódio e a agressão têm um lugar importante em nós, uma vez que a sua expressão permite-nos experienciarmo-nos de forma mais completa. Esta é uma capacidade que por vezes está vedada ao psicótico pela anulação da sua vida psíquica. Winnicott fala-nos de uma raiva e fúria anterior à raiva reactiva e defensiva, com uma função essencialmente criativa do objecto, do self e da própria realidade vivida. No seu modelo, quando o bebé na sua fantasia onnipotente se permite fantasiar que destruiu o objecto e ele sobrevive na realidade, há uma qualidade de outro, um significado dessa coisa que é o outro que “renasce” com o objecto. Há com isso também um despertar e uma outra vida para o self nesta nova realidade de um eu face a um outro. Nas suas palavras (D.W. Winnicott 1971):

O sujeito diz ao objecto: ‘Eu destruí-te’, e o objecto está ali, está a receber a comunicação. A partir daí, o sujeito diz: ‘Eu destruí-te. Eu amo-te. A tua sobrevivência à destruição que te fiz sofrer confere, para mim, valor à tua existência. Enquanto te amo, estou permanentemente a destruir-te em fantasia inconsciente’ (pág. 126).

Embora este autor fale também de operações de identificação e projecção na vida mental do bebé, aqui ele tenta sondar o que é o self verdadeiro, aquele que se experiencia a si mesmo na sua realidade psíquica. Com esta explosão de raiva vem uma libertação das fantasias esquizo-paranoides que tais operações de projecção e identificação implicam. Há um contraste que se imprime mais fundo e que expande o indivíduo para além do jugo absolutista dessas operações mentais.

Paralelamente à sobrevivência do objecto existe então a sobrevivência do self à própria agressão, um self em que a espontaneidade é possível e que transcende a mera reparação/compensação ou a negação da culpa por insensibilização. Existe também uma transformação da própria noção de real, com a transcendência daquilo que era vivido como “o real” para um novo nível de realidade.

Este aspecto da destruição é diferente daquilo que Freud e Klein falam, no sentido em que esta raiva não é uma consequência de amor falhado ou do ódio invejoso que desperta aquando da relação dependente com um bom objecto. É algo que existe lado a lado com o amor, é uma raiva que existe porque o amor também existe. Winnicott tenta assim centrar-se numa qualidade intrínseca da experiência, naquilo que pode acontecer entre duas pessoas quando existe uma compreensão empática, espontaneidade e livre expressão entre elas.

A importância desta questão é a de que, embora os nossos impulsos possam ser destrutivos no sentido de magoar ou destruir os outros, eles têm muitas vezes um lado intrinsecamente bom numa afirmação lúdica do nosso ser. O conflito de sentimentos é inevitável aquando da descoberta de que somos potencialmente destrutivos, que os nossos impulsos podem ser por isso maus e daí a necessidade de nos guardarmos face a eles. Isso torna-se, em medidas variáveis de indivíduo para indivíduo, em ódio ao próprio self ou ódio em relação ao self dos outros. No psicótico, e como Bion referiu, não é tanto a questão do conflito dos impulsos com o ego mas, antes, a incapacidade de tolerar a experiência de estar vivo, de existir. Ele desintegra-se face à vida e desintegra a própria vida.

Bion fala dessa operação como um ataque aos vínculos emocionais do pensamento e do objecto, função essa que é descrita em termos de negativo das suas notações K (Knowledge), L (Love) e H (Hate) (W.R. Bion, 1963). São funções inseparáveis uma vez que só se pode saber (K) através daquilo que sentimos em relação a algo (H ou L). Também não podemos amar sem odiar e odiar sem amar. As três funções são componentes da paixão que nos permite a experiência emocional (J. Grotstein, 2007). Todas estas emoções implicam então conflito mas não é isso que está em causa na psicose. – K, - L e – H são funções negativas e um ataque aos vínculos emocionais.

Neste sentido, o ódio está claramente ao serviço da vida enquanto função ligada ao conhecimento da existência e sua realidade psíquica. O ódio tem o aspecto positivo de assinalar uma injustiça, uma falha ou uma necessidade que não consegue ser satisfeita. Há uma emoção que assinala que ainda vale a pena zangar-se e, por isso, que ainda há valor atribuído em relação ao motivo da zanga. Pelo contrário, - H é a desistência e a tentativa de anulação de qualquer valor, de qualquer conhecimento de vivência e da experiência.

Um desejo de morte pode anular qualquer das três funções, desfazendo o estar vivo sob todas as suas formas possíveis. Há uma tentativa de chegar a um ponto zero de estimulação e a vida vira-se contra si. Como condição de vida, o ódio ao serviço do desejo de morte anula-se a si próprio, o ódio vira-se contra o ódio enquanto vínculo emocional. Isto pode ter um efeito libertador se o ódio em relação a si próprio encontrar um lugar no desenvolvimento em termos de sinalização de algo que não queremos e de que temos nos livrar. No entanto, pode também degenerar num grave dano ao self ou ser mesmo letal como no caso do suicídio. A tentativa de matar uma parte da realidade psíquica que é intolerável ou insuportável pode passar pelo aniquilamento biológico. Diz M. Eigen (1999):

Demasiadas vezes, acabar ou sair de determinado estado (de dor e desesperança) confunde-se com acabar ou sair da vida. Perdemos ou nunca desenvolvemos suficientemente a capacidade de os experienciar como mais do que a soma dos nossos estados. A dor expande-se então de uma forma que obscurece o facto de que existem aspectos do self que não estão danificados, ou faz com que os elementos não danificados se tornem irrelevantes. A vida contrai-se e colapsa em pontos de dor e, por um período de tempo, é incapaz de se defender da acusação de que não tem qualquer valor (págs. 19 e 20).

Este aspecto é importante na psicose porque existe uma relação entre o ataque ao self e uma noção de renascimento. Alguém que se odeia a si mesmo fá-lo muitas vezes por sentir que existe algo de muito errado em si e o ataque é também uma tentativa correctiva, uma tentativa de ser mais ele ao aniquilar aquilo que o impede de ser. O auto-ataque do psicótico lança-o numa espiral que o mantém na vida e ao mesmo tempo fora dela. No entanto, o resultado é normalmente catastrófico para a vida psíquica do indivíduo.

Para Eigen (1993) este emparelhamento de morte e renascimento só é possível pela loucura de algo inerentemente humano, o desejo e a fantasia de viver para sempre, o sentido do infinito ou eterno na experiência humana. É algo que existe na sua tensão com a sensação aguda de mortalidade, uma polaridade de sentimentos idealizados e da violência inerente à vida:

Quando odiamos, pensamos que somos ou devíamos ser Deus. Quando estamos zangados, sentimos que temos razão sobre alguma coisa. Odiamos quando sentimos que é demasiadamente difícil, senão mesmo impossível, corrigir um erro. Somos deuses impotentes. No entanto, o ódio não é inteiramente desprovido de esperança ou esvanecer-se-ia. O estupor ou a submissão podem tomar o seu lugar. Quando odiamos, queremos que se faça a nossa vontade (pág. 211).

O ódio também simplifica o mundo permitindo que se o organize em termos de bom e mau. Mesmo assim, é uma redução demasiadamente grande para lidar com as nuances da realidade. A vida pode escapar-nos porque não conseguimos lidar com ela em termos tão simplícistas. O ódio é então algo que nos dá existência pela afirmação e protesto. Mas é também, em certas circunstâncias, uma marca de morte e um agente de morte psíquica. “Podemos odiar e/ou amar a morte e/ou a vida”, escreve o autor na página seguinte. É por isso muito difícil separar a loucura da sanidade e, ainda mais, se o colocarmos a questão em termos de racional e irracional porque o racional tem uma raiz e uma componente louca.

#### e) *Epistemologia e Inversão*

Epistemologia e psicologia interceptam-se na questão da importância do que é e como se constrói o sentido de realidade. Enquanto muita da Psicologia se dedica a estudar processos mentais, a Epistemologia estuda que reivindicações estes processos fazem sobre a natureza da realidade e verdade. A questão de como se estrutura esta natureza é especialmente saliente na questão da psicose, onde o sentido comum de realidade se altera radicalmente, revelando a fragilidade da nossa construção de nós mesmos e dos outros.

Na vida de todos os dias dividimos espaços em dentro e fora, assumindo como certo que as motivações e objectos acontecem e ficam contidos num espaço interno. Na psicose, estas categorias ou “caixas” de significado e significação sofrem deformações importantes ou então simplesmente não existem. O psicótico não consegue manter um sentido de espaço mental que lhe permita uma ordenação interna não problemática. Ele pode ser hiper-sensível ao facto de que a experiência é invisível e imaterial e, por isso, não dada a ser localizável em

termos espaciais. A noção de espaço fica assim ameaçada já que o indivíduo não pode ou não quer tratar a experiência em termos espaciais. No pólo oposto, a noção de espaço interno é tão rígida, avassaladora e concreta que o indivíduo colapsa face a ela, como a massa hiperdensa de uma estrela que colapsa sobre si e cria um buraco negro.

A reversão é também algo de inerente à condição humana, ajudando na construção criativa da nossa noção de self e de outros e permitindo uma libertação da rigidez polarizada. Um impulso pode dirigir-se ao self ou ao objecto e ambos se ligam por um impulso que é capaz de bi-direccionalidade. Um impulso é também capaz de mudar de valência, como quando o amor se torna ódio. Com o desenvolvimento das defesas, estabelecem-se formas típicas de reversão de experiência que se vão gradualmente tornando parte do carácter. A reversão tende para um estado de equilíbrio que transforma a experiência naquilo que não é. Porém, o indivíduo pode-se colocar de tal forma rígida ao lado de uma das polaridades que o pólo excluído assume proporções demoníacas. A capacidade de reversão tem também a capacidade de acelerar o indivíduo de tal forma que ele é atirado para fora da existência ou, pelo contrário, desacelerá-lo ao ponto da experiência colapsar sobre si mesma.

Para Freud a diferença entre normal, neurótico e psicótico é algo de qualitativo, embora estruturalmente diferente. O aspecto quantitativo determina o qualitativo. O que determina a quantidade é algo de desconhecido ou ambíguo e, por isso, sempre sujeito a interpretações subjectivas. Há um factor de incerteza, de subjectividade em acção que se impõe ao determinismo. O processo psicótico aproveita-se desta subjectividade, desta fenda no determinismo das coisas para exercer as suas operações. Ele pode então tentar fazer desaparecer estes espaços de multi-significação ou fixar-se apenas num deles pela impossibilidade de certezas absolutas e, com isso, eliminar a própria hipótese de encontrar significados.

O movimento da destruição para a estabilidade é apenas uma de uma série de movimentos de reversão possíveis na psicose. Outros movimentos importantes são o eu/outros, o eu-corpo/eu-mente e a reversão de afectos. A capacidade geral da mente de diferenciar e ligar faz parte da capacidade elementar de reverter perspectivas de experiência. A psicose tem a capacidade de acelerar tudo para fora da experiência ou colocar a vida num ponto estático. Elementos em bruto da personalidade surgem num caleidoscópio de figuras mortas ou terrificantes sem contexto aparente. Tempo e espaço desaparecem ou não se chegam a

constituir em termos do normal habitual. Eu e outros tornam-se em presenças malignas, questões intransponíveis ou pontos de dor dilacerante. O psicótico vê-se cercado de questões e premissas que não lhe deixam espaço para se mover entre elas e com elas.

Enquanto a maioria de nós não questiona a noção de um espaço interno, o psicótico pode ver-se engolido pela percepção de que esse espaço é uma ficção, de que não existe realmente em lado nenhum. Alternativamente, ele pode tentar fixar este espaço interno preenchendo-o materialmente com criações grotescas. A natureza de analogia deste espaço perde-se ou é explorada de forma malévola pela psicose. O psicótico oscila entre a ideia de que vê mais longe que todos, que nada pode assumir porque ele vê através de tudo e o tomar como certo as consequências alucinatórias deste estado (M. Eigen, 1993):

A nulidade oscila com o pesadelo. O psicótico fica como a centopeia que não pode caminhar porque se perde a contar as patas. Na sua visão, ele está deslumbrado pelos blocos de construção da sua personalidade, obcecado pelos próprios materiais em bruto, que ele não pode permitir que se juntem e funcionem apropriadamente (pág. 218).

Freud, concordante com a sua noção de que a mente existiria primeiro como um sistema fechado sobre si aquando do período de narcisismo primário, via a noção de espaço como uma projecção do aparelho psíquico. O inconsciente era a verdadeira realidade psíquica e, no início, não tinha qualquer contacto com o mundo externo. Bion repega nesta questão de forma diferente ao falar do espaço enquanto experiência emocional precoce. Para ele, espaço e tempo iniciam-se com a experiência da ausência. Tem de haver uma aceitação de que o seio está ausente, de um não-seio que difere do seio. Tem também de haver a possibilidade de esse não-seio ser representado pela imagem visual de um ponto, o lugar onde o seio estava. Reduzir o seio a um ponto reduz também o tempo ao agora. Um sentimento como o de perda é o lugar onde o objecto estava e o espaço onde o sentimento esteve. O psicótico trata o não-seio como algo concreto e o ponto torna-se não-representacional, não-simbólico. Isto é um exemplo do que Bion significa por – K. (J. Grotstein, 2007). Os elementos simbólicos, ou protopensamentos beta transformados em pensamentos alfa, imagens e modelos sensoriais, formam a barreira de contacto que constitui um espaço psíquico. Explica F. Cabral (1998b)

A personalidade alimenta-se pois dos dados da experiência sensorial e emocional e ‘cresce’ e ‘aproveita’, na medida em que consegue digerir e assimilar esses dados. A

incapacidade de tirar proveito da experiência emocional provocaria no aparelho mental uma deterioração comparável à da falta de alimento e água para o organismo (pág. 129).

Eigen acrescenta que a barreira de contacto protege o inconsciente da tirania do consciente e protege ambos os sistemas da tirania do Outro. Sem essa protecção, o indivíduo pode ficar encerrado na experiência da presença do objecto como uma presença sufocante, claustrofóbica, que retira o espaço para representar a experiência de forma diferente ou pensar sobre a sua experiência, transformando-a e relativizando-a. No pólo oposto, o indivíduo identifica-se com a ausência, torna-se onisciente na capacidade de ver mais além e não pode levar a sério a noção de espaço porque ele é imaterial. Mais uma vez, esta é uma dualidade presente em todos nós e que de alguma forma tem de ter lugar na nossa mente. “*Eu sou mas não sou o meu corpo. Eu sou mas não sou a minha mente. Eu sou mas não sou o meu...*” (Eigen, 1993; pág. 226).

A questão de um espaço interno prende-se intimamente com a noção de um Eu, pelo menos na medida em que tem de haver um Eu que faz a pergunta do que é o espaço interno. No entanto, o Eu não é a mesma coisa que consciência, já que dela fazem parte muitas outras coisas. Husserl propõe a existência de três níveis egoicos.

- Ego empírico: toma o mundo perceptivo como uma certeza absoluta, fazendo de nós realistas ingénuos.
- Ego Psicológico: apercebe-se e consegue focar-se no processo que origina a nossa experiência do objecto.
- Ego transcendental: consegue não só abstrair-se e colocar a questão sobre o que é objecto e a experiência que o origina, como também o que constitui a própria experiência.

O ego transcendental constitui o ego psicológico e, este, constitui o ego empírico. Idealmente o ego transcendental permite apenas observar o que vai acontecendo, não engole a experiência ou a noção de Eu. Isso é porém o que acontece na psicose porque princípios são tomados como coisas em si, como absolutos. O ego transcendental pode tornar-se um aspecto tão central que os outros dois níveis não entram na formação da experiência ou do Eu, encerrando o indivíduo no deslumbramento de um ego que tudo origina. O contrário é também possível, com um Eu que se deslumbra com uma infinidade de possibilidades

experienciais, em que o Eu não gera ideias mas, antes, elas aparecem-lhe de forma fatídica. A consciência precede o Eu e a sua existência é tomada como algo secundário ou derivativo.

### III. Relações de objecto: psicopatologia e normalidade

Já atrás nos referimos à chamada Escola de Relações de Objecto ou a teorias de relação de objecto. Relações de objecto correspondem a uma noção algo vaga que, se bem que represente um paradigma essencialmente psicodinâmico e essencial para a psicodinâmica psicanalítica, não pode ser traduzido por uma simples definição. É no entanto uma questão central e fundamental de todos os principais modelos da mente desta corrente e orienta-se essencialmente em torno de dois modelos conceptuais: um modelo instinto/estrutura e um modelo relacional/estrutura (J. Greenberg e S. Mitchell, 1983).

Os autores citados (1983) agrupam assim as teorias de Relação de Objecto desde Freud e permite-lhes a definição geral de que Relações de Objecto correspondem a “(...) *teorias, ou aspectos de teorias, que se dedicam à exploração da relação entre pessoas reais e externas e as imagens internas e resíduos das relações com elas, e o significado destes resíduos para o funcionamento psíquico.*” (pág. 12).

É também interessante notar a reflexão que os autores fazem logo no início da sua obra, no que se refere ao contexto de onde estas teorias se desenvolvem e como delimitam e definem a selecção de factos clínicos. A psicanálise é, afinal, uma das formas mais antigas de psicoterapia, consistindo no encontro entre duas pessoas, onde o paciente fala geralmente sobre as suas relações. As associações de sonhos, fantasias, emoções ou pensamentos são em grande parte feitas a partir da exploração, reflexão e introspecção desta faceta relacional do ser humano.

Uma das descobertas clínicas mais significativas que levaram à materialização desta noção foi a do conceito de transferência e de que um objecto ou pessoa presente num discurso não corresponde exactamente ao objecto que poderia ser objectivamente observado. Embora tenha sido Freud a explorar estes aspectos, não só no fenómeno de transferência, mas também na análise de sonhos e formação de sintomas, o próprio Freud atribui a origem destas noções e do método analítico (inicialmente método catártico) a Josef Breuer (S. Freud, 1910c).

Breuer chegou ao seu método catártico de forma acidental e da intuição. O método foi desenvolvido na sua relação terapêutica com Anna O., paciente que Breuer começou a tratar

em 1880. A relação iria ser interrompida unilateralmente por ele aquando da verificação da ligação erótica que Anna O. desenvolveu em relação a ele e que Breuer vê como algo que surge a partir do método catártico. Freud era por esta altura um jovem estudante de Medicina e não tinha ainda tido contacto com Charcot, contacto esse que só iria acontecer em 1885 (S. Freud, 1886b). É apenas quando Freud chega de França, e por sua insistência, que Breuer iria visitar o seu método catártico (S. Freud, 1914a). A experiência de Breuer e a curiosidade de Freud seriam congregadas numa publicação comum (J. Breuer e S. Freud, 1895), publicação que viria também a materializar o afastamento entre os dois homens.

Anna O. era considerada por Breuer e Freud como uma doente histérica mas este diagnóstico é hoje contestado<sup>24</sup>, havendo a opinião de que a paciente sofria de uma esquizofrenia com perturbação dissociativa da personalidade (G. Schoenewolf, 1990), reacção neurótica depressiva com luto retardado (D. Meltzer, 1989) ou personalidade dissociativa (N. McWilliams, 1994). Breuer começou o seu tratamento visitando-a diariamente e induzindo transes hipnóticos. Conseguindo inicialmente algum alívio de sintomas, verificou depois que esses sintomas eram rapidamente substituídos por outros. A ligação da paciente ao médico foi-se também desenvolvendo e assumindo contornos próprios. Breuer apercebeu-se no processo que os sintomas de Anna O. tinham significado à luz de acontecimentos passados, o que levou mais tarde à famosa frase “*os histéricos sofrem de reminiscências*” (S. Freud, 1910; pág. 17).

O método terapêutico de Breuer, a que Anna O. se referiu como “*cura pela palavra*” e um “*limpar da chaminé (...) um varrer de toda a negritude da minha cabeça*” (J. Breuer e S. Freud, 1895; pág. 30) era basicamente uma atitude de escuta por parte de Breuer, que depois lhe colocava uma questão que lhe parecesse relevante (G. Schoenewolf, 1990). Anna O. começou por “descarregar” verbalmente todas as experiências alucinatórias e fantasias angustiantes que tivera durante o dia, seguindo-se um período em que revelava dados sobre si ocorridos no ano anterior. Mais tarde, Anna O. terá começado a associar espontaneamente os seus sintomas actuais com as suas primeiras ocorrências e depois a estabelecer ligações entre eles e os seus sonhos. Finalmente, desenvolve a noção de que existe uma realidade

---

<sup>24</sup> Os seus sintomas foram-se desenvolvendo e alterando ao longo do tratamento mas incluíam dores de cabeça a nível occipital, diplopia (visão dupla causada por paralisia dos músculos oculares) e outros distúrbios oculares, parésias dos músculos frontais do pescoço, anestesia do membro superior e inferior direito e a sensação de que as paredes estavam a cair sobre si. Para além disso, houve períodos com alucinações visuais e “ausências” em que a paciente ficava apática, relatando depois a sensação de ter perdido tempo.

inconsciente responsável pelos seus estados de dissociação, não sujeitos à sua vontade e por isso incontroláveis por si (D. Meltzer, 1989).

Breuer passava muito tempo com a sua paciente, contando à sua esposa o quão inteligente e perspicaz Anna O. era. A sua mulher começou a ficar taciturna e incomodada com esta relação. Os colegas de Breuer, na Viena do final do séc. XIX, não viam também essa relação como natural desejável (G. Schoenewolf, 1990). Sentindo-se culpado com a situação, o médico resolve terminar o tratamento e comunica a Anna O. que não poderá continuar a visitá-la. Nessa mesma noite, ela chama-o de novo e comunica-lhe que está grávida de um filho seu, apresentando sintomas de uma gravidez histérica. Breuer fica chocado e resolve sair de Viena para uma segunda lua-de-mel com a sua esposa, nunca mais querendo explorar as razões ou origens destes últimos sintomas (C. Amaral Dias, 2000).

Freud fica fascinado com estas observações e, após os “*Estudos sobre Histeria*”, interessa-se pelos sonhos e pela forma como eles derivam do inconsciente. Em 1900 publica uma das obras maiores, “*A interpretação dos sonhos*” e é nesse mesmo período que Freud tenta o tratamento de uma jovem histérica, Dora. A sua análise não mostra Freud no seu melhor, intransigente na análise quase obsessiva dos seus sonhos e sem levar em conta os protestos e restante material da paciente (S. Ellman, 1991). Face ao interesse exclusivo de Freud nos seus sonhos, Dora diz-lhe ao fim de 11 semanas que vai abandonar o tratamento. Freud não a leva esta ameaça a sério e insiste, em vez disso, em continuar a analisar um sonho que antes tinha sido relatado. Dora cumpre a sua ameaça e não regressa ao consultório de Freud.

O caso publicado 5 anos após o tratamento falhado de Dora (S. Freud, 1905d). Embora Freud lhe chame “*Fragmento da análise de um caso de histeria*”, o trabalho refere-se quase que exclusivamente a dois sonhos de Dora. No entanto, dois aspectos importantes são abordados nas *Notas Preliminares* e no *Posfácio*. Nas *Notas Preliminares* Freud anuncia a sua ruptura com o método catártico dos *Estudos*, considerando a análise de sintomas um após o outro como

(...) totalmente inadequado para lidar com a estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho quotidiano, e assim parto da superfície a que o seu inconsciente preste atenção naquele momento. Mas desse modo,

tudo o que se relaciona com a solução de determinado sintoma emerge em fragmentos, entremeados com vários contextos e distribuído por épocas amplamente dispersas (pág. 15).

Embora mais demorado, Freud considera este método (associação livre) muito superior e o único verdadeiramente capaz de abordar este tipo de problemáticas.

No *Posfácio* Freud alarga-se sobre a noção de transferência, considerando que a remissão dos sintomas neuróticos observados no processo terapêutico se fica a dever ao vínculo com o médico e a uma substituição ou reedição do arranjo patológico da neurose na relação actual com o médico. *“O que são as transferências? (...) toda uma série de experiências psíquicas prévias que são revividas, não como algo passado, mas como um vínculo actual com a pessoa do médico”* (pág. 132). Mais à frente, Freud tira a consequência desta observação para a técnica psicoterapêutica, elaborando sobre aquilo que tinha afastado Breuer deste campo:

A transferência, destinada a construir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se na sua mais poderosa aliada quando se consegue detecta-la a cada vez que ela surge e traduzi-la para o paciente (...) e com isso a transferência é repetidamente aniquilada (pág. 134).

Uma vez que a análise não cria a transferência, antes facilitando-a como reedição do arranjo patológico, esta torna-se uma via mais directa do que a do método catártico para as fantasias subjacentes do paciente.

Esta forma de Freud pensar o problema do paciente através e na relação com ele é, em grande medida, uma consequência directa das ideias e interesses desenvolvidos anteriormente em relação a sonhos (S. Freud, 1900, 1901b), lapsos, devaneios, humor e anedotas (S. Freud, 1901a, 1905b; D. Meltzer, 1989). Estes, tal como a transferência, são formas de comunicação (com os outros e com a nossa representação de self) e, como qualquer mensagem codificada, são compostos por três componentes (R. Langs, 1983):

- O material latente: mensagem em bruto derivado do funcionamento inconsciente e/ou biológico, dependendo da forma como o inconsciente é concebido numa corrente pulsão/estrutura ou relacional/estrutura.

- Material manifesto: sonhos, devaneios, sintomas, sintomas relacionais (transferência), etc.
- O trabalho de sonho (dream-work): os mecanismos pelos quais o significado latente é moldada e codificado no conteúdo manifesto.

Nesta fase do seu trabalho, Freud muda também de ideias em relação à origem da patologia psíquica (S. Freud, 1905c):

(...) a sexualidade não intervém simplesmente como um *deus ex machina* que se apresentasse uma única vez em algum ponto da engrenagem dos processos característicos da histeria, mas que fornece a força impulsionadora para cada sintoma singular e para cada manifestação do sintoma. Os fenómenos patológicos são, dito de maneira franca, *a actividade sexual do paciente* (pág. 131).

Freud é geralmente considerado um corajoso investigador e implacável crítico das suas próprias ideias. Autor de um volumoso trabalho (24 volumes na *Standard Edition*, edição que deixa de fora alguns dos seus textos), tal produção reflecte uma constante criação e repensar de ideias.

### 3.1. Sigmund Freud:

O ponto de vista principal de Freud sobre a condição humana consiste na ideia de que, no seu centro se encontram os fluxos e refluxos pulsionais. Freud (1915a) distingue pulsões de estímulos fisiológicos advindos do perimundo (som, visão, pressão, temperatura, etc., todos de natureza momentânea) ao considerar que o

estímulo pulsional<sup>25</sup> não surge do mundo externo mas do próprio organismo. (...) uma pulsão imprime sempre um impacto constante (...) e como se manifesta a partir de dentro do organismo e não a partir de fora, nenhuma fuga lhe pode valer. Um termo melhor para estímulo pulsional será “necessidade”. O que acaba com a necessidade é a “satisfação.” (pág. 207).

A fonte de uma pulsão é *“o processo que ocorre num órgão ou parte do corpo e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão (S. Freud, 1915a; pág. 211).*

A noção de pulsão e energia pulsional é, ao mesmo tempo, uma noção bioquímica e psicológica, com uma difícil aplicação ao campo das relações intra e interpessoais, já que um conceito energético é algo do campo das ciências físicas (H. Guntrip, 1973). No entanto, Greenberg e Mitchell (1983) consideram que o modelo de instintos de Freud não é apenas uma teoria da mecânica da mente, mas também um modelo dos conteúdos existentes nessa mecânica. O significado de um dado comportamento, pensamento, sentimento, sonho, fantasia, etc., é determinado pelo arranjo pulsão/defesa resultante do conflito entre as paixões e pressões de descarga da natureza humana e as contingências civilizacionais que lhe servem de contexto de expressão e descarga. Esta é uma forma de apresentar o pensamento de Freud mais explicitamente presente a partir do seu trabalho de 1923 (S. Freud, 1923). No entanto, a sua compreensão da natureza humana e a sua conseqüente teorização pode ser dividida em três fases (J. Sandler, A. Holder, C. Dare e A. Dreher, 2005):

- a) 1ª Fase: Teoria do afecto-trauma (de meados de 1880 a 1897)
- b) 2ª Fase: Teoria Topográfica (de 1897 a 1923)

---

<sup>25</sup> Existe algum desacordo na tradução da palavra alemã “Trieb”, aparecendo umas vezes como instinto, outras como pulsão. Por exemplo, A. Holder (1990) considera que Freud distinguia Trieb de Instinkt, atribuindo á primeira a qualidade de pressão constante e á segunda, uma natureza mais variável com as condições do organismo ou ambiente (por exemplo, o instinto de auto-sobrevivência, que só exerceria a sua pressão em situações de perigo externo, fome, frio, etc).

c) 3ª Fase: Teoria Estrutural (de 1923 até ao final da sua obra)

As suas concepções em termos de forças motrizes dos fenómenos mentais podem também ser divididas em três fases, cada uma delas contendo ideias que foram evoluindo ao ponto de implicarem a passagem ao modelo seguinte, começando pela teoria do afecto, modelo do desejo e teoria da pulsão instintiva (Greenberg e Mitchell, 1983).

3.1.i. Teoria do Afecto e Teoria da Sedução

Na Teoria do Afecto, o objectivo do aparelho psíquico seria o de manter o nível de estimulação o mais baixo possível (princípio de constância). A excitação seria desagradável, a tranquilidade agradável. Seguindo os princípios da Física do final do séc. XIX, o indivíduo é visto como um sistema energético fechado que tende para o aumento de entropia e até chegar a um estado de equilíbrio. A personalidade desencadeia acções que visam a redução de tensão através de descargas de energia (J.S. Scharff e D.E. Scharff, 1998).

O estímulo que necessita de ser descarregado recebe o nome de afecto e é o afecto associado a um acontecimento que se pode tornar patogénico. Isto acontece sempre que há dificuldades associadas à descarga, seja devido a circunstâncias ambientais (normas, cultura, etc.), seja devido a um conflito com estados de espírito altamente valorizados (normas morais e éticas).

Estes afectos podem ser originados tanto internamente como externamente, de forma activa ou reactiva e podem ser o resultado de transformações de pulsões fundamentais ou envolver qualquer uma das emoções humanas como fonte de estímulo. Assim, a natureza do afecto depende da personalidade de cada um e do evento que o desencadeia. A memória de um destes eventos pode ser sujeita a repressão ou represamento de descarga e pode constituir-se, a partir daí, uma fonte patogénica. Por exemplo, a excitação sexual precoce (teoria da sedução) seria traumática devido à incapacidade da criança, ainda imatura, em lidar com esta excitação de outra forma que não seja o escudamento da consciência de tal estado ou descarga. Pressupõe-se assim que seria a imaturidade do aparelho mental o responsável, em parte, por este estado de coisas.

Freud chegou a esta conclusão de forma empírica e a partir do que parecia ser uma dissociação da consciência, em que memórias de certos acontecimentos conscientes passavam a ser inacessíveis à consciência (H. Etchegoyen, 1987). Tal como Anna O. foi recuperando com Breuer memórias de situações que supostamente tinham desencadeado os afectos e sintomas da sua neurose, Freud via um significado muito específico num dos sonhos de Dora: a excitação de cariz sexual que a sua paciente achava inaceitável (S. Freud, 1905c). A histeria seria uma dissociação da mente, separando a memória do desejo do afecto traumático consequente. A “teoria da sedução”, que Freud abandonou por volta de 1987, previa que a neurose se originava de memórias traumáticas de índole sexual e de eventos reais.

### 3.1.ii. Aparelho mental e Processos Patogénicos na Teoria do Afecto-Trauma.

Freud começa então a desenvolver as suas ideias partindo da noção de que as neuroses, e a histeria em particular, se deviam a um processo psicogénico de dissociação de conteúdos mentais para fora da Consciência.

Estes processos de defesa, e outros de cariz psicológico, são concebidos como acontecendo naquilo que Freud designa por aparelho mental. A sua função seria a da adaptação do indivíduo às exigências e pressões internas (biológicas e psicológicas) e externas. Nesta fase da sua obra, as pressões internas são vistas como secundárias e grande parte da sua atenção foca-se naquilo que parecem ser fontes externas dramáticas de pressão sobre o indivíduo (traumas).

O aparelho mental seria responsável por:

- Controlo da descarga de excitação e auto-defesa de afectos perturbadores e ideias incompatíveis com os ideais, moral e crenças do indivíduo.
- Formação de traços mnésicos e de vínculos associativos entre eles.
- Atenção, percepção e transformação dos estados de energia mental (em repouso ou exercendo pressão de descarga)

O desenvolvimento implicaria a formação de uma diferenciação do aparelho mental naquilo que Freud designa por Ego. A noção de Ego, até à sua formulação de 1923 da teoria estrutural, era algo ambígua e não era claramente definida, correspondendo a uma noção de

Consciência e consciência de si. O Ego seria também capaz de uma acção defensiva baseada na dissociação da consciência (repressão) de certas ideias, memórias e dos seus afectos correspondentes para uma área inconsciente.

A diferenciação do Ego resultaria da interacção de necessidades biológicas com o mundo externo, ambas capazes de induzir tensão no aparelho mental. Haveria também uma suposta disposição constitucional para o desenvolvimento, assim como existe para o desenvolvimento de componentes somáticos.

Freud começou por ter um ponto de vista quantitativo dos processos mentais, baseando-se no Princípio da Constância de Fechner<sup>26</sup>, princípio que Breuer definiu como *“a tendência para manter a excitação intracerebral constante. (...) Penso que podemos assumir que existe também uma quantidade óptima de excitação tónica intracerebral.”* (S. Freud e J. Breuer, 1893; págs. 272 e 273).

Esta quantidade refere-se a energia mental, sendo a sua excitação equacionada com afectos e emoções. A energia mental pode existir num estado de repouso ou, quando existe uma pressão para a descarga, num estado de excitação. A regulação e aplicação desta energia seriam feitas pelo aparelho mental, de acordo com o Princípio da Constância, que visa a manutenção de um estado de homeostasia. Desta forma, o estado energético num estado de repouso permite um estado de equilíbrio. Quando existe pressão para descarga gera-se um desequilíbrio mas, ao mesmo tempo, a tendência para descarga visa atingir de novo o estado de equilíbrio.

O aumento de excitação no aparelho mental pode ser resolvido através de descarga que é feita por intermédio de uma acção motora ou expressão emocional. No entanto, quando as ideias associadas às emoções são incompatíveis com as normas do ego, este introduz uma dissociação defensiva nessas ideias, relegando-as para uma área inconsciente.

Esta acção defensiva existe tanto no funcionamento normal como no patológico e, nesta fase da obra de Freud, é tida como uma defesa contra quantidades excessivas de excitação

---

<sup>26</sup> Parece existir alguma imprecisão na atribuição desta designação. Freud atribui-a a Fechner com o nome de “Princípio da tendência para a estabilidade” (S. Freud, 1920b). Breuer atribui o termo “Princípio da Constância” a Freud (S. Freud e J. Breuer, 1893).

que ameaçam avassalar o ego ou causar estados dolorosos e desprazerosos. Três mecanismos de defesa são considerados: a repressão, a substituição e a transformação de afectos.

A repressão é a defesa básica que empurra as ideias inaceitáveis e suas correspondentes emoções para o inconsciente. Se for bem sucedida, não restaria qualquer vestígio de ideias ou afectos incompatíveis na consciência, mas passaria a haver uma quantidade de excitação represada no inconsciente. A substituição consistiria na transferência do afecto de uma ideia inaceitável para outra ideia que seja aceitável. A transformação de afecto seria, como o próprio nome indica, a substituição de um afecto por outro.

As situações de psicopatologia surgiriam da acção excessiva de mecanismos de defesa que tentam a adaptação a um estado de desequilíbrio particularmente intenso pela quantidade de energia mental que impele à descarga, descarga essa que não pode acontecer por questões morais, de retaliação esperada do meio ou porque se referem a situações passadas e retidas nos traços mnésicos. Sendo que essa quantidade excessiva de energia seria represada pelas defesas do ego, e uma vez que a defesa não diminui a quantidade de energia mas apenas a torna inacessível à Consciência, a descarga seria feita sobre uma forma disfarçada que se constitui no sintoma.

J. Sandler, A. Holder, C. Dare e A.U. Dreher (2005, pág. 45) apresentam o seguinte esquema do Modelo Afecto-Trauma (Figura 2):

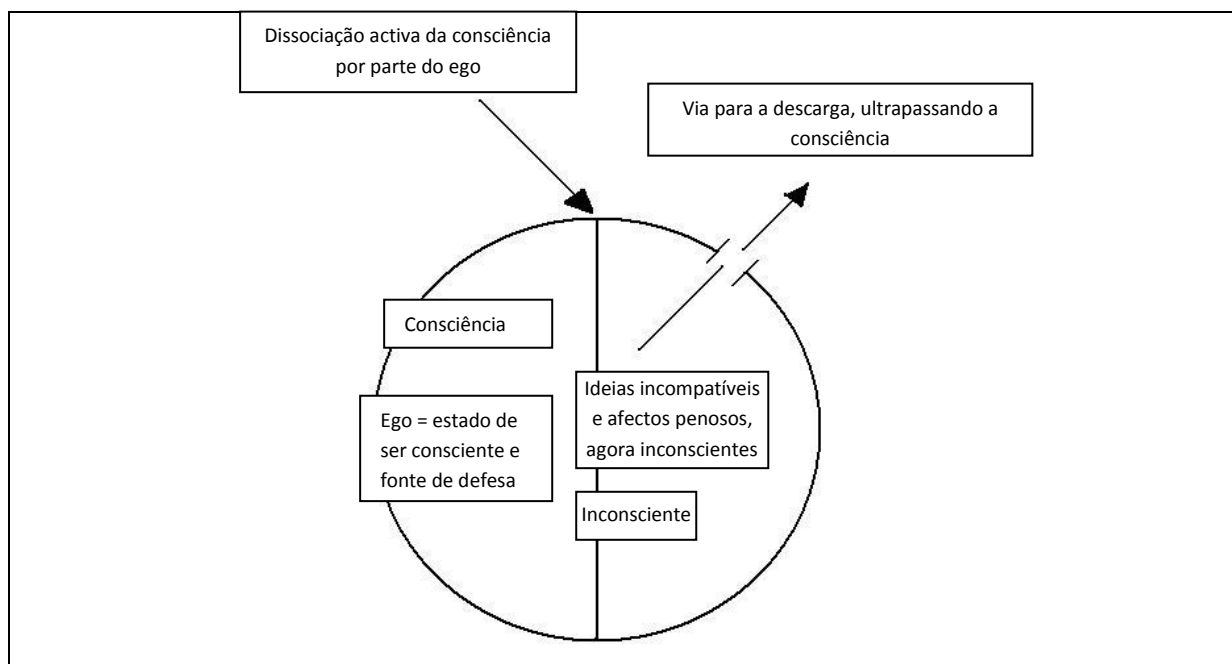


Figura 2 – Modelo afecto-trauma em Freud

As situações mentais traumáticas mereceram especial atenção, mas a condição psicopatológica era vista como resultante da interacção entre factores constitucionais e experiências do indivíduo, quer se instalasse um processo neurótico ou não, quer no tipo de neurose que se instalaria.

Por trauma mental entende-se o estado de desamparo resultante do avassalamento do aparelho mental por um fluxo súbito e elevado de energia que não pode ser regulada ou descarregada, rompendo a barreira de estimulação do aparelho mental. O termo “trauma” refere-se tanto a esta experiência subjectiva, como ao acontecimento que a causou ou às consequências a longo prazo dessa experiência.

Pode-se também falar de Traumas Actuais e Traumas Retrospectivos (J. Sandler et al., 2005):

- *Traumas Actuais*: Surgem com o rompimento do aparelho mental por um influxo súbito de energia mental que se constitui na resposta imediata, ou relativamente imediata, a um acontecimento real.
- *Traumas Retrospectivos*: Resultam do emparelhamento de situações actuais com traços mnésicos de situações passadas. O evento passado não originou, nessa altura, trauma mental. Isto por duas razões: pela repressão do acontecimento e porque os padrões de “aceitável e não aceitável” de um ego fraco (em desenvolvimento) não originavam nessa altura a forte reacção de incompatibilidade de afectos que se verifica mais tarde. Tais acontecimentos foram, mesmo assim, preservados na memória. Quando eles se associam a eventos actuais que reavivam e reforçam os traços mnésicos desses acontecimentos, origina-se então uma situação traumática que tem uma origem dupla: a força dos afectos reavivados e a força das reacções afectivas do ego.

Quando Freud concluiu sobre a universalidade do Complexo de Édipo e da sexualidade infantil, ele viria a abandonar a teoria da sedução (D. Meltzer, 1989). Nas próprias palavras de Freud (1925d):

Sob a influência do método técnico que empreguei naquela época<sup>27</sup>, a maioria dos meus pacientes reproduzia cenas da sua infância nas quais eram sexualmente seduzidos por adultos. (...) Eu acreditava nessas histórias e, em consequência, supunha que tinha descoberto as raízes da neurose subsequente nessas experiências de sedução sexual na infância. (...) Quando, contudo, fui finalmente obrigado a reconhecer que essas cenas de sedução jamais tinham ocorrido e que eram apenas fantasias (...) fui capaz de tirar as conclusões certas da minha descoberta; a saber, que os sintomas neuróticos não estavam relacionados directamente com factos reais, mas com fantasias impregnadas de desejos, e que, no que toca à neurose, a realidade psíquica era de maior importância que a realidade material (págs. 39 e 40).

O estudo do Inconsciente terá também permitido esta mudança de opinião (S. Freud, 1911a):

A característica mais estranha dos processos (reprimidos) do inconsciente (...) devem-se ao seu inteiro desrespeito pelo teste da realidade; eles equacionam a realidade do pensamento com o facto externo, e desejos com o a sua satisfação (...) Daqui surge também a dificuldade de distinguir fantasias inconscientes de memórias que se tornaram inconscientes. (...) Mas nunca nos devemos deixar enganar pela aplicação dos princípios da realidade a estruturas psíquicas reprimidas, e assim, talvez, desvalorizar a importância das fantasias na formação de sintomas com o argumento de que não são factos, ou em atribuir um sentimento neurótico de culpa a outra fonte porque não existe evidência de nenhum crime realmente cometido (pág. 225).

Freud encontrou também um fenómeno relacionado com as memórias de infância que colocam em causa a sua veracidade. Na sua obra de 1901 (1901a), Freud refere-se às memórias encobridoras como frequentes memórias de infância relacionadas com assuntos pouco importantes e indiferentes, sem que haja, paralelamente, memórias importantes, impressionantes e carregadas de afecto. Relacionadas com a amnésia infantil, isto aconteceria por um processo de deslocamento, em que memórias pouco significativas substituem,

---

<sup>27</sup> Método catártico e, particularmente, a hipnose.

encobrem e ajudam a reprimir as memórias significativas. Essas memórias substitutas podem tanto ser anteriores, posteriores ou contemporâneas das memórias encobertas. Esta reconstrução é feita durante o desenvolvimento psicosssexual num momento posterior ao tempo das memórias infantis e serve para esconder uma recordação penosa.

Para C. Amaral Dias (2000) esta ideia materializa também as duas formas radicalmente diferentes de olhar um paciente, concebê-lo e tratá-lo. Uma vez que esta construção de uma história de infância é semelhante à formação dos sintomas neuróticos (repressão), surge a questão de quem é o sujeito, qual a sua origem e qual a sua construção a partir daí. E como tal, o levantamento da defesa e o repensar dos aspectos penosos escondidos com vista a uma tolerância do paciente em relação a si, definem e orientam toda a intervenção do clínico. Se, pelo contrário, a ênfase está na adaptação do sujeito, o clínico estará interessado em manter esse mecanismo neurótico que encobre o ser do paciente e facilitar outro tipo de mecanismos que sejam, eventualmente, menos problemáticos para ele. A preocupação deixa de ser tanto quem o paciente é, para se central naquilo que ele tem, ou seja, o sintoma.

Freud não apresentou um modelo para aquilo que chamava aparelho psíquico até 1900<sup>28</sup>, incluindo a sua primeira esquematização no capítulo 7 de “*A Interpretação dos Sonhos*” (S. Freud, 1900). Este capítulo é considerado o advento do Modelo Topográfico, embora se baseie em ideias que surgem já em trabalhos anteriores (S.S. Marmer, 1990). Seguindo a noção do princípio de constância, Freud considera que a forma inicial de descarga de tensão funciona em arco reflexo com expressão somática. O aparelho mental era concebido como um instrumento óptico, com vários elementos ou lentes dispostas consecutivamente. O primeiro elemento numa das extremidades seria o sistema preceptivo e, na extremidade oposta, o sistema motor. Pelo meio ficariam vários sistemas de memória e associação (C. Brenner, 1973). Como a actividade motora não é suportável ou viável por longos períodos de tempo, surgiria uma tentativa de reinvocar o traço mnésico da satisfação original da necessidade, desta vez numa associação a uma nova necessidade. A este impulso de reinvocação, inicialmente alucinatório, Freud atribui o nome de “*desejo*”.

---

<sup>28</sup> Na verdade, o primeiro modelo do aparelho psíquico tinha já sido esboçado anteriormente, num trabalho que Freud optou por nunca publicar, baseado em tipos supostamente diferentes de neurónios, e que viria a ser publicado em 1950 após a sua morte : “*Projecto para uma Psicologia Científica*” (1895).

O modelo topográfico baseia-se num referencial neurofisiológico. Freud concebe um aparelho psíquico tripartido que, no seu funcionamento semelhante a um arco reflexo, é constituído por um sistema consciente, pré-consciente e inconsciente. O sistema Consciente tem por função receber e avaliar os estímulos internos e externos em termos de prazer/desprazer. O sistema Pré-consciente foi também designado por “barreira de contacto” e teria a função de filtrar não a quantidade, mas a qualidade daquilo que pode entrar na Consciência. Concebido como uma membrana sensorial virada para o exterior, retém as qualidades dos conteúdos internos em função de representações da palavra, ou seja, traços mnésicos de como as situações foram significadas. Esta é uma das razões pelas quais as pulsões são exclusivamente inconscientes e apenas cognoscíveis após projecção no mundo externo e associação a traços sensoriais (F. Cabral, 1998b; D. Zimerman, 1999). O Inconsciente é o reservatório pulsional, resultante da biologia e natureza humana. Algumas dessas pulsões nunca passam para além deste sistema, constituindo as repressões primárias. O inconsciente é também o armazém das repressões secundárias, pulsões que sofreram transformação, chegaram ao Consciente e foram aí inibidas. É igualmente o reservatório da “representação das coisas”, traços mnésicos das experiências infantis associados às sensações anteriores à nomeação ou palavra. O inconsciente funciona de acordo com o processo primário, uma lógica que é o negativo da lógica positivista (linearidade, causa efeito...) (C.A. Dias, 1999), com aspectos como a atemporalidade, a condensação, o deslocamento e ausência de negação ou contradição.

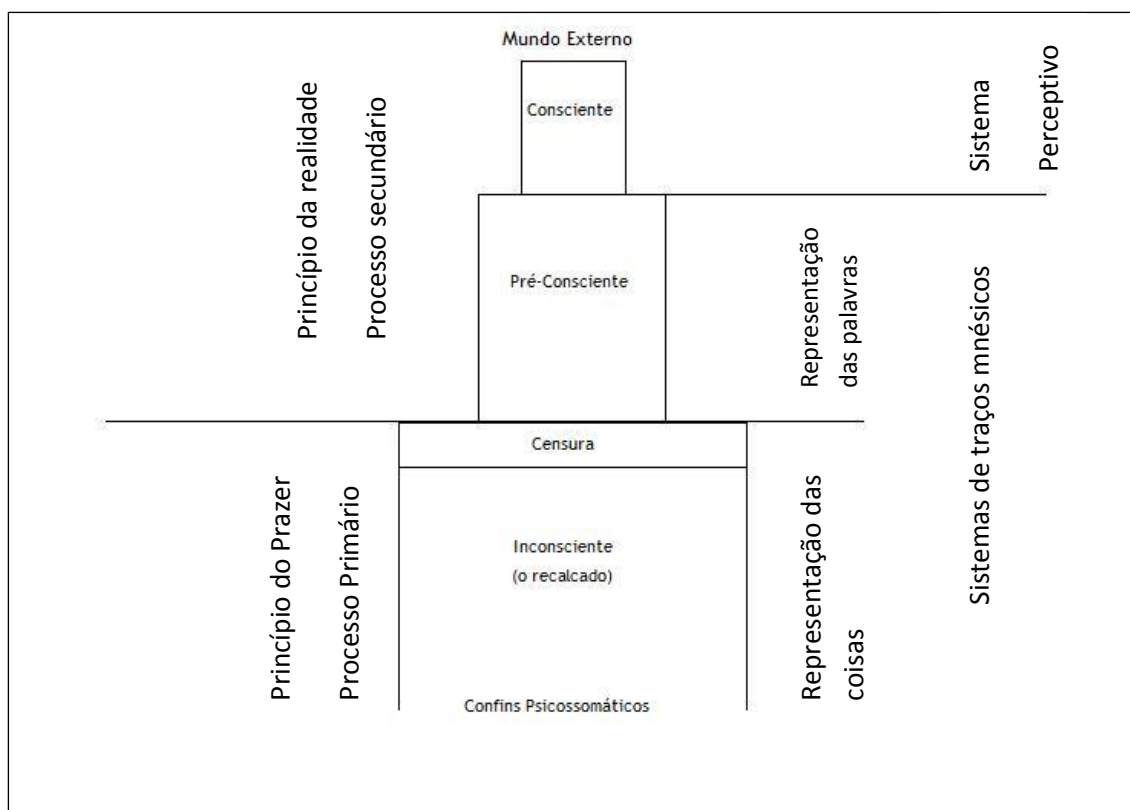


Figura 3 – O aparelho psíquico na 1ª tópica (adaptado de J.-J. Boulanger, 1998)

Este modelo contém também aspectos económicos baseados na termodinâmica, nomeadamente no princípio da entropia e da conservação de energia. As pulsões, fontes de energia vital constante, visam chegar ao sistema Consciente, capaz de as descarregar por acção motora. No entanto, as pressões pulsionais são por natureza avassaladoras e, quer pela sua força, quer pela frágil estrutura da pessoa, tendem a fragmentá-la ou aniquilá-la psicologicamente. Existe por isso a necessidade de aplicar uma força que remeta a pulsão para o Pré-Consciente até que esta possa ser descarregada sob uma forma alterada ou codificada que não comprometa o Consciente. Este aspecto diz respeito à natureza das defesas mentais e, paradoxalmente, podem pela sua radicalidade provocar a loucura e desintegração que visam evitar (R. Langs, 1983).

Assim, na teoria topográfica de Freud, o conflito do qual resulta, entre outros aspectos, o sintoma neurótico, consiste no choque de impulsos sexuais do Inconsciente com a noção da realidade e valores morais do Pré-Consciente. A acção repressiva deste último sistema, quando desempenha a sua acção com sucesso, remete tais desejos para o reprimido inconsciente e resolve temporariamente o conflito. Quando a repressão falha, o desejo reprimido consegue romper a acção do Pré-Consciente e forçar-se no Consciente. Isto é feito

sob a forma distorcida de sintoma porque, embora insuficiente, a acção repressiva do Pré-Consciente não falha completamente. A falha da repressão leva a que a entrada na consciência do desejo sexual seja vivenciada não com prazer mas com ansiedade (J. Arlow e C. Brenner, 1964)

O Inconsciente da teoria de Freud tem a dupla natureza descritiva e dinâmica. O Inconsciente descritivo diz respeito ao local onde estão guardados os desejos inconscientes e as recordações e fantasias que se lhes associam. O Inconsciente dinâmico refere-se ao mecanismo ou processo pelo qual o material inconsciente é para aí expulso da Consciência e aí exilado e mantido fora da Consciência por pressão defensiva da censura. Todos os actos psíquicos começam por ser inconscientes e tornar-se-iam conscientes ou pré-conscientes mediante a acção da repressão a que fossem sujeitos. Diz Freud (1912a):

Uma analogia grosseira mas não inadequada para esta suposta relação da actividade consciente com a inconsciente pode ser retirada do campo da vulgar fotografia. A primeira etapa da fotografia é o ‘negativo’; todas as fotografias têm de passar por um ‘processo negativo’, e alguns destes negativos que foram considerados bons após exame são admitidos à finalização do ‘processo positivo’ da fotografia (pág. 264).

Na sua primeira apresentação do aparelho psíquico, Freud afirma que o Inconsciente seria composto inteiramente por desejos, embora não fique claro nessa obra o que são exactamente estes desejos podendo-se-lhes atribuir uma grande amplitude de significados (C. Amaral Dias, 2000). Há no entanto aqui uma mudança no pensamento de Freud. Se antes (por exemplo, nos “*Estudos*”) uma situação mobilizava um afecto, Freud vê agora os impulsos como determinantes do valor contingente das situações. Os desejos pretendem restabelecer uma situação apenas porque elas permitiram, no passado, a satisfação de um estado de necessidade interior.

O advento do modelo pulsão/estrutura surge com a obra “*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*” (J. Greenberg e S. Mitchell, 1983), obra em que as noções de memórias traumáticas e traumas actuais perdem grande parte da sua importância para um determinação pulsional. Os “*Três Ensaio*” (Freud, 1905c) parecem ter sido um dos trabalhos preferidos de Freud, tendo-o revisto seis vezes. É nesta obra que Freud define o que entende por pulsão:

Por pulsão deve provisoriamente entender-se o representante psíquico de uma fonte endossomática de excitação fluindo continuamente, em contraposição com ‘estímulo’, o que é provocada por excitações unicamente vindas do exterior. Assim, o conceito de pulsão é um daqueles que fica na fronteira entre o psíquico e físico. (...) quanto à natureza (...) é desprovida de qualidade e, no que diz respeito à vida psíquica, deve ser apenas considerada como medida da exigência de trabalho feita à mente. O que distingue as pulsões umas das outras e as dota de qualidades específicas é a sua relação com as suas fontes somáticas e com os seus alvos. A fonte de uma pulsão é um processo de excitação que ocorre num órgão, e o alvo imediato de uma pulsão reside na renovação desse estímulo orgânico (pág. 49).

Os desejos, algo de ambíguo nos seus trabalhos anteriores, são então uma função das forças que atingem a mente pela sua ligação com o corpo e são de natureza sexual:

A função sexual, conforme verifiquei, encontra-se em existência desde o próprio início da vida do indivíduo, embora no começo esteja ligada a outras funções vitais e não se torne independente delas senão depois (...) Começa por manifestar-se na actividade de um grande número de *instintos componentes* (pág. 41).

A pulsão, partindo dos órgãos, organizava-se em torno de zonas erógenas e pedia descarga. Mais tarde alargou a noção de zonas erógenas a toda a superfície do corpo, privilegiando, mesmo assim, os genitais, ânus e boca como as zonas mais importantes. A passagem de predominância de uma zona erógena em relação a outra marca os diferentes estádios de desenvolvimento psicosexual, determinando diferentes modos de expressão pulsional (J.S. Scharff e D.E. Scharff, 1998).

Como referimos, as pulsões originar-se-iam da indiferenciação somatopsíquica (J. Bergeret, 1996) que serve de ponto de partida para o aparelho psíquico e para o Inconsciente. A sua descarga, apenas possível a partir do sistema Consciente, pode apenas acontecer se não houver um bloqueio por parte da repressão. Freud seguia assim os princípios dualistas da

Filosofia do séc. XIX que previam que para cada força existia uma outra que se lhe oponha. Desta forma poderiam então existir estados de equilíbrio e harmonia (J.S. Scharff e D.E. Scharff, 1998). O que é menos claro nas suas ideias iniciais é o que é que faz com que determinada ideia seja incompatível, e incompatível com o quê, para que desencadeie uma acção defensiva por parte da repressão.

Antes de ter estabelecido a primeira teoria pulsional, Freud via o conflito em termos de adequação da descarga de impulsos num determinado contexto ou situação social. Esta noção do papel do contexto ambiental é totalmente abandonada aquando da primeira teoria pulsional em que a repressão é determinada por um conflito de instintos biologicamente determinados. Não existe qualquer papel da realidade ou das pessoas envolventes à moldagem do que é experimentado como prazer pela criança, já que isto é filogeneticamente determinado (Greenberg e Mitchell, 1983).

A formulação mais clara desta oposição de forças surge num artigo de 1910 em que Freud escreve (S. Freud, 1910f):

A nossa atenção foi atraída para a importância dos instintos na vida ideacional. Descobrimos que todos os instintos tentam efectivar-se activando ideias que estão de acordo com os seus fins. Estes instintos nem sempre são compatíveis entre si; os seus interesses muitas vezes entram em conflito. A oposição de ideias é apenas a expressão da luta entre vários instintos. Do ponto de vista da nossa tentativa de explicação, uma parte bastante importante deve-se à inegável oposição entre instintos que servem a sexualidade, o atingir o prazer sexual, e aqueles outros instintos que têm por objectivo a autopreservação do indivíduo – os instintos egoicos. Como o poeta disse<sup>29</sup>, todos os instintos orgânicos que operam na nossa mente podem ser classificados como ‘fome’ ou ‘amor’ (213 e 214).

Sem porém negar a importância dos factores ambientais, estes são agora contingentes e complementares aos factores constitucionais (S. Freud, 1905c):

---

<sup>29</sup> Freud refere-se a Friedrich Schiller e ao seu poema “Die Weltweisen”.

(...) não deve de modo nenhum esquecer-se de que a relação entre os dois tipos (*factores inatos Vs. Acidentais vividos na infância*) é de cooperação e não mutuamente exclusiva.

O factor constitucional tem de esperar por experiências para poder fazer-se sentir; o factor acidental precisa ter uma base constitucional para poder entrar em acção (115).

### 3.1.iii. O Objecto na obra de Freud.

Para as teorias psicodinâmicas que estamos e iremos abordar, o objecto tem um significado muito diferente daquilo que recebe o mesmo nome na Fenomenologia, Psicologia Cognitiva e Teorias Interpessoais (F. Guignard, 1997; M. Perlow, 1995). Quando os autores assinalam uma diferença relativa às teorias interpessoais não significa isto que o objecto psicodinâmico implique um afastamento de um modelo relacional mas, antes, que esses aspectos relacionais têm um significado e ligação dinâmica mutuamente influenciadora com os aspectos pessoais internos da psicologia da pessoa. “*A teoria de relações de objecto (...) é fundamentalmente uma teoria de relações de objecto internas em interacção dinâmica com a experiência interpessoal actual*” (T. Ogden, 1986; pág. 131).

As diferentes teorias e pontos de vista das teorias de relação de objectos podem ser diferenciadas em termos de três significados referentes de objectos internos (M. Perlow, 1995):

- Objecto enquanto amálgama de memórias que constituem representações ou esquemas organizadoras da experiência presente. Há aqui uma ênfase especial na qualidade emocional da interacção com o objecto e na influência interna de tais esquemas por pulsões, desejos, etc.
- Fantasias, conscientes ou inconscientes, referentes ao objecto. A fantasia é considerada como um fenómeno experienciado subjectivamente e que tem uma componente motivacional, tentando assim estabelecer determinadas funções.
- Objecto mental como capacidade ou deficit desenvolvimental. Este conceito refere-se a representações de características básicas da personalidade que determinam o nível de organização dessa personalidade como um todo.

As teorias que exploram e se diferenciam sob estes três eixos derivam todas, de uma forma ou de outra, das noções de Freud. Para ele o objecto é uma criação da pulsão (S. Freud, 1915a):

O objecto é a coisa através da qual a pulsão consegue atingir o seu alvo. É o que há de mais variável na pulsão e não está originalmente ligado a ela, mas é-lhe atribuído apenas em consequência de ser peculiarmente apropriado para tornar possível a satisfação. O objecto não é necessariamente algo de exterior; pode igualmente ser uma parte do corpo do sujeito (...) Pode acontecer que o mesmo objecto sirva simultaneamente para a satisfação de várias pulsões (...) (pág.120).

O objecto, para além de não estar presente desde o início do desenvolvimento, começa por ser um objecto parcial, ou seja, a pulsão orienta-se para um determinado aspecto do objecto. Explica Freud na mesma obra (S. Freud, 1915a)

A fonte de uma pulsão é uma pulsão que ocorre num órgão, e o alvo imediato de uma pulsão reside na renovação desse estímulo orgânico (p.49). (...) Há zonas erógenas predestinadas, como se vê no chupar do dedo (pág.63). (...) O nosso estudo sobre o chupar do dedo ou o chupar sensual deu-nos já as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. No início, liga-se a uma das funções somáticas vitais; não tem ainda o objecto sexual e é por isso auto-erótica; e o seu alvo sexual é dominado por uma zona erógena (pág.62).” (S. Freud, 1905c).

A experiência de satisfação da pulsão leva a criança a conceber uma imagem do que é essa satisfação. A associação entre a noção de satisfação e as condições que encontra levam à formação do objecto (S. Freud, 1905c):

O alvo sexual da pulsão infantil consiste em obter satisfação por meio de uma estimulação apropriada da zona erógena que por qualquer razão foi escolhida. Essa satisfação deve ter sido previamente experimentada para ter assim deixado no seu rasto uma experiência de repetição; e é de esperar que a Natureza terá tomado as suas

precauções de segurança para que essa experiência de satisfação não seja deixada ao acaso. (...) Podemos formular o alvo sexual de um outro modo: consiste em substituir a sensação projectada de excitação na zona erógena por um estímulo externo que afasta essa sensação reproduzindo um sentimento de satisfação. Este estímulo externo consiste usualmente numa qualquer espécie de manipulação que é análoga ao chupar (pág. 64).

Desta forma, e havendo uma pulsão parcial referente a um determinado órgão ou parte corporal (oral, anal, etc.), o objecto que satisfaz essa pulsão é também ele parcial. No caso da pulsão oral, o objecto mãe é o seio e não a mãe total enquanto pessoa ou entidade psicossomática total. O objecto é então determinado e uma criação e função da pulsão porque só passa a ser alvo se “encaixar” com as características específicas dessa pulsão. O desenvolvimento cumprido com sucesso seria a integração destas pulsões parciais numa única sexualidade genital e a relação com um objecto total (J. Greenberg e S. Mitchell, 1983).

A passagem de uma satisfação aobjectal para a busca de um objecto externo faz-se pela introdução do princípio da realidade e a insuficiência da actividade auto-erótica para a satisfação pulsional (S. Freud, 1911a):

Foi apenas a não ocorrência da satisfação esperada, a experiência de desapontamento, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação através da alucinação. Em vez de seguir esta forma, o aparelho psíquico teve de decidir formar uma concepção das circunstâncias reais do mundo externo e de se empenhar em as alterar realmente. Um novo princípio de funcionamento mental foi assim introduzido; o que estava presente na mente já não era aquilo que era agradável e compatível<sup>30</sup> mas sim aquilo que era real, mesmo se fosse incompatível (pág.219).

Greenberg e Mitchell (1983) consideram que Freud exclui, nesta noção do princípio da realidade, os impulsos sexuais. Segundo os autores, o princípio da realidade é algo que para Freud se refere à acomodações do sujeito à realidade, introduzindo pressões para o ajuste da

---

<sup>30</sup> “Agreeable” no original e, por isso, compatível com o princípio anterior do princípio do prazer.

descarga e expressão de pulsões, mas sem nunca influenciar a natureza do impulso em si. As experiências de desapontamento frustrariam mais facilmente os impulsos de autoconservação do que os sexuais, já que estes são passíveis de satisfação auto-erótica e porque, na fase de desenvolvimento psicosexual em que o princípio da realidade se consolida (fase da latência), o desenvolvimento sexual é interrompido e fica temporariamente adormecido. Os canais e ligações com o mundo externo (memória, percepção, etc.) são então constituídos a partir do conflito.

Há no entanto uma tendência, na parte final da obra de Freud, em considerar cada vez mais as implicações da realidade sobre a formação e funcionamento do psiquismo humano. Tal consideração advém de uma maior preocupação em relação à natureza e função do Ego, instância algo nebulosa em termos de definição até à sua obra “*O Id e o Ego*”. Esta é também a passagem da primeira para a segunda tópica que não se constitui numa mudança ou substituição de modelos da mente, mas antes na descrição e compreensão de outros factores mentais e do aparelho psíquico por outro vértice. No entender de Cristina Fabião (2007), os dois modelos tópicos de Freud constituem um *continuum* de situações ou fases diferentes do aparelho psíquico, onde as questões económicas e quantitativas da primeira tópica se relacionam com a questão do trauma psíquico no sentido do rompimento da barreira pára-excitações e com conseqüente ameaça de desintegração e fragmentação da consciência; e a busca de prazer/princípio do prazer apenas aquando da existência de um ego estruturado.

#### 3.1.iv. Narcisismo

Uma das primeiras alterações ao modelo pulsional original refere-se à questão de que há tendências sexuais ou libidinais também nas pulsões do ego, anteriormente vistas como exclusivamente de autoconservação (A. Braconnier e cols., 2006). O narcisismo seria, em termos de desenvolvimento, uma fase normal de transição entre o auto-erotismo e o investimento objectal. Antes deste direccionamento da libido para o exterior, a libido seria investida no ego em formação, instância que Freud considerava não existir desde o nascimento (S. Freud, 1914b):

(...) formamos a ideia de que existe um investimento libidinal na origem do ego, da qual parte é depois dada aos objectos, mas que persiste de forma fundamental e que se

relaciona com o investimento objectal em grande medida como o corpo de uma ameba está relacionado com os pseudópodes que estende (pág. 75).

Este estado de coisas corresponderia ao narcisismo primário, em que o bebé vive num estado de indiferenciação entre o seu ego e a realidade externa. A mãe não é reconhecida como separada de si, é apenas uma sua extensão, sendo as necessidades do bebé, em fantasia, satisfeitas por si mesmo nesta capacidade de estabelecer um prolongamento fagocitante, tal como os pseudópodes da ameba. Ao narcisismo secundário corresponde o retorno do investimento objectal ao ego, após um grande desapontamento com o objecto. (D. Zimmerman, 1999).

A introdução da noção do narcisismo atribui também uma maior importância ao ego e às suas próprias intenções (lívido do ego), pelo que Greenberg e Mitchell (1983) lhe atribuem a importância de ser uma etapa precoce e importante do desenvolvimento do modelo estrutural onde o ego, com as suas funções de regulação e execução, obrigam a pensar no contexto em que as pulsões actuam. É assim um movimento teórico no sentido de começar a atribuir uma menor determinação das pulsões libidinais sobre a actividade mental

### 3.1.v. Princípio da Constância, compulsão à repetição e segunda teoria pulsional

No seu artigo de 1920, Freud reconsidera a sua formulação anterior sobre o princípio do prazer, durante muito tempo equacionado com o princípio da constância de Fechner (Greenberg e Mitchell, 1983; S. Freud, 1920). Freud apercebe-se de que um modelo da mente com uma força motivacional principal de descarga pulsional como fonte de prazer não consegue explicar todos os fenómenos que se observam. Um exemplo de tal aspecto referia-se ao tipo de sonhos que eram observados nos veteranos da 1ª Grande Guerra e onde, noite após noite, o mesmo sonho angustiante surgia e se constituía fonte de grande desprazer.

No dizer de Meltzer (1989, 162 e 163), o problema da sua teoria relacionava-se com o aspecto quantitativo e neurofisiológico do seu modelo na abordagem da dor mental e das emoções. Sendo um modelo que permite a compreensão da satisfação de desejos, falhava na

compreensão do tipo de sonhos dos veteranos traumatizados, com sonhos que claramente não eram satisfações alucinatórias de desejo.

Estes sonhos, conjuntamente com a observação de que as crianças tendem a repetir histórias e jogos de forma estereotipada, levam Freud a sugerir que existe um princípio económico mais primitivo do que o do princípio do prazer: a compulsão à repetição, ao retorno a processos mentais anteriores sem que nada tenha a ver com a questão do prazer ou dor. Existem então forças perturbadoras externas correspondentes às áreas e estruturas de conflito do Ser Humano e, ao mesmo tempo, uma tendência de conservação que impulsiona o indivíduo para um estado anterior (C. Amaral Dias, 2000).

Em termos de manifestação clínica em sessões de análise ou psicoterapia, a compulsão à repetição é entendida como a expressão dissociada e repetitiva de impulsos do id e constitui-se como uma defesa desta instância contra as pressões e exigências morais e éticas do superego (O. Kernberg, 2004)

Desta ideia surge a 2ª Teoria Pulsional, baseada numa dualidade entre Instintos de Vida e Instintos de Morte (Eros e Thanatos). As pulsões de vida incluem agora as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação, interligadas e funcionando de forma conjunta a nível do ego e da interacção do inconsciente com a realidade externa. As pulsões de morte, não directamente observáveis, visam a redução da tensão, seja biológica, seja psíquica, por um retorno a um estado anterior de coisas que, em última análise, se referem a um retorno ao estado inorgânico. Seria esta pulsão que estaria então na base da compulsão à repetição (D. Zimerman, 1999).

Em termos de psicopatologia, a pulsão de morte enquanto força profundamente autodestrutiva, manifesta-se de forma particularmente intensa nas depressões *major*, nos comportamentos impulsivos e nos suicídios (Kernberg, 2004).

Este é de novo um modelo eminentemente biológico mas a pulsão de morte representa uma espécie de tendência a escapar do conflito e da dor mental para um estado sem tensão, mas também a um estado em que não existe pensamento e sujeito. Este é um dos aspectos importantes, por exemplo, para a compreensão da doença psicossomática (C. Amaral Dias, 2000).

A incompatibilidade do ponto de vista económico na compreensão da noção de prazer/desprazer foi novamente abordada por Freud no seu artigo sobre o masoquismo onde nota que existem “(...)tensões prazerosas e relaxamentos de tensão desprazerosos (...) sendo o estado de excitação sexual o mais berrante exemplo de um aumento de estímulo prazeroso deste género(...)” (S. Freud, 1924a; pág. 160). Desta forma, continua Freud na mesma página, o prazer ou desprazer não se podem atribuir apenas a um aumento ou diminuição da quantidade de tensão. “Parece que dependem não deste aspecto quantitativo, mas de alguma característica que apenas podemos descrever como qualitativa. Se fossemos capazes de dizer o que é esta característica qualitativa, estaríamos muito mais avançados na psicologia.”

Um outro ponto que terá levado Freud à revisão da sua teoria e ao desenvolvimento do modelo estrutural, a par com as questões levantadas em “Para além do Princípio do Prazer”, terá sido o problema do Ego Ideal (D. Meltzer, 1989)

### 3.1.vi. Modelo Estrutural

O descontentamento de Freud com aos seus anteriores modelos tê-lo-á levado à formulação do modelo estrutural, centrado em torno da questão do conflito e não em torno do acesso de material psíquico à consciência, como era antes o ponto principal da 1ª tópica. Paralelamente ao aumento da ênfase no papel do Ego e das suas funções, duas observações clínicas terão levado Freud a esta reformulação (J. Arlow e C. Brenner, 1964) :

- As forças contra-pulsionais nem sempre são acessíveis à consciência: as resistências do paciente eram, por vezes, forças que bloqueavam a livre associação de ideias e, nessas ocasiões, o paciente muitas vezes não dava conta de tal bloqueio. Para que se desse conta desta acção da repressão e eventualmente a ultrapassasse, era necessário desenvolver trabalho analítico sobre a própria resistência. Assim sendo, e uma vez que no modelo topográfico o que é inconsciente, por definição, é a pulsão sexual, esta acção de censura, pertencente também por definição ao sistema Pré-Consciente, deveria ser passível de se tornar Consciente sem trabalho analítico. Ora o que se verificava na prática é que desejos sexuais e forças contra-instintivas podiam ser ambas inconscientes, o que desconfirmava aspectos do modelo topográfico.

- Uma necessidade de auto-punição, passível de causar conflito, pode também ela ser sujeita a repressão e tornar-se em inconsciente recalcado. Esta noção de punição, baseada na noção de um Ego Ideal que incorporaria questões morais e de castigo pela transgressão, deveria constituir um aliado das forças contra-pulsionais do sistema Pré-Consciente e, assim, ser passível de ter acesso à Consciência. E no entanto, tais aspectos necessitavam de análise para se tornarem conscientes, aspectos que são importantes por serem centrais na neurose histérica e obsessiva.

Desta forma, Freud concluiu que o acesso à consciência não poderia continuar a ser o aspecto central de uma teoria do aparelho psíquico (S. Freud, 1923a):

Reconhecemos que o Ucs.<sup>31</sup> não coincide com o reprimido; ainda é verdade que tudo o que é reprimido é Ucs., mas nem tudo o que Ucs. é reprimido. Uma parte do ego (...) pode também ser Ucs, é incontestavelmente Ucs. E este Ucs. pertencente ao ego não é latente como o Pcs<sup>32</sup>.; pois se o fosse, não poderia ser activado sem se tornar Cs<sup>33</sup>., e o processo de o tornar consciente não encontraria tamanhas dificuldades (pág. 18).

O modelo estrutural também leva mais em conta as relações interpessoais e o mundo fantasmático, ou seja, a forma como cada um percebe o seu mundo interior (J.-J. Boulanger, 1998). Para C. Amaral Dias (2000), a introdução do modelo estrutural significa também a progressiva espiritualização da psicanálise, com uma crescente importância e ênfase no Eu; o decréscimo do inconsciente, com o afastamento de um modelo médico, biológico e de determinismo tendencialmente linear para uma compreensão baseada no funcionamento mental e no jogo das suas instâncias psíquicas; a maior importância da razão e da capacidade cognitiva do sujeito em mentalizar e contactar com a natureza tripartida da sua angústia nas relações do Ego com o Id, Superego e Realidade.

O modelo topográfico prevê então a existência de três instâncias psíquicas:

---

<sup>31</sup> Sistema Inconsciente: Ucs – Unconscious

<sup>32</sup> Sistema Pré-Consciente: Pcs – Preconscious

<sup>33</sup> Sistema Consciente: Cs – Conscious

Id:

- Pólo psicobiológico da personalidade, é virtualmente coincidente com o Inconsciente do modelo topográfico. Exclui certos aspectos inconscientes agora atribuídos ao ego, nomeadamente os mecanismos de defesa na sua acção de repressão (J. Laplanche e J.B. Pontalis, 1990)
- Do ponto de vista económico, é o reservatório e fonte de energia psíquica. Nele residem tanto as pulsões de vida como as pulsões de morte. O ego retira do id a energia de que necessita.
- Funciona de acordo com o princípio do prazer e processo primário.
- Do ponto de vista dinâmico, interage com o ego e objectos externos e internos, estes últimos constituindo os introjectos (as interiorizações e identificações) do superego (D. Zimerman, 1999)
- De forma geral, o tipo de relação do Id com estas instâncias e a Realidade é de conflito, mas nalguns casos pode aliar-se ao superego, particularmente em psicopatologias como a depressão, neuroses obsessivas e neuroses em que o tema central se constitui pela necessidade de punição (Arlow e C. Brenner, 1964)
- O Id não tem limites claros em relação às outras duas instâncias. O ego, enquanto diferenciação do Id, mistura-se com ele na sua parte inferior<sup>34</sup>. O recalcado é parte do id e do ego, também nesta porção mais inferior do ego, já que a repressão não consegue exercer a sua acção na totalidade desta instância. O ego é então indiferenciado no pólo em que se funde com o Id. O superego, embora seja uma diferenciação do ego através do sistema percepção-consciência (contacto com a Realidade), está em grande parte mergulhado no Id, não sendo por isso uma instância claramente autónoma. O Id é aberto, nas suas profundezas, a influências somáticas que se expressam no id por derivados mentais (S. Freud, 1933)

Ego:

- Instância que esteve sempre presente na obra de Freud, encontra no trabalho de 1923 uma imagem e definição mais clara. Constitui-se por uma parte modificada do Id através do choque com a Realidade (frustração) e interacção com esta, percebida por intermédio do sistema percepção-consciência (A. Braconnier, 1998).

---

<sup>34</sup> Inferior em termos de uma profundidade mental e também em termos de um esquema visual.

- Tem por principal função a mediação, integração e harmonização das pulsões do id, exigências e ameaças do superego e as demandas da realidade externa (D. Zimerman, 1999). O último autor citado considera que o ego é uma conjugação de três aspectos:
  - Aparelho psíquico com funções essencialmente conscientes de relação com o mundo exterior: percepção, pensamento, atenção, antecipação, memória, discriminação, juízo crítico e acção motora.
  - Sede e fonte de funções mais complexas, maioritariamente inconscientes: produção de angústia, mecanismos de defesa, fenómenos de identificação e produção de símbolos
  - Sede de representação do sujeito, levando à imagem que ele tem de si mesmo e ao seu sentido de identidade e auto-estima.
- J. Arlow e C. Brenner (1964), usufruindo da maior reflexão sobre esta instância por autores posteriores a Freud e que se inscrevem na chamada Psicologia do Ego, apresentam uma lista, não exaustiva, de onze funções do ego:
  - Consciência/consciencialização
  - Senso-percepção
  - Percepção e expressão de afectos
  - Pensamento: os processos de pensamento do ego vão do pensamento lógico, realista e orientado para a resolução de problemas até ao pensamento irrealístico e ao devaneio não-verbal.
  - Controle de acções motoras
  - Memória
  - Linguagem
  - Mecanismos de defesa e acção defensiva em geral
  - Controle, regulação e ligação de energia instintual
  - Integração e harmonização de funções
  - Teste de realidade (diferenciação da realidade externa de fantasias internas)
  - Capacidade de suspender qualquer destas funções e regredir para níveis primitivos de funcionamento.
- Por estas funções percebe-se também a oscilação que Freud apresentava em termos de que considerava o Ego: um self subjectivo ou uma associação impessoal de funções. A noção de self, de acordo com as várias teorias e escolas de pensamento, surgiria do esclarecimento e aprofundamento desta questão (O. Kernberg, 2004).

Superego:

- Freud usou, ao longo da sua obra, os termos superego, ideal do ego e ego ideal de forma mais ou menos indistinta (D. Zimmerman, 1999)
- Classicamente o herdeiro do Complexo de Édipo (4-5 anos), surge da internalização da figura paterna representante do interdito do incesto e ameaça de castração (C. Malpique, 1986). É então a identificação a um aspecto parcial do objecto, sendo que existe também a interiorização de padrões culturais nos aspectos morais, de regras e ética que fazem parte desta introjecção (D. Zimmerman, 1999). O aspecto transgeracional foi também especialmente frisado por Freud, que chamou a atenção para o facto de que as identificações da criança são feitas em relação aos próprios superegos dos pais, perpetuando-se e transmitindo-se assim uma tradição de valores e regras morais ao longo das gerações (S. Freud, 1933).
- Maioritariamente inconsciente, é em situações de psicopatologia uma influência e força especialmente destrutiva, impiedosa e cruel em relação ao próprio sujeito.
- A resolução do complexo de Édipo e a formação do superego tem também uma contraparte positiva em termos estruturais com o estabelecimento do Ideal do Ego. Este aspecto parcial do Superego, que inicialmente se confunde com ele, contem as representações idealizadas dos pais e constitui a compensação narcísica da impotência, medo da castração e barreira contra o incesto derivada da resolução do complexo de Édipo e estabelecimento do superego. Sendo que os impulsos libidinais ficam então interditos em relação às figuras parentais, a interiorização dos seus aspectos morais e das suas normas, assim como da sua aceitação, permitem também uma noção de orientação para o futuro, de um ideal a seguir e da esperança de um dia poder vir a colher os frutos do cumprimento desse ideal e de obter a gratificação, deslocada, que são vistas como prerrogativas parentais (S. Freud, 1933)
- A submissão e aceitação das regras parentais idealizadas é então um reforço e protecção narcísica, que mantém a auto-estima (O. Kernberg, 2004) e tem um grande peso na construção da identidade pelo processo de identificação dos objectos e conflitos internalizados (C. Malpique, 1986).

### 3.1.vii. Psicopatologia

Jean Bergeret (1996) distingue quatro grandes momentos na abordagem de Freud a este assunto. Nesta evolução se vê também que o interesse de Freud estava mais nos mecanismos que estruturam a mente e no funcionamento que leva a um determinado tipo de patologia, do que propriamente no aspecto classificativo dos sintomas em síndrome. Como existe, para além da verificação dos sintomas, todo um considerar metapsicológico, a oposição entre uma noção geral de neurose e psicose vai para além deste dualismo ao longo da obra de Freud. Verifica-se também que a psicose, ao contrário do que geralmente se refere, é algo que esteve sempre muito presente no seu pensamento.

1º momento (1887 – 1911): É o momento em que Freud vai desenvolvendo as suas próprias ideias sobre etiologia, vislumbrando e estabelecendo diferenças entre psiconeuroses e neuroses actuais, incluindo especialmente neste último grupo as neurastenias e as neuroses de angústia. As noções de etiologia que ia consolidando não eram de fácil inclusão nas categorias de Neurose ou Psicose existentes na época.

2º momento (1911-1923) : Correspondendo ao período de elaboração da primeira teoria oficial do aparelho psíquico, Freud continua a contrastar as neuroses actuais das psiconeuroses. Nas neuroses actuais continua também a incluir essencialmente a neurastenia e a neurose de angústia.

Já no que toca às psiconeuroses, Freud divide-as agora em dois grupos:

- Psiconeuroses de transferência: histeria, neurose obsessiva e fobias.
- Psiconeuroses narcísicas: corresponde às psicoses clássicas. A libido é vista como retida no ego de forma auto-erótica, perdendo-se assim o investimento objectal.

3º momento (1923 a 1925): Surge aquando da formulação da segunda tópica. Freud opõe neuroses actuais a três novas categorias:

- Neuroses: o que anteriormente designava por psicose de transferência. Marcadas pela sujeição do Ego à realidade e ao Superego via recalçamento.
- Psicose narcísica: categoria revista e que só inclui a depressão e melancolia. Conflito entre o Ego e o Id.

- Psicoses: paranóia e esquizofrenia. Conflito entre o Ego e o mundo externo, que faz o ego derrocar e dissolver-se no Id. Este último cria então uma nova realidade delirante.

4º momento: (1925 a 1940): Deixa de haver uma preocupação em opor nosologias umas às outras e o seu interesse recai no estudo de mecanismos eminentemente psicóticos, especialmente a clivagem e a negação de aspectos do mundo externo. Há, igualmente, um consolidar de uma noção de estrutura específica que, sob um tipo de pressão ou acontecimento específico pode descompensar em patologia. Nesta forma de colocar as coisas, o termo narcísico refere-se a um tipo específico de intolerância às frustrações externas e, assim, a uma predisposição para a psicose e perturbações caracteriais e perversões.

### 3.2. Heinz Hartmann

Fundador da chamada escola da Psicologia do Ego, Hartmann foi um psiquiatra de Viena que fez duas análises pessoais, a segunda com o próprio Freud que o considerava um dos mais promissores analistas de segunda geração (D. Zimerman, 2001).

Hartmann desenvolveu as suas ideias no momento em que a teoria psicanalítica começava a prestar maior atenção ao papel do ego e às suas relações com a realidade, depois de um longo período de desenvolvimento da teoria pulsional. Hartmann considerava que a psicanálise deveria ser uma teoria geral da Psicologia, com um objectivo restrito ligado à psicopatologia mas, também, com um outro objectivo mais lato ligado à compreensão dos fenómenos ditos normais. Para tal, Hartmann redefine muitos dos conceitos de Freud, reconsiderando também a definição da psicanálise como ciência. Esta definir-se-ia por:

- O seu método específico
- Orientação biológica
- Natureza explicativa dos seus conceitos
- Pontos de vista metapsicológicos.

Relativamente à orientação biológica, Hartmann assume um ponto de vista semelhante ao de Freud no que diz respeito ao conceito de pessoa. O ser humano nasce com a capacidade de se adaptar a um “ambiente médio esperado”, sendo que as pessoas à sua volta são vistas como agentes de manutenção de um meio no qual ele possa manter um equilíbrio biológico. Desta forma, o papel das relações humanas é sempre secundário, sendo a adaptação com vista à sobrevivência a importância de primeira linha.

Para além disto, Hartmann faz uma importante observação relativamente à diferença entre social e biológico. Uma vez que o interesse pelas características do ego e sua relação com a realidade estavam no auge, muitos teóricos consideravam estas características e interacções como sendo de natureza predominantemente social já que o ego resultaria da acção do contacto social e mediaria o comportamento em contexto social. No entanto, e uma vez que o conceito de adaptação de um organismo ao ambiente é central à sua posição teórica, esta interacção corresponde também ao desenvolvimento de funções previstas no organismo. Assim, o biológico não é o mesmo que inato ou imutável, sendo que o social corresponde ao fundo contra o qual o organismo se adapta. Aqui Hartmann propõe a distinção entre

maturação (processos de crescimento relativamente independentes do ambiente) e desenvolvimento (processos de crescimento mais dependentes de factores ambientais) (Hartmann, Kris e Loewenstein, 1964). O ser humano não é então um ser social, mas um animal com capacidade de adaptação a ambiente com fortes elementos sociais.

No que toca ao aspecto explicativo da psicanálise, a sua preocupação está no identificar e propor causas, pelo que o comportamento é visto pelas suas raízes dinâmicas e genéticas comuns. Assim, e ao contrário de muitos outros ramos da psicologia, o interesse não recai sobre aspectos descritivos comuns, sem considerar a sua origem ou os mecanismos que os regem.

Em relação à metapsicologia tal como proposta por Freud, Hartmann mantém esse ponto de vista, acrescentando-lhe considerações relativas ao ego que de alguma forma alteram o seu peso e forma relativa na sua teoria psicanalítica. O ego passa a ser visto como uma instância mais forte, com motivações próprias ligadas à necessidade de sobreviver na realidade. Na fase final da sua teoria, o ego passa mesmo a ser considerado como um estrutura que existe desde o nascimento, contendo as suas próprias funções autónomas e não resultando, por isso, de uma diferenciação posterior do id através da frustração. Teria a sua energia própria e seria constituído por uma série de sub-funções hierarquicamente relacionadas, que se relacionam também com outras estruturas mentais.

Se no sentido estrito da psicanálise Freudiana o comportamento, patológico ou não, era explicado com base no conflito pulsional, no sentido lato ele teria também de ser pensado com base nas contingências do meio que impõem limites ao possível de comportamentos do indivíduo, levando-se assim em linha de conta com os “interesses do ego” (estatuto social, fortuna, etc.). A razão para a não inclusão destes aspectos no sentido estrito da psicanálise prende-se com o a questão de não serem factores etiológicos das neuroses. Hartmann interliga os dois aspectos explicitando objectivos narcísicos e ligando-os ao ego, com a sua motivação resultante do impacto da realidade e a necessidade de viver com sucesso no mundo real. É também este mundo real e as suas contingências a fonte de tal motivação. Desta forma, e embora geneticamente o ego derive do id e dos objectivos narcísicos iniciais, é uma estrutura diferenciada, com uma função que não apenas a de descarga, mas antes a de adaptação. No modelo de Hartmann, a noção de pulsão, id e processo primário permanecem mas,

paralelamente, a influência da realidade sobre o órgão de adaptação (ego) é uma segunda fonte de motivação.

A adaptação é um conceito derivado da Biologia e assenta na necessidade de sobrevivência física. Para que um ser humano seja bem adaptado teria de demonstrar três aspectos:

- Ser produtivo
- Ser capaz de fruir a vida
- Possuir um equilíbrio mental estável.

O ambiente de Hartmann é algo impessoal e passivo, havendo três formas possíveis de adaptação:

- Autoplástica (mudar-se a si para ir de encontro às expectativas do meio)
- Alopástica (mudar o meio para ir de encontro às necessidades próprias)
- Procura de um ambiente mais favorável

### 3.3. Margaret Mahler

Mahler começou por ser Pediatra em Viena, tendo imigrado para os Estados Unidos da América nos anos 30. É considerada uma das mais influentes seguidoras de Hartmann, embora muitas das suas concepções lembrem pontos de vista semelhantes aos de outras figuras como Sullivan ou Winnicott.

Tendo trabalhado com crianças altamente perturbadas, Mahler interessou-se especialmente em descobrir o que contribui para a formação de estruturas psíquicas que permitem à criança funcionar normalmente e de forma independente do objecto, e o que contribui para a patologia dessas estruturas. (P. Tyson e R. Tyson, 1990)

O seu estudo é então tanto do “normal” como do patológico. Em ambos os casos, Mahler vê a marca da interacção entre maturação e desenvolvimento: maturação de funções biológicas como a possibilidade de locomoção; desenvolvimento como o resultado de novas possibilidades, dificuldades e, especialmente, do que acontece na díade mãe-bebé. Sendo o desenvolvimento um processo de adaptação a novas realidades, tal como Hartmann definiu adaptação, Mahler considera que este desenvolvimento é feito com o cuidador principal, referido de forma geral como mãe, tendo esta também de se adaptar às exigências e mudanças do bebé, o que implica e põe em marcha as suas próprias capacidades e dificuldades.

A este processo de desenvolvimento inicial, Mahler chamou Processo de Separação-Individuação ou, na sua formulação final, Nascimento Psicológico. Refere-se então ao estabelecimento de uma forma de experienciar, reagir e agir, ou seja, ao nascimento de uma personalidade única. A questão da adaptação à realidade é aqui muito mais a de uma adaptação a um ambiente humano, sendo que o desenvolvimento bem sucedido leva à formação de uma identidade bem estabelecida e a uma percepção dos outros de forma coerente e realista. A constância de objectos humanos vai então por isso muito para além da constância do objecto inanimado de Piaget, uma vez que se trata de uma realidade altamente carregada do ponto de vista emocional. Até a constância do objecto-pessoa ser possível, há uma série de tarefas e marcos maturacionais e desenvolvimentais que têm de ser superados, tanto pelo bebé como pela mãe. Mahler propõe o seguinte esquema de desenvolvimento:

### 3.3.i. O nascimento psicológico do bebé – esquema desenvolvimental

“O nascimento biológico do bebé e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo. O primeiro é um evento dramático, observável e bem circunscrito; o segundo é um processo intrapsíquico que se desenrola lentamente.” (M. Mahler, F. Pine e A. Bergman, 1975; pág.3). É com esta frase que Mahler começa a sua sistematização de modelo desenvolvimental.

#### a) *Fase de autismo normal*

Após o nascimento, e durante as primeiras semanas de vida, o bebé parece relativamente distante de todos os estímulos, com períodos de sono bem mais numerosos que os de vigília. A este estado Mahler chama fase de autismo normal, significando um funcionamento predominantemente em “circuito fechado” em que o bebé está predominantemente retirado do seu ambiente. A sua preocupação principal recai sobre a satisfação de necessidades e redução de tensão, sem que no entanto consiga localizar ou relacionar-se com os objectos externos que o ajudam nestes aspectos de regulação homeostática fisiológica. A experiência interna de satisfação é, portanto, um tipo de auto-satisfação alucinatória.

#### b) *Fase simbiótica normal*

Por volta das 3 ou 4 semanas ocorre uma maturação fisiológica que torna o bebé muito mais sensível a estímulos externos. Fica então mais atento à sua periferia ambiental, nomeadamente à mãe que é tenuemente percebida como um objecto que ajuda à redução de tensão. No entanto, este objecto não é ainda percebido como tendo existência separada e independente. É antes vivenciado pelo bebé como fazendo parte de uma unidade dual em que ele e a mãe são uma unidade simbiótica que funciona numa lógica de um sistema onipotente (a necessidade desperta no bebé e a sua extensão periférica simbiótica satisfaz essa necessidade).

Nesta fase ocorre também uma maturação das funções autónomas do ego, especialmente da memória, o que permite que a experiência vá sendo organizada. Esta organização é feita essencialmente em termos de bom/prazer e mau/doloroso, sendo por isso uma extensão do princípio homeostático da fase anterior. Os traços mnésicos de “bom” e “mau” que daí

resultem vão-se organizando na matriz de um ego e id indiferenciados e constituem as fundações da experiencição da noção de Eu/Outro.

*c) Fase de Separação-Individuação*

Separação e Individuação são dois processos distintos mas complementares. Enquanto a separação se refere ao abandono da fusão simbiótica com a mãe, a individuação refere-se à aquisição e constatação, por parte do bebé, das suas características individuais. Esta é, por isso, a fase em que ocorre o Nascimento Psicológico da Pessoa e Mahler subdividia em 4 subfases:

- Subfase de diferenciação: Ocorre por volta dos 4 ou 5 meses até aos 10 meses e o bebé mostra-se quase sempre alerta quando está acordado. A tendência anterior a moldar-se ao corpo da mãe dá lugar a actividades e posturas mais activas e auto-determinadas. Mais tarde, o bebé começa também a prestar atenção e a responder a estímulos distantes da sua periferia, ao mesmo tempo que olha depois para a sua mãe, estabelecendo-se assim o começo da diferenciação entre ela e os outros. Chegará uma altura nesta subfase em que ele tentará sair do seu colo e ir para o chão, sem no entanto se afastar muito dos seus pés.

O desenvolvimento das capacidades egoicas trazem consigo uma alteração da forma de relacionamento do bebé com o mundo objectal. A capacidade agora adquirida de distinguir entre sensações internas e estímulos perceptivos externos permitem a discriminação perceptiva entre si e o objecto. Permitem também distinguir a mãe dos outros.

- Subfase de exploração<sup>35</sup>: Esta subfase é constituída por dois períodos - o período da exploração precoce e o período de exploração propriamente dito. Ambas se tornam possíveis graças à maturação fisiológica e, assim, à possibilidade de novas capacidades. No primeiro período desenvolve-se a capacidade de gatinhar, que ocorre por volta dos 10 meses. O bebé desenvolve o interesse por objectos inanimados que se encontram a alguma distância da mãe, deslocando-se até eles para os investigar. Nunca se afasta porém muito da mãe que serve como uma espécie de base segura à qual retorna frequentemente para aquilo que Mahler designa por “reabastecimento emocional”. Embora haja este interesse por objectos distantes,

---

<sup>35</sup> “Practicing Subphase” no original, mas consistentemente traduzido para português como Subfase de Exploração.

o seu interesse principal é ainda a mãe. Este período permite três aspectos desenvolvimentais cruciais para o processo de separação e individuação: a diferenciação física crescente em relação à mãe pela possibilidade de se distanciar dela; a formação de um vínculo específico do bebé com a mãe baseado na sua capacidade de o reabastecer emocionalmente; um crescimento dramático das capacidades autónomas do ego que se desenvolvem de forma óptima na proximidade física da mãe.

O período de exploração propriamente dito é aquele onde Mahler localiza especificamente o nascimento psicológico do bebé. O seu marco maturacional é a capacidade de locomoção erecta e, com isso, os horizontes do bebé alargam-se e deslumbram-no. É um período de elevado narcisismo secundário (deslumbramento e auto-investimento nas novas capacidades do seu corpo) e amor objectal, aceitando facilmente o contacto com outros adultos que não a sua mãe. Não se perturba com as suas próprias falhas, como quedas que possa dar, ou com frustrações que possam surgir, como a não atenção de adultos ou o roubo de um brinquedo em que estava interessado por outra criança. Citando Greenacre, Mahler diz que neste período há “*um caso de amor com o mundo*” (M. Mahler, 1963, pág. 37). Estes períodos de exploração são isso mesmo, períodos, e o bebé necessita ainda de regressar à sua base de reabastecimento emocional. Pelo seu lado, a mãe necessita de se readaptar à nova postura e capacidades do seu bebé, permitindo-lhe os seus afastamentos e fruindo destas suas novas aptidões.

- Subfase de reaproximação: Com o aumento do funcionamento à distância da mãe, o bebé apercebe-se, por volta do meio do segundo ano, que é um ser pequeno num mundo muito grande, perdendo com isso a sensação de um self ideal onnipotente. Ao mesmo tempo, e com esta perda, há um ressurgir de angústias de separação. Passa de súbito a haver a sensação de que aquilo que é desejado ou reclamado não aparece imediatamente de forma mágica e que a frustração é a experiência mais frequente. A ausência de perturbação por falhas suas começa a diluir-se. Tal surge igualmente pela compreensão de que a mãe é uma pessoa separada, que o pode ajudar a lidar com este novo grande mundo, mas que não estará permanentemente lá para tal. Assim, há a necessidade de uma reaproximação à mãe, agora sentida como muito mais necessária. Porém, esta reaproximação é agora feita de forma diferente, passando essencialmente pela partilha de descobertas e pela linguagem. Os primeiros meses desta subfase são caracterizados por uma espécie de cortejamento da mãe,

em que o bebê a tenta envolver no seu mundo, reconhecendo no entanto agora a sua existência separada

A perda do self ideal e o reconhecimento de que o mundo não é seu e é frustrante levam à crise de reaproximação que vai do ano e meio aos dois anos. O que caracteriza esta crise é o conflito entre a consciencialização da necessidade de ajuda do outro e, ao mesmo tempo, a necessidade de consolidação de uma individualidade, o que o leva a negar que a ajuda vem de outra pessoa. Há assim um receio de perder o amor da mãe quando se afasta mas, ao mesmo tempo, existe o temor de ser engolido e absorvido por ela quando se aproxima. O comportamento desta fase é caracterizado por rápidas alterações de comportamento e postura que oscilam entre a extrema dependência e pedidos de atenção, e as birras e oposição.

Esta é uma fase especialmente exigente para a mãe do bebê que demonstra este comportamento altamente ambivalente, sendo vivenciada de forma diferente de mãe para mãe: umas irão ligar-se à vertente mais carente, dificultando com isso o processo de individuação; outras não irão ceder as estas necessidades de reaproximação por considerarem que já não é tempo de um comportamento tão infantil. Em grande medida, aquilo que Mahler designa de “distância óptima” que o bebê necessita de ter em relação à mãe, difere de indivíduo para indivíduo e a regulação do ponto óptimo entre dependência e individuação é algo da responsabilidade da mãe. A impossibilidade do bebê resolver com sucesso esta crise é, para Mahler, a base de psicopatologias mais severas que se verificam posteriormente, nomeadamente a patologia borderline verificada nos adultos (M. Mahler, F. Pine e A. Bergman, 1975).

- Subfase de consolidação da Individualidade e o começo da Constância Objectal Emocional: desenrolando-se por volta do terceiro ano de vida, tem por tarefas principais o estabelecimento de uma individualidade em muitos aspectos definitiva e, em paralelo, o atingir de um certo grau de constância objectal emocional. Avisa Mahler (M. Mahler e tal, 1975):

(...) uma palavra deve ser dita em relação ao trabalho de Piaget em relação à ‘permanência do objecto’ e o nosso uso de constância do objecto. (...) Há pelo menos duas diferenças principais entre o objecto libidinal e os objectos estudados por Piaget: 1) a criança está em contacto contínuo com o objecto libidinal, ou seja, a mãe; e 2) estes

contactos ocorrem frequentemente em condições de alta excitação – de desejo, frustração, gratificação, excitação. A mãe, um ‘objecto’ no sentido psicanalítico, ou seja, algo através do qual a satisfação de impulsos é conseguida, é muito mais do que um ‘objecto’ no mero sentido físico-descritivo. Antevemos que o contacto repetido e alto grau excitatório estabeleçam diferenças no ritmo de aquisição de um conceito de permanência (pág. 111).

A individualidade, ou um sentido de separação intrapsíquico, é conseguida com o estabelecimento de um sentido de self-outros diferenciado e interiorizado de forma sentida como positiva e securizante. Tal permite à criança funcionar na ausência dos outros.

A constância libidinal do objecto pressupõe uma unificação de representações objectais boas e más, assim como a fusão de pulsões libidinais e agressivas que se lhe associam. O resultado deste processo depende de factores constitucionais como a força das pulsões, suas vicissitudes e da forma como as subfases anteriores se desenrolaram. O sucesso nesta tarefa permite o estabelecimento de relações self-outros estáveis.

#### 4.3.ii. Simbiose e objecto na obra de Mahler

No seu esquema de desenvolvimento da estrutura psíquica, Mahler aborda directamente a questão da adaptação do bebé ao seu ambiente. Como vimos no capítulo dedicado a Hartmann, a questão da adaptação é para ele um conceito biológico de adaptação de um organismo à sua ecologia. O ambiente é por isso algo impessoal e vago, sendo esta natureza propositada no sentido de não subverter o modelo pulsional de Freud em que o objecto existe apenas enquanto alvo de descarga.

Mahler, pelo contrário, identifica e personifica o “ambiente médio esperado” como sendo a mãe do bebé. Ele é assim um ser com capacidades afectivo-motoras de mobilização da mãe na satisfação das suas necessidades e com isso reduzir a tensão, embora tal dependa também da capacidade e disponibilidade da mãe para desempenhar tal papel. É, desta forma, um modelo de adaptação ao ambiente muito mais relacional do que o de Hartmann.

Mesmo assim, a primeira relação que existe com a mãe é do tipo simbiótica formando uma unidade dual, ou seja, não existe uma verdadeira relação de objecto no sentido em que há um self e um objecto separados. Esta situação é vista como uma especificidade humana que compensa aquilo que Freud e Hartmann identificavam como dois *deficits* específicos do ser humano à nascença: a sua impreparação e imaturidade fisiológica e o declínio do instinto de sobrevivência ao longo da evolução da espécie. Mahler concorda com este ponto de vista mas acrescenta que, ao longo dessa evolução da espécie, se desenvolveu também a capacidade de estabelecer uma simbiose específica com o seu ambiente (mãe) de forma que este funcione como ego auxiliar.

Tal leva então a uma nova definição de Objecto como Pessoa, aspecto que Freud tinha deliberadamente deixado de parte ao conceber a sua teoria pulsional. No entanto, esta necessidade de ligação a um objecto humano é ainda vista como uma questão de necessidade de sobrevivência e é então, na sua essência, ainda um modelo de adaptação biológico. Embora a mãe do bebé imponha, pela sua existência, condições às quais ele se tem de adaptar, a teoria de desenvolvimento de Mahler concebe a relação mãe-bebé como a interacção entre um organismo e o seu ecossistema, mantendo o tom geral de Hartmann.

Mesmo com a noção de objecto real e personificado, o conceito de simbiose em Mahler é deliberadamente ambíguo de forma a permitir manter-se dentro da metapsicologia do modelo pulsional. Por vezes, a simbiose aparece na sua obra como uma fantasia intrapsíquica de fusão alucinatória com o objecto materno, não havendo neste caso a necessidade da presença real da mãe. Referindo-se à patologia primitiva em que existe uma retirada para esta fase de desenvolvimento, a simbiose pode então também ser um mecanismo adversário da adaptação (M. Mahler, 1965):

(...) a deficiência nuclear nas psicoses infantis é constituída pela incapacidade do bebé em utilizar o objecto simbiótico (que satisfaz as necessidades), o ‘ego externo’ (da mãe) como organizador externo para organizar o seu ego rudimentar no processo de orientar-se e adaptar-se à realidade. (...) Se as perturbações da fase simbiótica seguirem sem serem reconhecidas, então o quadro psicótico emergirá na idade cronológica em que a

separação-individuação deveria iniciar-se e ter prosseguimento. Neste caso, percebemos a preponderância de mecanismos simbióticos ilusórios, restitutivos – pânico da separação, medo da dissolução do self e da ‘perda da identidade’ (págs. 46 e 47).

Desta forma, e embora Mahler se tenha tentado manter dentro do espectro e espírito teórico de Freud e Hartmann, com um objecto enquanto alvo pulsional, a verdade é que o seu objecto constitui-se como uma transição de um modelo intrapsíquico pulsional e seus mecanismos, para um modelo experiencial em que as relações de objecto e os seus resíduos interiorizados assumem uma posição mais central. Greenberg e Mitchell (1983) consideram que a sua obra e revisionismo abriram caminho para modelos actuais de relações de objecto, nomeadamente para o modelo de Otto Kernberg.

#### 4.3.iii. Outras remodelações teóricas consequentes na obra de Mahler

O seu modelo de desenvolvimento, construído a partir de observações que são essencialmente relacionais, obrigou-a também a rever, repensar e tentar acomodar nessas suas constatações uma série de outros conceitos da teoria pulsional clássica:

##### a) Pulsão:

Uma vez que o objecto sofreu uma reformulação e expansão de significado, também a noção de pulsão se alterou. No modelo pulsional clássico existem apenas Eros e o instinto de morte, sendo o primeiro uma energia que vincula relacionalmente e a segunda, uma energia que quebra o relacional. Bom e mau, ou a qualidade da relação, é determinada por qual dos instintos estão investidos no objecto. Assim, o prazer que o bebé retira dos cuidados parentais é, neste ponto vista, prazer apenas porque é uma gratificação de uma pulsão libidinal pré-existente.

Para Mahler, e seguindo uma ideia de Jacobson que mais à frente será explorada, a energia pulsional é inicialmente indiferenciada e vai-se organizando em libido ou agressividade de acordo com constelações particulares da relação com o objecto. É a internalização destas configurações de self-objecto que vai definir a natureza pulsional. Desta forma, e uma vez que as internalizações ocorrem de experiências com um objecto real

(gratificante ou frustrante), são na verdade as acções da mãe que vão determinando esta diferenciação. Assim, e neste aspecto particular, a libido para Mahler é algo que é essencialmente social e não biológico.

As respostas da mãe são também modeladas na reacção do seu psiquismo ao bebé e existe uma comunicação que vai por isso muito além da simples frustração/gratificação das necessidades do bebé. Nessa medida, a experiência de prazer origina a libido e não é a descarga da libido que origina uma experiência de prazer.

#### b) Self

Também a noção de self cresce em importância com a sua teoria. Uma vez que os aspectos relacionais e o trajecto desenvolvimental têm como marcos fases de diferenciação e individuação, o self assume uma nova importância já que ele é a contraparte do Outro. No entanto, o self refere-se a um sentido internalizado e experiencial de uma identidade coerente, de se ser uma pessoa de forma íntegra e estável no espaço/contexto e tempo. Aqui Mahler oscila entre atribuir um papel desenvolvimental e de destaque ao self e manter-se dentro das fronteiras do modelo pulsional. Explicitamente assume a posição de que a representação do self, ou um sentido de self, é essencialmente uma consequência das funções de organização, síntese e integração do ego, não tendo o self em si mesmo qualquer função específica no processo de desenvolvimento egoico. No entanto, e ao mesmo tempo, considera o self como um marco desenvolvimental conseguido de forma relacional, abrindo assim a porta a modelos de relação de objecto essencialmente relacionais. Também o desenvolvimento do ego é pensado de forma diferente.

#### c) Desenvolvimento do ego e adiamento de descarga

A capacidade de adiar a satisfação de necessidades e, por isso, de adiar a descarga pulsional, é classicamente vista como um marco muito importante do desenvolvimento, coincidindo com o início do princípio da realidade e processo secundário de pensamento. Isto são características de um ego funcional que é capaz de reprimir, desviar ou transformar a descarga pulsional directa em função da avaliação e reconhecimento das condições realistas do seu ambiente.

Mahler coloca o início da capacidade de adiamento, e por isso do ego enquanto instância responsável pela interface com o ambiente, na relação simbiótica e nas capacidades reguladoras do ego auxiliar que é o objecto materno. Segundo ela, o bebé começa por desenvolver uma capacidade de espera confiante de que as suas necessidades serão satisfeitas com base na interiorização e consequente evocação de uma configuração relacional de self-outro em que a mãe satisfaz essas necessidades. Desta forma, o início do desenvolvimento do ego surge de uma experiência interpessoal e, neste aspecto, compreende-se também a qualidade de ego-auxiliar que Mahler atribui ao objecto. Esta noção é muito semelhante à de desenvolvimento do ego de Edith Jacobson, vendo-se também aqui a influência e a concordância de Mahler com essa autora. Ambas deslocam o desenvolvimento da estrutura psíquica para algo que não é pura e exclusivamente interno mas que é interactivo e relacional.

#### d) Narcisismo

Para Freud, o narcisismo primário seria uma etapa inicial de vida em que as pulsões estão concentradas no próprio indivíduo, havendo como que um sistema fechado em que as necessidades são sentidas como sendo satisfeitas de modo alucinatório. Um objecto é sempre sentido como hostil no sentido em que se intromete ou rompe esta fantasia impondo a realidade de que existe um não-eu separado.

No modelo de Mahler, isto corresponde aos primeiros dias de vida da fase de autismo normal, mas é mais difícil de sobrepor ou acomodar à sua fase simbiótica. O que aqui é hostil é aquilo que está para além da unidade dual simbiótica mas existe um objecto que é essencialmente benévolo, embora seja tenuemente percebido devido à fantasia onnipotente de fusão. Assim, a agressão é dirigida a um objecto frustrante ou ao ambiente periférico à unidade dual, ambos sentidos de forma aguda como não-eu. Também neste sentido o objecto tem um papel de modelação de impulsos e não é meramente um alvo de descarga pulsional.

#### e) Neutralização pulsional

O conceito de neutralização pulsional é uma expansão do conceito de sublimação de Freud proposto por Hartmann, e refere-se ao uso de energia instintual por parte do ego para alimentar as suas funções. Para tal, e para que não haja uma interferência nas suas funções de interface com a realidade, essa energia tem de ser modelada ou transformada, não podendo

surgir com uma forma e carga próxima à sua origem instintual biológica. Isto aplica-se tanto à libido como às pulsões agressivas. Esta neutralização é também uma das funções do próprio ego e uma característica da sua relação com o Id (H. Hartmann, 1964).

Mahler vê este processo de forma diferente na medida em que, na fase simbiótica, são os cuidados da mãe que tranquilizam o bebé. O início da diferenciação self/outro vem precisamente da constatação do bebé de que certos desconfortos podem apenas ser remediados pela mãe simbiótica. Em termos pulsionais, o que acontece então é uma libidinização, por parte da mãe e do seu manejo do bebé, das pulsões endógenas agressivas que surgem aquando do desconforto sentido por ele. Nessa medida, a neutralização pulsional começa por ser não uma função autónoma de um ego funcional mas antes o resultado de uma experiência interpessoal.

#### 4.3.iv. Psicopatologia

Mahler começou por se dedicar à psicopatologia severa de crianças, alargando a partir daí o seu espectro teórico a outras patologias com um menor grau de gravidade à medida que a sua conceptualização se foi desenvolvendo. Diz H. Levine (1994) a este propósito:

Ao construir uma fenomenologia do desenvolvimento pré-edipiano, Mahler fez com que uma atenção analítica específica recaísse sobre os resíduos dos conflitos desenvolvimentais pré-edipianos que inevitavelmente aparecem na análise de neuróticos, assim como (*tipos de personalidade*) narcísicos, borderline e outros tipos de personalidade primitivas (pág. 131).

Desta forma, o autismo infantil seria uma fixação na fase desenvolvimental do autismo normal que se torna anormal ou patológica por se prolongar no tempo e não conseguir ser ultrapassada. A esquizofrenia infantil corresponderia a uma fixação patológica na fase simbiótica. Mahler (1952) explicita este ponto da seguinte forma:

Freud considerava a alienação do ego da realidade como o distúrbio essencial das psicoses nos adultos e adolescentes. Ferenczi descreveu como o sentido de realidade da

criança evolui - através de estádios de onnipotência alucinatória mágica – em direcção a gestos e palavras mágicas – até que, muito gradualmente, ele é capaz de aceitar e dominar realisticamente a sua orbita externa que se vai expandindo. Parece óbvio àqueles que tiveram a oportunidade de tratar crianças profundamente perturbadas que a alienação do ego infantil da realidade, ou o impedimento do seu reconhecimento, é uma ocorrência inerente da fragilidade e fraca organização da personalidade infantil (págs. 133 e 134).

As suas contribuições mais notáveis terão sido em relação à patologia borderline (F. Summers, 1994), vista como uma não superação dos conflitos cronologicamente naturais da subfase de reaproximação do processo de separação-individuação. Tal como o bebé desta idade, o paciente parece também debater-se com o conflito entre vincular-se (possibilidade que o faz temer uma perda do sentido de self, ainda mal integrado e frágil) e o desejo de separação (temendo então os perigos implícitos no afastamento da figura cuidadora).

Tendo dedicado grande parte da sua obra a patologias pré-edípicas, Mahler estende no final da sua carreira as suas ideias e noções também à neurose. Segundo ela, as dificuldades de negociação da fase edípica seriam, pelo menos, grandemente ampliadas por dificuldades anteriores na negociação dos conflitos da subfase de reaproximação. Desta forma, os conflitos desenvolvimentalmente anteriores moldam e sobrecarregam as dificuldades próprias da etapa de desenvolvimento seguinte, contribuindo assim para que o seu resultado seja uma patologia neurótica (M. Mahler e . Kaplan, 1977):

(...) o complexo de Édipo – o núcleo da neurose – pode ser considerado como o quarto organizador psicológico. A sua configuração, resolução e modo de dissolução podem reestruturar os mais precoces acontecimentos evolutivos. O complexo de Édipo representa o ápice, não somente do desenvolvimento psicosexual infantil, mas também das relações de objecto. Transforma a anterior regulação do narcisismo, principalmente externa, em regulação interna de auto-estima e superego (pág. 153).

Calvin Settlage (1994), seguindo e referindo-se ao modelo teórico de Mahler, chama a nossa atenção para o facto de que na psicopatologia do tipo pré-edipiano (psicoses e organizações borderline) a patogénese é compreendida a partir de um modelo relacional, em que bebé e pais contribuem para o problema. O foco é então colocado no processo de desenvolvimento da psicopatologia e não no resultado final estabelecido. É de notar também que são os impulsos e sentimentos agressivos que são tomados como centrais neste tipo de psicopatologias.

O modelo relacional e desenvolvimental de Mahler gira em torno do grande tema evolutivo que vai da dependência extrema de figuras parentais em termos de sobrevivência, para a necessidade de separação e individuação, onde existe um grau de maturação e desenvolvimento suficiente para que o indivíduo possa sobreviver de forma relativamente autónoma e independência (na verdade, sobreviver psicologicamente de forma saudável aceitando uma outra forma de dependência adulta, tal como Fairbairn acrescenta, e assunto a que nos dedicaremos mais à frente.)

Uma vez que o bebé precisa dos seus pais, a ansiedade ou medo de perda que surge de um processo de separação-individuação deficitário leva ao uso patológico de processos defensivos que sacrificam o desenvolvimento em benefício da manutenção da relação parental. O bebé contribui para a possibilidade deste processo patogénico com aquilo que de inato traz consigo, como o seu temperamento, a tendência para a actividade ou passividade, a sua tolerância à ansiedade, o potencial intelectual e de fantasia ou a intensidade afectiva.

Pelo lado dos pais, estes podem contribuir para a interacção patogénica de 3 formas (C. Settlage (1994):

- A falha em apoiar e encorajar o processo de separação-individuação, promovendo a dependência e não validando a tendência para a autonomia. Tal pode acontecer devido a questões problemáticas no próprio processo de separação-individuação dos pais, levando-os a ter uma maior intolerância à perda de relações e a uma maior mobilização de ansiedades de separação.
- Falhando na capacidade de aliviar e regular os sentimentos de zanga do bebé, o que permitiria o restabelecimento de uma relação propícia ao desenvolvimento. Quando tal falha acontece, a tentativa de restabelecimento da relação recai sobre o outro par relacional, o bebé, que não possui recursos egoicos e defensivos suficientemente

desenvolvidos para lidar com tal tarefa de forma eficaz e flexível. Isto leva a uma tentativa de controlo defensivo que é inibitório, rígido e radical. Esta dificuldade por parte dos pais surge da dificuldade em modular a sua própria agressividade, o que faz com que seja difícil tolerar a agressividade do bebé e a implementação de limites firmes e coerentes ao seu comportamento.

- A necessidade excessiva de controlar e disciplinar o comportamento do bebé, interferindo assim com a espontaneidade, autonomia e assertividade. Uma outra possibilidade é a retirada e indisponibilidade emocional dos pais derivada das suas necessidades de controlo. Sem os seus aspectos auxiliares de regulação, a criança fica entregue aos seus próprios impulsos e sentimentos. Pode expressar esta situação com comportamentos agressivos fora de controlo, apelando e tentando mobilizar a ajuda regulatória dos pais. Quando ela não é restabelecida, surge então o compromisso defensivo patológico em que a criança tenta restabelecer a relação subvertendo os seus sentimentos e impulsos genuínos e tornando-se passiva e submissa, única forma em que sente que pode ser aceite e estar em relação com os seus pais. Estes, por sua vez, podem apresentar estas dificuldades relacionais por uma dificuldade própria de modelar o seu auto-controlo.

O aspecto comum a todas estas situações é o sentimento que se estabelece na criança de que não tem direito a crescer e que é refém e está ao serviço das necessidades e ansiedades dos pais. Em tais situações, a criança tem então de se tentar adaptar defensivamente aos problemas na relação com as figuras cuidadoras. Seguem-se algumas formas de compromissos defensivos patológicos em que a separação e individuação são abdicadas em função da manutenção da relação com (e modelada interactivamente por) os pais:

- A tentativa de se identificar o mais possível com a mãe pode surgir da situação em que esta oscila imprevisivelmente entre disponibilidade e indisponibilidade. Esta forma de identificação não leva a uma internalização de um objecto-mãe e, por isso, a um desenvolvimento estrutural tendente a uma maior capacidade de autonomia, mas antes à tentativa de manter a relação com a mãe real, abdicando da sua separação e individuação.
- A identificação com o agressor pode surgir da excessiva necessidade parental de controlo por expressão de zanga e agressividade. Ao identificar-se com estes aspectos parentais, a criança tenta ultrapassar os sentimentos de perigo, desamparo e vulnerabilidade, naturais ao pólo relacional de vítima, optando pelo pólo relacional

contrário, o agressor. Esta identificação é da natureza da anterior no sentido em que nega a individualidade, para além de que a internalização principal é a de sentimentos agressivos e não a de sentimentos de amor, estruturantes e integradores da personalidade.

- As defesas e comportamentos onnipotentes, especialmente na subfase de reaproximação, são outra forma de tentar controlar os sentimentos de perigo, desamparo e vulnerabilidade. Consistem na ilusão de invulnerabilidade e grandiosidade que leva a comportamentos de superioridade e desafio mais intensos do que os que surgem no desenvolvimento normal.
- O desenvolvimento precoce, com a aceleração do desenvolvimento egoico, é conseguido por algumas crianças como forma de preservar e manter a relação com os seus pais. Tornam-se “pequenos adultos”, extremamente sensíveis e empáticos às necessidades dos outros, assumindo responsabilidades adultiformes de confidentes, consoladores e apaziguadores dos conflitos familiares. Para tal abdicam das necessidades próprias da idade (serem eles compreendidos, consolados e apaziguados) e o desenvolvimento das capacidades egoicas é feito à custa do desenvolvimento de um self integrado, da capacidade de intimidade (cuidam mas é difícil entregarem-se para serem cuidados) e de relações objectais totais (relacionar-se com objectos vistos e sentidos na sua totalidade, ou seja, com os seus aspectos bons e maus). Isto deixa um vazio na sua individualidade e verifica-se não ser possível estabelecer uma constância de self e objecto segura e integrada. As relações são então parciais, dirigidas apenas para a funcionalidade e assentes em aspectos cognitivos, ficando de lado o aspecto emocional e vivencial genuíno de self e da relação satisfatória e autêntica com os outros.

Settlage salienta ainda a raiva e agressividade reprimida como agentes da patogénese e psicopatologia pré-edipiana. Os 4 efeitos possíveis de tal repressão são os seguintes:

- Danos no sentido de self, sentindo-se mau e não merecedor de amor, para além de que as necessidades próprias são sentidas como inaceitáveis.
- Medo da perda de controlo sobre a raiva e agressão represada, sentida como potencialmente explosiva. As manifestações clínicas de tal ocorrência são:
  - Fobias: o perigo sentido da agressividade própria ser projectada e ejectada do self para o mundo exterior.

- Comportamentos obsessivo-compulsivos: os rituais são uma forma de controlo da agressividade própria.
  - Tendências auto-destrutivas: Indicações de um fraco controlo sobre a agressividade podem constituir-se na tendência para acidentes frequentes, ideação suicida ou comportamentos episódicos descontrolados como o envolvimento em rixas e a tendência à escalada de agressividade em discussões.
  - Reacções de somatização: canalização da agressividade para o corpo, levando a sintomas frequentes de dores de cabeça ou complicações gastrointestinais sem explicação física.
- Temor da combinação de raiva reprimida e fantasias onnipotentes: leva frequentemente a grandes resistências do paciente ao tratamento, uma vez que apenas o notar ou ter consciência do seu poder destrutivo desencadeia uma reacção de fuga ao problema.
- A integração estrutural pode ser afectada por uma raiva e zanga reprimida omnipresente e facilmente mobilizada. Isto leva ao predomínio de experiências internas de zanga, uma vez que as experiências positivas e de amor são anuladas. Consequentemente, existe uma fraca estruturação da constância objectal e do self, assim como um frágil equilíbrio entre ambos.

### 3.4. Edith Jacobson

Principal influência de Kernberg, Jacobson foi uma figura que aproximou a Psicologia do Ego americana às ideias de Melanie Klein no Reino Unido. Médica e psicanalista, nasceu na Alta Silésia, região então majoritariamente alemã mas com raízes históricas à Polónia e Republica Checa. Foi presa em 1935 pela Gestapo por actividades clandestinas de luta contra o nazismo, tendo sido condenada a dois anos e meio de prisão. Aproveitou uma permissão para ser sujeita a uma intervenção cirúrgica para fugir de Praga para os Estados Unidos da América, vendo-se assim envolvida no clima teórico da Escola americana. (D. Zimerman, 2001).

Tendo-se dedicado especialmente ao tratamento de patologias severas (depressões sobrepostas a condições psicóticas e estados borderline), Jacobson esforçou-se por rever o modelo pulsional/estrutural clássico, especialmente no que diz respeito à integração do ponto de vista económico com a fenomenologia da experiência humana e, por isso, da relação do indivíduo com os outros.

A experiência do Eu com o seu ambiente é para Jacobson algo que se desenvolve a partir de aspectos constitucionais mas que a certa altura se constitui em algo suficientemente diferenciado para que siga as suas próprias lógicas que não as puramente Biológicas do modelo pulsional/estrutural. É este aspecto relacional que, mais ou menos acomodado na teoria clássica, permitiria compreender os fenómenos normais e patológicos do Ser Humano.

Esta acomodação de vértices teóricos diferentes levaram Jacobson a rever também os princípios económicos da teoria clássica, sendo a sua opinião de que tais deveriam estar mais ajustados às vicissitudes das relações objectais.

Na opinião de Greenberg e Mitchell (1983), tal reconceptualização teórica leva a alguma dificuldade em compreender a sua obra escrita, dando origem a interpretações diversas pelos seus seguidores. Se Kernberg seguiu a linha de se manter fiel a princípios clássicos, integrando-os em princípios interpessoais, George Klein vê a necessidade de rejeitar a conceptualização metapsicológica como um todo.

### 3.4.i. O Self e o Mundo Objectal – Teorização fenomenológica e acomodação de perspectivas relacionais com a metapsicologia clássica.

No centro do modelo pulsional de Freud está a gratificação e prazer da descarga de tensão, sendo o objecto apenas um alvo dessa descarga. As reacções da mãe às necessidades do bebé são tomadas apenas deste ponto de vista, que é um modelo biológico homeostático. No entanto, autores como Sullivan, Hartmann ou Mahler realçam o aspecto relacional ou o papel da mãe para a experiência de satisfação ou desprazer do bebé. Por exemplo, a reacção emocionalmente desligada ou ansiosa da mãe ao bebé fazem com o acto de o alimentar não seja necessariamente prazeroso para o bebé. Neste sentido, a relação inicial de um ser humano recém-nascido com a figura cuidadora tem uma vertente biológica e outra social.

Jacobson, pela sua experiência no tratamento de casos de psicopatologia severa, sente a necessidade de compreender como se forma a identidade ou o sentido de um Eu, aspecto que é perdido nestas patologias, especialmente nas psicoses. Diz a autora (1964):

O aumento do interesse na questão da identidade é provavelmente causado pelo alargar do campo da psicanálise e ao aumento de pacientes borderline e até psicóticos que procuram ajuda na psicanálise. Em tais pacientes podemos observar processos de regressão que levam a uma grave deterioração das relações de objecto e das funções do superego e ego, com a dissolução dessas identificações essenciais em que a experiência da nossa identidade pessoal é fundada (pág. XII).

Esta questão é importante uma vez que muitos autores, incluindo Freud, indicam que as identificações, ou aquilo que é assimilado e retido das figuras cuidadoras, moldadas pelo desenvolvimento psicoafectivo na interacção com aspectos maturacionais, está na base da personalidade e, assim, da saúde mental e/ou psicopatologia. Jacobson considera que a questão da identidade ou da percepção de si sofre também com alguma imprecisão geral dos conceitos de self, ego e identidade egoica. Tal como os autores anteriores, e com a introdução de uma maior atenção às questões relacionais, Jacobson vê-se obrigada a rever a teoria

clássica à luz da sua experiência clínica e dos estudos existentes sobre a primeira infância e o início da construção das estruturas mentais (Mahler, Spitz, etc.).

A identidade é para ela uma expressão emocional de um self integrado que corresponde a uma consciência de se ser uma entidade separada e distinta do ambiente, com continuidade temporal e direcção existencial no sentido de que permanece a mesma aquando de mudanças. Jacobson fala de um self como uma representação própria da pessoa mas que se origina no sistema egoico, ficando sujeito à maturação de aspectos mentais e físicos e à capacidade do ego em distinguir o que é individual do que é externo ou, na designação de Jacobson, do mundo objectal. Nas palavras da autora (1964):

O significado dos conceitos de self e representações do self, distintas da de ego, tornam-se claras quando nos lembramos que o estabelecimento do sistema egoico surge com a descoberta do mundo objectal e com a distinção crescente entre ele e o nosso self físico e mental. A partir dos traços mnésicos de experiências de prazer e desprazer instintual, emocional, ideacional e funcional que se vão acumulando e das percepções com as quais se vão associando, emergem imagens de objectos amados assim como imagens de um self psíquico e físico. Vagas e variáveis ao início, vão-se gradualmente expandindo e desenvolvendo em representações endopsíquicas consistentes e mais ou menos realísticas do mundo objectal e do self (pág. 19).

O self é então aqui não um sistema mental em si mesmo mas antes uma termo auxiliar descritivo de uma representação que decorre das funções egoicas, ou seja, é um conteúdo mental. Esta conceptualização é, tal como citado, a posição oficial de Jacobson, mantendo-se assim aparentemente dentro do modelo pulsão/estrutura e sem chocar com a teoria estrutural de Freud. No entanto, e como Greenberg e Mitchell (1983) salientam, Jacobson trata o self e o mundo objectal como mais que uma representação que surge do sistema egoico. As vicissitudes desse self, do objecto e das suas interacções dependem das acções egoicas, mas exercem elas também a sua influência no desenvolvimento desse mesmo ego. Na sua teoria de desenvolvimento, que a seguir apresentaremos, o self e o mundo objectal são o meio pelo qual as relações com os outros são assimiladas e permitem mudanças estruturais.

Para Jacobson, o aspecto central da relação do bebé com a sua mãe é a experiência de prazer/desprazer, o que está de acordo com a teoria clássica. Inicialmente motivadas instintualmente, estas experiências vão tendo uma contraparte mental em imagens de uma mãe gratificante ou frustrante. Estas imagens possuem portanto uma carga emocional associada e são o início das relações de objecto internas, com aspectos motivacionais próprios e que vão para além da descarga pulsional.

Uma mãe que não está a satisfazer as necessidades, por exemplo, de alimentação do bebé, é frustrante do ponto de vista pulsional porque falha a satisfação da necessidade. No entanto, e com a uma maior capacidade de se distinguir da mãe, ou aspectos da mãe, surge também a experiência mental de desapontamento em relação ao objecto que falhou a satisfação da necessidade. Este desapontamento leva ao despertar de pulsões agressivas e, com isso, à desvalorização do objecto. O desapontamento e a desvalorização do objecto, por si só, levam ao desejo de expelir e afastar-se desse objecto.

A satisfação de necessidades leva a experiências de prazer, com uma contraparte mental de desejo de se fundir ou de se reunir completamente com a mãe. Acrescenta Jacobson (1964):

Assim, com o atingir de gratificação, as suas (do bebé) imagens de self e do objecto amado vão-se temporariamente fundir, sendo separadas de novo com o despertar de necessidades instintuais e experiências de fome, frustração e separação real, o que vai despertar desejos agressivos e libidinais (pág. 40).

Estas transacções com a mãe são largamente feitas em termos de fantasias internas da interacção do self do bebé com o seu mundo representacional ou representações internas do objecto através de processo de introjecção e projecção.

Compreende-se assim a relação entre o que é fisiológico e a contraparte mental correspondente, com uma força motivacional própria em termos de conteúdo e orientação de acção na relação com o objecto (aproximação/fusão e separação/expulsão) e relativamente independentes dos instintos. Existe então uma dupla dimensão nestas transacções que,

embora relacionadas, são de uma natureza ou camada de existência diferente. As sequências de gratificação ou frustração de pulsões são da natureza da relação do organismo com o seu ambiente, tal como Hartmann o conceptualizou, enquanto alterações de atitudes em relação à figura cuidadora são transacções entre aquilo a que Jacobson chama o self e o mundo objectal.

Este aspecto relacional e mental é a base das primeiras identificações e aquilo que constituirá um ego, um super-ego e uma identidade. Diz Jacobson (1964)

Assim, o bebé com fome que anseia por comida, gratificações libidinais e fusão física com a mãe, o que é o precursor de relações de objecto futuras, é também a origem do primeiro e primitivo tipo de identificação, uma identificação conseguida pela efusão de imagens do self e objecto. Esta efusão de imagens do self e do objecto será acompanhada por um enfraquecer temporário de funções perceptivas e, por isso, a um retorno de um nível inicial de formação do ego para um estado anterior menos diferenciado (pág. 40)

O que antecede a formação de um self ou da internalização de imagens relacionais do self e do objecto é um problema difícil de conciliar com a teoria clássica que propõe um investimento energético exclusivamente concentrado no bebé (narcisismo primário). Com a segunda teoria pulsional, Freud introduz também a noção de uma pulsão agressiva que deveria assim ser também dirigida contra o bebé, numa espécie de masoquismo primário. Como não existe ainda um ego capaz de neutralizar esta pulsão, o resultado deveria ser o de auto-destruição, raciocínio que não se adequa ao observado.

Jacobson rejeita esta noção de masoquismo primário mas mantém a de narcisismo primário, embora totalmente reformulada. Para ela, narcisismo primário seria um período onde não existe ainda uma representação de self ou objecto e em que a percepção do bebé é apenas centrada nas experiências de tensão/alívio e gratificação/frustração. Sendo então uma noção que passa de energética a relacional, Jacobson resolve o problema do alvo da agressividade ao colocar a hipótese de que o estado energético inicial é indiferenciado e não tem qualquer qualidade libidinal ou agressiva à nascença. Esta organização ou orientação de

modos pulsionais vão-se organizando quer pela natureza das relações reais do bebé, quer pela maturação psíquica e fisiológica em termos cognitivos e descarga motora sobre o ambiente.

As primeiras experiências de frustração e gratificação são a primeira fonte de experiências de prazer/desprazer e a primeira ponte para o objecto. Os traços mnésicos de tais experiências constituem-se como pólos gravíticos que atraem e organizam a experiência a partir daí, formando as primeiras imagens do self em relação. Segundo Greenberg e Mitchell (1983) a pulsão passa então a ser uma espécie de princípio organizador das várias experiências do bebé com o seu cuidador.

Desta forma, a maturação permite ao ego integrar experiências precoces internas e despersonalizadas de prazer/desprazer em imagens primitivas e vagas de self e objecto. Como tal, as experiências subsequentes passam a ser experienciadas em termos de gratificação/frustração e, conseqüentemente, determinam assim uma qualidade das transacções com o mundo objectal. O nível do desenvolvimento egoico influencia também a natureza destas experiências e transacções uma vez que a sua maturação crescente diminui os efeitos de fantasias de fusão aquando de gratificação ou de fantasias de expulsão aquando de frustração.

A fantasia de fusão diminui a estrutura do ego ao levá-la para níveis desenvolvimentais mais primitivos com um diminuir do teste da realidade e da percepção, pelo que o mundo representacional tem então uma influência em termos da interacção das pulsões instintivas, realidade, estrutura egoica e mundo representacional de objectos.

Estas fantasias de fusão são substituídas por uma outra possibilidade, por volta dos dois anos, quando o ego sofre uma maturação que permite as capacidades de distinguir aspectos específicos do objecto amado, assim como a capacidade de compreender e conceptualizar o futuro. Ambas as capacidades impulsionam de forma decisiva a formação da identidade ao permitirem conceber a ideia de ser como o objecto admirado, em vez de se tornar o objecto tal como nas fantasias de fusão.

A capacidade de distinguir aspectos específicos do objecto leva a sentimentos de ambivalência (o objecto tem aspectos bons mas também maus) e à competição com esse objecto. Este estado mental leva à libertação de agressão, o que intrapsiquicamente leva a um

processo de separação. Tal como Mahler, Jacobson considera que a atitude parental real é importante nestas fases, uma vez que o excesso de gratificação ou frustração podem conduzir a um retrocesso de novo para as fantasias de fusão e conseqüente enfraquecimento egoico.

Se a atitude parental for no entanto suficientemente adequada, a noção de ser como o objecto substitui as fantasias de refusão e permite a distinção entre o self realista e um self desejado ou fantasiado, aspecto que vai posteriormente sendo reforçado pela rivalidade com os pares e, especialmente, com o pai. A competição e rivalidade vão vincar aquilo que são as suas capacidades e o diferencial que existe em relação aos atributos de poder desejados. Também a descoberta da diferença anatómica entre sexos e o seu próprio sexo limitam o campo da noção do que se pode tornar ao confiná-lo a uma noção de pertença a um grupo de género sexual.

Todos estes aspectos contribuem para a formação de uma identidade e, por isso, a identificações egoicas estáveis e à formação de um ego ideal. Devido à reformulação que Jacobson faz ao conceito de narcisismo, o ego ideal é por ela visto como uma área mental onde o self ideal e o objecto ideal se podem fundir, compensando assim de forma parcial a perda de fantasias de fusão. Este ego ideal contribui para a formação da identidade ao despertar não só desejos de ser como os outros, mas também de vir a ser aquilo que o próprio tem como modelo a atingir. A formação de um ego ideal leva também à formação do superego.

#### 3.4.ii. Desenvolvimento do superego

A análise da formação do Superego feita por Jacobson é considerada por Kernberg (1981) como a mais compreensiva análise existente na literatura psicodinâmica, ao ponto deste autor continuar a usar hoje o mesmo modelo. Segundo Jacobson (1964) o superego é formado em três etapas, cada uma correspondendo à formação de cada uma das três camadas que o compõem. Após a sua formação, sofre depois ainda duas reformulações ligadas ao desenvolvimento psicosssexual: uma na idade da latência, outra na adolescência.

### 1º Estádio:

- Correspondendo à camada mais profunda, ela é formada pelo mau self e objecto fundidos e projectados nos objectos frustrantes (essencialmente na figura materna), como forma de negar a agressividade.
- Esta camada corresponde aos precursores sádicos superegoicos que reflectem então a internalização de objectos proibidos e punitivos fantásticos, ou seja, a internalização das experiências em que o ambiente ordenou e proibiu a expressão de impulsos agressivos, dependentes ou sexuais.

### 2º Estádio:

- Corresponde à fusão de representações ideais do self e representações ideais do objecto, originando o Ideal do ego.
- Representa uma tentativa final de recuperar o estado de relação libidinal simbiótico com a figura materna, agora num nível de aspirações e exigências mais elevado.

### 3º Estádio:

- Acontece um abaixamento da intensidade dos precursores sádicos e idealizados, sendo possível a integração de relações de objecto boas e más, tal como acontece no desenvolvimento do ego.
- Esta integração permite então a internalização de uma terceira camada de determinantes superegoicos resultantes dos aspectos realistas, proibitivos e exigências dos pais no final do complexo de Édipo. Isto corresponde à consolidação final do superego.

### Latência:

- O superego sofre nesta fase processos de despersonificação, abstracção e individualização.
- Se antes a auto-estima era regulada pelo superego através de oscilações de humor, esta reformulação permite uma regulação de qualidade diferente, em que afectos e demandas são cognitivamente mais diferenciadas e em que a auto-estima se torna mais focada e delimitada.

- Num superego maduro e bem integrado, o seu controlo exerce-se por sentimentos de culpa e auto-recriminações bem diferenciadas e realistas, assim como por oscilações de humor moderadas como sentimentos de tristeza.
- Nos casos de patologia do superego:
  - A nível da camada sádica: predominância de humor depressivo severo.
  - A nível da camada do ideal do ego: sentimentos de vergonha e inferioridade.

### Adolescência

- Neste estágio de reformulação da personalidade, o reforço das proibições infantis edípicas é acompanhado por uma repersonificação, reprojecção e redissolução parcial do superego.
- Paralelamente tem de existir a identificação do adolescente a um modelo de comportamento sexual adulto para que haja integração dos impulsos sexuais e eróticos que aqui despertam.
- A diferença entre o adolescente normal ou neurótico e o borderline ou narcísico depende da extensão da redissolução e reprojecção do superego e do grau em que a identidade egoica se mantém.

Um superego bem integrado permite, por um lado, uma maior autonomia e independência no sentido em que um sistema internalizado de valores torna o indivíduo menos dependente da confirmação ou controlo externo do comportamento. Por outro lado, e ao permitir um reconhecimento e aceitação mais realista das características dos outros e das necessidades próprias, facilita o comprometimento e envolvimento em relações profundas onde uma dependência madura pode existir.

Clivagem e repressão são então vistas como dois mecanismos centrais quer do desenvolvimento, quer do nível ou maturidade do funcionamento (tabela 8):

Tabela 8 – Clivagem e Repressão

<u>Clivagem</u>	<u>Repressão</u>
Desenvolve-se da incapacidade fisiológica (cognitiva) inicial de integrar introjecções de valência oposta.	Típica de um nível de desenvolvimento superior, consiste em evitar conflitos eliminando da consciência um impulso ou sua representação ideacional (percepção).
Tem funções defensivas que permitem a maturação de um ego inicialmente frágil e incapaz de suportar a ansiedade do conflito intrapsíquico da integração de introjecções num objecto total. É assim uma nulceotização regressiva (por voltar atrás no vislumbre da possibilidade de junção, com conseqüente ansiedade).	Protege o núcleo egoico e ajuda na delimitação e reforço das fronteiras do ego.
Tem por objectivo apenas manter introjecções de valências diferentes separadas, sem preocupações em barrar os afectos e derivativos pulsionais da consciência, percepção ou controlo motor	Uma vez que baseia a sua operação num bloqueio afectivo do impulso, requer um dispêndio mais elevado de contra-catéxia.
Desta forma, a clivagem acontece antes de existir um self definido e é por isso uma clivagem do ego. Mais tarde, quando existe já um self, é este que é clivado (por exemplo nos distúrbios graves de personalidade)	É reforçada por mecanismos de defesa neuróticos como o isolamento, deslocamento, formação reactiva, etc.
É reforçada por mecanismos de defesa primitivos como a negação, projecção, identificação projectiva, etc.	

### 3.4.iii. Acomodação dos princípios económicos com as vicissitudes das relações de objecto.

Jacobson tenta em primeiro lugar redefinir a questão do que é o afecto, partindo da análise crítica das três teorias que Freud apresentou sobre este assunto ao longo da sua obra. Identificando problemas em todas as três, Jacobson coloca a hipótese de que o afecto surge de tensões intra-sistémicas (derivados do id, ego e superego) e inter-sistémicas (tensão entre os sistemas intrapsíquicos). Assinala no entanto que há uma série de afectos que não cabe neste modelo, em grande parte devido ao facto de que no psiquismo maduro existe uma série de interacções sequenciais e interactivas que são altamente complexas e, por isso, incompatíveis

com uma explicação baseada num modelo de estilo biológico em que tensões de natureza fisiológica aplicam as suas forças causando um efeito que é o afecto.

Nesse sentido, o afecto não seria passível de ser compreendido do ponto de vista metapsicológico e teria antes de ser pensado do ponto de vista ideacional e experiencial. A questão interpessoal passa então a ser muito mais importante do que o é quando o afecto é visto como algo em circuito fechado, localizado unicamente no funcionamento biológico do indivíduo.

Jacobson sente também a necessidade de rever a questão da descarga e tensão pulsional, uma vez que o modelo económico clássico, que equaciona afectos do espectro do prazer com descarga e desprazer com tensão, não seria empiricamente verificado. Por exemplo, a tensão sexual é claramente algo que pertence claramente ao espectro do prazer. Propõe então que as questões de tensão e descarga não são fenómenos opostos mas antes componentes do mesmo processo de manutenção de um fluxo energético e da existência humana. Longos períodos de inactividade e relaxamento levam à procura de excitação e longos períodos de excitação levam a uma experiência de exaustão e à necessidade de relaxamento.

Esta hipótese obriga à modificação do princípio do prazer, classicamente visto como a tendência para diminuição de tensão. Para Jacobson, o objectivo do princípio do prazer seria o de orientar as oscilações biológicas de tensão em torno de um eixo central de excitação e descarga, podendo por isso o prazer surgir de qualquer das oscilações em direcção a esse eixo ou afastando-se dele. Há por isso a hipótese deste princípio ser contrário ao princípio da constância, ou da homeostasia e tendência a manter a tensão centrada no eixo.

Jacobson acrescenta ainda que embora o princípio do prazer opere dentro das leis económicas, o seu funcionamento é algo que lhe é próprio e que não pode ser compreendido ou explicado por princípios económicos. Há por isso a necessidade de acrescentar princípios explicativos fenomenológicos ou relacionais à metapsicologia clássica.

Uma vez que o princípio do prazer e da constância podem entrar em conflito, cabe ao princípio da realidade o papel de mediador ao, por exemplo, forçar uma descarga atenuada mas desagradável de forma a manter o equilíbrio psicoeconómico. O princípio da realidade é

também aqui redefinido como uma interpersonalização de internalizações anteriores, nomeadamente exigências parentais. (E. Jacobson, 1971)

A sua teoria motivacional é por isso duplamente metapsicológica e relacional, na medida em que são levados em consideração os mecanismos hidráulicos da metapsicologia energética clássica e as vicissitudes das relações de objecto e as suas dimensões experienciais e fenomenológicas.

#### 3.4.iv. Psicopatologia

Embora nos seus princípios teóricos Jacobson se mantenha fiel a questões de pulsões biológicas e aspectos maturacionais, a sua abordagem da psicopatologia é essencialmente relacional e fenomenológica. A psicopatologia severa das psicoses, estados borderline e diferenciação de diferentes tipos de depressão (depressão como perturbação primária e a depressão assente em condições psicóticas) são explicados com base em diferentes tipos de constelações de representações do self e objecto. Refere Jacobson (1971) que

Os distúrbios psicóticos caracterizam-se por processos altamente regressivos que envolvem todos os sistemas, e estes processos levam à desneutralização e desfusão pulsional. Consequentemente há um tremendo excedente de agressão desneutralizada que pode invadir todos os sistemas. Ao erradicar as funções do superego, estas forças agressivas podem inundar o ego e levá-lo a acções destrutivas; ou podem-se acumular no superego, abafando assim todas as funções egoicas, e levando possivelmente à auto-destruição. (...) Este estado de coisas tem com certeza uma enorme influência nas distorções do self e do mundo objectal, e é por isso responsável pela ineficácia do teste da realidade em condições psicóticas (pág. 101).

Os desenvolvimentos patológico ou saudável são vistos como dependentes da evolução das representações de self e objecto e, por isso, da qualidade da relação precoce do bebé com o cuidador. Os pontos de fixação (formadores de carácter e, por isso, da fragilidade a determinado adoecer) não seriam fixações a modos de gratificação tal como Freud propôs, mas antes a modos de relacionamento em momentos críticos do desenvolvimento em que a

desilusão surge necessariamente (o desmame, por exemplo). O impacto deste desapontamento depende do quão sólidas, realistas, estáveis, separadas e articuladas são as representações de self e objecto.

Este desapontamento refere-se porém a demandas instintuais, que encontram descarga ou frustração na relação. Neste sentido, a mãe que desaponta não é necessariamente uma mãe desadequada. É-o em função do ponto de vista do bebé, mas contextualiza-se em experiências reais.

Quanto mais precoce for este desapontamento, mais severa será a psicopatologia que se pode instalar uma vez que neste desenvolvimento entram em jogo a força constitucional das pulsões, a maturação do ego e o restante desenvolvimento e articulação das instâncias psíquicas.

Se por exemplo houver um forte desapontamento numa idade precoce em que self e objecto não se diferenciaram ainda, a desvalorização agressiva vai ser dirigida tanto ao objecto como ao self indiferenciado. As representações de self e objecto idealizadas fundem-se e surgem como algo que é ansiado mas inatingível, havendo um desenvolvimento paralelo da desvalorização dos outros e o ódio pelo objecto real e self. Uma vez que as imagens idealizadas são precursoras do superego, este desenvolver-se-á com uma natureza punitiva e severa. O conjunto destes desenvolvimentos pode originar psicopatologias depressivas ou psicóticas.

Grande parte da sua teoria de psicopatologia e de desenvolvimento vêm da sua extensa experiência clínica com pacientes psicóticos e com depressões psicóticas. As representações do self e do objecto, ao serem os blocos de construção de um ego e superego maduros, são também a causa do seu funcionamento defeituoso verificado na psicose, mais especificamente a falta e instabilidade de limites entre self e objecto e a sua tendência para se fundirem. Condições menos severas usariam processos de identificação maduros ou mais primitivos e do tipo mágico para lidarem com experiências repetidas de frustração e a motivação para escapar a tais estados pela procura de um bom objecto materno como reforço narcísico. Assim, a perda de identidade por falência das funções egoicas e por fusão de representações de self e objecto verificam-se apenas em condições borderline ou psicóticas, ou em certos conflitos narcísicos em pacientes neuróticos (Meir Perlow, 1995).

Como se referiu já atrás, Jacobson olha a psicopatologia do ponto de vista fenomenológico e o que é dito em relação a pontos de fixação ou defeitos representacionais e egoicos não são por isso vistos como exclusivamente explicativos das condições psicóticas. Dito de outra forma, as suas teorias lidam com aquilo que se observa mas não é uma teoria de psicopatologia exclusivamente psicogénica (E. Jacobson, 1971):

Factores do ambiente infantil podem certamente ter uma influência patogénica muito importante ou uma influência de predisposição no desenvolvimento da psicose, e experiências correntes actuais podem provocar o colapso psicótico final. Mas poucos psiquiatras duvidam que as psicoses são baseadas em processos psicofisiológicos endógenos, embora ainda desconhecidos. Quando mais rapidamente o processo patológico, psicofisiológico psicótico se instala, mais rápido será o processo de regressão e de desfusão pulsional (pág. 104).

### 3.5. Melanie Klein

Considerada como um dos três principais marcos evolutivos da Psicanálise<sup>36</sup>, Klein é uma das clínicas mais influentes no pensamento psicodinâmico Europeu, Sul-americano e em grupos psicodinâmicos norte americanos menos instalados na psicanálise clássica da psicologia do ego, ou em grupos de fronteira da psicologia do Self iniciada por Kohut.

Uma das críticas contemporâneas mais recorrentes em relação à obra de Klein (por exemplo, M. Perlow, 1995) é a sua falta de sistematização e cuidado na definição do uso que faz de certos termos herdados de Freud, mas que ela aplica com outro significado. Existe também alguma inconsistência no uso de certos termos ao longo da sua obra. Nessa medida, usaremos predominantemente a revisão e sistematização de Hanna Segal (1973), talvez a colaboradora mais próxima e fiel às ideias originais de Klein<sup>37</sup>.

#### 3.5.i. Período inicial da obra de Melanie Klein e estádios pré-edipianos

Incentivada por Sándor Ferenczi a investigar e analisar crianças, Klein começou por sentir a necessidade de uma nova ferramenta de observação que substituísse a associação livre dos adultos. Tal ferramenta constituiu-se naquilo que designou por técnica do brincar e parte do princípio de que as ansiedades e fantasias das crianças se manifestam simbolicamente nas suas actividades lúdicas, tal como se expressam na actividade verbal dos pacientes adultos enquanto associam livremente. Do ponto de vista de Klein (1927b):

A representação através do brinquedo – como, aliás, a representação simbólica em geral, estando de certa forma afastada da própria pessoa do indivíduo – está menos investida de ansiedade do que a confissão através da palavra. Então, se conseguirmos aliviar a ansiedade e obter, numa primeira instância, mais representações indirectas, não há dúvida

---

<sup>36</sup> Os outros dois são o fundador Sigmund Freud e um dos discípulos e analisando de Klein, Wilfred Bion. A obra deste último autor não será aqui desenvolvida num capítulo próprio uma vez que não é um dos autores que Kernberg considera como influente no seu pensamento. Embora não seja ignorado ao longo da sua obra, os trabalhos de Bion a que Kernberg tendencialmente se refere são trabalhos iniciais de reformulação ou ressystematização da teoria de Klein e não os seus trabalhos posteriores, com uma linhagem própria.

<sup>37</sup> Temos no entanto consciência que seguimos aqui uma Klein de Segal, sendo então uma solução de compromisso que nos parece porém vantajosa para esta apresentação. Outros autores serão referidos como forma de tentar mitigar esta eventual distorção, assim como as palavras originais de Klein sempre que pertinentes.

de que poderemos trazer para a análise a mais completa expressividade verbal de que a criança é capaz (pág. 176).

Tal acesso ao material inconsciente de crianças permitir-lhe-iam confirmar e reformular algumas de teorias de Freud. A constelação de fantasias e ansiedades identificadas como Complexo de Édipo pareciam surgir de forma muito mais precoce do que o sugerido por Freud, assim como manifestações do superego que Klein acaba por concluir não ser o herdeiro do Complexo de Édipo mas anterior a ele.

Há duas críticas que costumam surgir em relação ao tipo de conclusões de Klein. A primeira é a de que ela nunca teve pacientes com idade inferior à idade tida como estando operante o Complexo de Édipo clássico e que, por isso, não fez mais do que Freud ao inferir material passado de reconstituições provenientes de material de análise. A segunda é a de que tais conclusões relativas à vida mental de crianças muito pequenas são muito mais difíceis ou mesmo impossíveis de fazer, podendo-se apenas traçar uma evolução de comportamentos. S. Isaacs (1952), colaboradora próxima de Klein, responde a ambas as críticas da seguinte forma:

De facto estamos longe de ter de depender da mera imaginação ou adivinhação cega, mesmo no que diz respeito ao primeiro ano de vida. Quando todos os factos observáveis do comportamento são considerados á luz do conhecimento analítico obtido de adultos e crianças com mais de dois anos, e são relacionados com princípios analíticos, chegamos a muitas hipóteses com elevado grau de probabilidade e algumas certezas em relação aos processos mentais precoces (pág. 69).

A ideia de um objecto internalizado deriva da concepção de superego de Freud, que o considerava um herdeiro do superego e um representante interno dos pais. A obra de Klein tem na questão dos objectos internos um ponto central para a sua concepção teórica e clínica, sendo este tipo de objectos referidos nos seus artigos iniciais como superego.

Klein via o desenvolvimento inicial da criança como um mundo interno povoado de objectos parciais, fruto da acção defensiva egoica em relação às pulsões agressivas. Na

incapacidade de reter um objecto realista e total (uma mãe com aspectos gratificantes e frustrantes que existem na mesma pessoa), a criança tende a usar mecanismos de negação, clivagem, projecção e introjecção, tentando manter as boas experiências e sentimentos afastados das más experiências e sentimentos. Tenta também reter ou incorporar o que é bom e expulsar o que é mau. Existem então relações de objecto parciais primitivas, em que a criança fantasia relacionar-se com aspectos separados de um mesmo objecto real.

Consistem tais formas de gerar experiência os estádios primitivos do Complexo de Édipo e Superego. Um dos primeiros objectos parciais com que o bebé se relaciona é o seio da mãe, fonte de satisfação e frustração oral. Em situações de gratificação e amor, o seio é incorporado em fantasia como um objecto ideal, precursor do aspecto do ego-ideal do superego. Ao mesmo tempo, existe também um ataque a esse mesmo seio, fruto da agressividade pulsional, sendo então esse aspecto parcial de relação incorporado como algo destruído e destrutivo ou retaliatório e vingativo, aspecto precursor dos aspectos persecutórios e sádicos do superego.

Parcialmente sob o impacto das experiências ansiogénicas e de frustração da relação com o seio, a relação da criança com a mãe começa a estender-se a todo o seu corpo, fantasiado como possuidor de múltiplos tesouros. Sendo esta a fase oral-sádica, a relação da criança com o corpo da mãe é libidinal mas também agressiva, fruto de frustrações, inveja e ódio. Estes ataques destrutivos fazem com que exista, paralelamente a uma mãe benigna, satisfatória e amada, uma mãe ou aspectos parciais dela que dão origem a fantasias de objectos destruídos e vingativos, sendo então o seu interior também um lugar aterrador.

Esta ambivalência oral (e com o desenvolvimento, também uretral e anal), especialmente no que diz respeito às ansiedades inconscientes em relação aos aspectos vingativos e destrutivos do interior da mãe, fazem com que a criança desloque o seu interesse desse objecto ansiogénico para o mundo à sua volta, embora novos objectos parciais ou aspectos dessa realidade sejam simbolicamente equiparados a tais temores. A primeira relação com o mundo externo (mãe) é marcada por fantasias sádicas que provocam ansiedades elevadas. Se os níveis de ansiedade não forem avassaladores e as capacidades do ego se mostrarem adequadas ao longo da sua maturação, as relações inicialmente mergulhadas na fantasia vão-se tornando mais realistas e verdadeiras. Ao mesmo tempo, o próprio desenvolvimento daquilo que Klein chama de ego depende igualmente desta questão (M. Klein, 1930a):

Uma certa quantidade de ansiedade é a base necessária para que a formação de símbolos e fantasia ocorram em abundância; é essencial que o ego possua a capacidade adequada de tolerar a ansiedade, de forma a elaborá-la de forma satisfatória. Desse modo, essa fase básica terá uma conclusão favorável e o desenvolvimento do ego será bem sucedido (pág. 253).

Também a ansiedade ligada à destrutividade pré-edipiana impele a criança para o Complexo de Édipo e para uma posição genital, mais realista e madura e, por isso, menos sádica. Aquando da deslocação pulsional (e maturação egoica) da mãe para o mundo envolvente, a criança apercebe-se do casal de pais enquanto duas entidades separadas em relação, o que dá origem a ataques de raiva e ciúmes de dois tipos: a fantasia de atacar o casal ou, por projecção da agressividade num dos pares do casal, a fantasia do ataque de um dos pais em relação ao outro, originando por isso uma fantasia de cena primária terrificante. O casal é agora visto como objecto a temer. No auge deste processo existe tanto o temor dos pais externos como os dos pais internalizados, que originam imagos punitivos e terrificantes.

É a partir da observação destas fantasias em acção que Klein concentra a atenção na importância dos mecanismos de clivagem que funcionam de forma próxima e concertada com as defesas de projecção e introjecção, segundo ela, especialmente activas em crianças pequenas. Tal como na sua relação com a mãe, os aspectos bons (libidinais) quer dos pais, quer dos sentimentos da criança em relação a eles vão ser clivados dos aspectos maus como forma de os preservar e manter. A clivagem é tanto mais activa quanto maior for a agressividade e destrutividade da criança. No entanto, não existe forma de não introjectar as figuras más e punitivas que se constituem como parte do superego em formação. A única forma de lidar com os terrores e ansiedades causadas pelas fantasias de maus objectos internos é a procura da compensação e mitigação de tais fantasias pelo contacto com os pais reais, quer como forma de procurar neles segurança em relação às angústias sentidas, quer na tentativa de reparar os objectos internos sentidos como destruídos. É esta relação mais assente em objectos reais que impele a criança para a relação triangular edipiana.

### 3.5.ii. Fantasia Inconsciente e objecto na obra de Klein.

Uma das questões mais importantes que surge das primeiras formulações de Klein (posteriormente revistas à luz da sua noção de “Posições” a que nos referiremos mais tarde) é a noção de fantasia inconsciente e as suas implicações em termos de uma nova noção de objecto.

Isaacs (1952), colaboradora muito próxima de Klein, define fantasia inconsciente como o correlato psíquico dos instintos, incluindo todos os processos mentais inconscientes. A fantasia existe ao longo de todo o ciclo vital e exerce a sua influência em todos os graus de funcionamento do espectro que vai da normalidade à psicopatologia, nas diferenças de carácter, nos desejos e ansiedades que se lhe associam e na mediação entre a vida psíquica interna e a realidade externa. A fantasia inconsciente relaciona-se ou acompanha virtualmente tudo o que é mental, representando todas as relações internas (entre objectos internos, entre self<sup>38</sup> e esses objectos), relações com objectos externos, relações percebidas entre objectos externos e todos os mecanismos de defesa ou dinâmica mental.

A implicação de tal ideia vem alterar radicalmente aspectos clássicos como os de objecto, instintos e estrutura psíquica. O objecto interno tem de ser diferenciado do objecto externo que assume a qualidade de Realidade. No entanto, esta Realidade é matizada por uma série de pré-concepções que advêm de projecções e identificações dos objectos internos na experiência de tal Realidade. Ela, e por isso o objecto real, é incognoscível porque existe sempre uma aproximação subjectiva, existe sempre algo que lhe é atribuída pelo sujeito em relação. Assim, o objecto de Klein é geralmente o objecto interno, questão que ela raramente esclarece ao longo da sua obra (J. Grotstein, 2009).

A origem do objecto interno é algo que se prende com a natureza dos instintos. Uma vez que o instinto implica um desejo, haverá desde o início da actividade instintiva filogenética uma noção de um objecto que satisfaz a necessidade sentida (S. Isaacs, 1952). Assim, a

---

<sup>38</sup> Temos vindo a definir o que significa a palavra self para cada autor, mas tal é algo que parte da tradição americana de Hartmann, Mahler e Jacobson e do seu cuidado em estabelecer tal definição. Klein usa o termo self e ego de forma mais ou menos intermutável ao longo da sua obra, parecendo não seguir a sua própria definição, explicitada tardiamente na sua obra. Diz M. Klein (1959) nesse artigo:

O ego, de acordo com Freud, é a parte organizada do self, constantemente influenciada por impulsos instintivos, porém mantendo-os sob controlo pela repressão. Além disso, o ego dirige todas as actividades e estabelece e mantém a relação com o mundo externo. O termo self é utilizado para abranger toda a personalidade, o que inclui não apenas o ego mas também a vida pulsional, que Freud nomeou id (pág.283).

acompanhar a primeira experiência de fome, haverá uma noção de satisfação e da necessidade de algo, de um seio, que satisfaça essa fome. A fantasia é então aqui uma expressão directa dos instintos que são onnipotentes no sentido de que não fazem distinção entre fantasia e realidade. Para além disso, a formação da fantasia é uma função do ego, instância que Klein postula existir sob uma forma rudimentar desde o nascimento (H. Segal, 1973)

Uma vez que a fantasia é expressão dos instintos, que a fantasia é personificada em objectos internos e que existe um ego rudimentar capaz de acções defensivas primitivas, a polaridade instintiva e a exposição à realidade (o trauma do nascimento, por exemplo) vão causar ansiedades elevadas para um ego rudimentar, essencialmente no que diz respeito à componente agressiva e destrutiva. Uma parte do ego, contendo esta agressão, é então clivada e projectada naquilo que é sentido como o objecto externo, passando com isso a existir um perseguidor externo. O mesmo acontece com a libido, que é projectada no objecto e que constitui assim paralelamente um bom objecto. Estas operações correspondem às operações mentais da Posição Esquizoparanoide e serão melhor abordadas mais à frente.

De qualquer forma, os objectos começam por ser primordialmente internos e a realidade é toda ela vista em função das fantasias inconscientes. “*A análise de crianças pequenas (...) mostra claramente que para todas as crianças, a realidade externa do início é antes de mais nada um espelho da sua própria vida pulsional*” (M. Klein, 1930a, pág. 266). É com base nestas observações que Klein postula a existência de um ego desde o nascimento, instância que permite a formação de relações de objecto em fantasia e na realidade.

No entanto, tal como as fantasias internas alteram a percepção e experienciação da realidade, também a realidade influencia a fantasia inconsciente. Experiências más em momentos de raiva destrutiva confirmam e fortalecem a fantasia de um mundo mau e persecutório, confirmando também o aspecto onnipotente da destrutividade pessoal. Experiências de amor tendem a mitigar os aspectos agressivos, a modificar experiências persecutórias e a mobilizar o amor e gratidão da criança, aspecto estrutural crucial que sustenta a crença num bom objecto (H. Segal, 1973). A este processo corresponde a Posição Depressiva abordada mais à frente.

Em resumo, a fantasia inconsciente é (H. Segal, 1964 e 1973):

- Expressão mental dos instintos
- Determinante do carácter no espectro da patologia à saúde mental (pela natureza das fantasias e sua articulação com a realidade)
- Defesa egoica contra a realidade externa e interna
- Origem do pensamento na medida em que, tal como o princípio da realidade é uma modificação do princípio do prazer pelo teste da realidade, também o pensamento é uma modificação da fantasia pelo mesmo princípio da realidade que vai tentar testar o mundo de fantasia contra a realidade externa.

O objecto é algo que inicialmente se constitui das experiências concretas, sensoriais e somáticas do bebé, alternando depois com o desenvolvimento para experiências e pensamentos verbais e abstractos (P. Heimann, 1952). No entanto, e uma vez que isto se insere num processo de desenvolvimento, tais experiências mais tardias, incluindo-se as experiências adultas na normalidade e patologia, mantêm sempre algum vínculo emocional com as experiências originais. Desta forma, aquilo que é abarcado pelo termo “objecto” na obra de Klein e seus seguidores é muito mais vasto do que nos autores da Psicologia do Ego. Incluem-se como objectos fenómenos como percepções, memórias, pensamentos, fantasias inconscientes e sentimentos (M. Perlow, 1995). Este último autor citado divide o desenvolvimento do conceito de objecto interno na obra de Melanie Klein em três períodos cronológicos, mas sente depois a necessidade de incluir a teoria de desenvolvimento de Klein em termos de posições, uma vez que é aqui que Klein estabelece a diferença entre o que interno e externo, ambiental e constitucional, etc.

Como vimos no subcapítulo da obra inicial de Klein, ela começa por se concentrar na noção do Superego de Freud enquanto representação interna distorcida do objecto real (imagos dos pais reais). Com a análise de duas crianças, Rita (M. Klein, 1926, 1929, 1945) e Dick (M. Klein, 1930), Klein verifica, na sua interpretação, o aspecto central das fantasias sádico-orais e dos desejos de possuir os conteúdos do corpo materno. Esta constatação levou-a à formulação do objecto interno, em fantasia fisicamente presente no corpo do indivíduo e sendo um dos aspectos centrais de todos os desejos e impulsos. Afasta-se assim da noção de imago mais ortodoxa.

Com a noção de que os objectos internos são internalizações de objectos reais sob o efeito de fantasias sádicas de natureza oral, a noção de objecto interno começou a aparecer muito mais relacionada com aspectos instintivos e menos com o objecto real. Refere Klein (1934):

A criança pequena alimenta impulsos e fantasias agressivas contra os pais que depois projecta neles. É assim que se desenvolve uma imagem distorcida e fantástica das pessoas à sua volta. No entanto, o mecanismo de introjecção entra em acção ao mesmo tempo, de modo que esses imagos irreais são internalizados. Como consequência, a criança sente-se governada por pais cruéis e fantasticamente perigosos – o superego dentro de si mesma (pág. 297).

Esta noção implica também uma alteração significativa da teoria da dualidade pulsional de Freud. Para Klein, a pulsão de morte é o perigo interno de auto-destruição, é agressividade e fragmentação. A libido seria o contrário: satisfação e integração. *“Klein inverte completamente a teoria de Freud: o que era homeostático para ele, é revulsivo para ela”* (C.A. Dias, 2000; pág. 221)

Com a noção de que os objectos internos (imagens distorcidas da realidade) e suas relações entre si se relacionam directamente com os instintos, surge uma nova conceptualização do desenvolvimento normal e patológico. As relações entre os objectos internos, e entre eles e o ego, configuram uma realidade psíquica que é a base para relações mais realistas adquiridas ao longo do desenvolvimento. Diz S. Isaacs (1952):

Um instinto é concebido como um processo da fronteira psicossomática. Tem um objectivo corporal, dirigido a objectos concretos externos. Tem um representante na mente a que chamamos fantasia inconsciente. As actividades humanas derivam de instigações instintivas; é apenas através da fantasia inconsciente do que poderá satisfazer as nossas necessidades instintuais que as podemos tentar satisfazer na realidade (pág. 99).

Este é um ponto de vista muito diferente daquele que vinha sendo seguido pelos discípulos de Freud e que foi depois desenvolvido pela Psicologia do Ego, uma vez que as

distinções entre aquilo que é derivado dos instintos ou da realidade, do eu ou não-eu e do fora ou dentro deixa de ter a mesma relevância. É a realidade psíquica que assume a principal importância na teoria Kleiniana (M. Perlow, 1995)

Este ponto de vista constitui-se também numa mudança da metapsicologia de um ponto de vista filosófico para um ponto de vista experiencial, em que os instintos de vida e morte deixam de ser conceitos de uma filosofia do funcionamento biológico para passarem a serem vistos como algo que é contido e que se origina da experiência pessoal (Greenberg e Mitchell, 1983). Este é igualmente um aspecto crucial para compreender que Klein não diz que o bebé nasce como um ser inerentemente destrutivo. Aquilo a que ela se refere é uma tentativa de por em palavras as experiências primitivas do bebé (e dos seus pacientes psicóticos) que “(...)acredita *que nasceu mau, por causa das manifestações que aparentam a sua destrutividade nos objectos. Assim, a ‘maldade’ constitui uma hermenêutica infantil, tal como ‘lida’ por Klein*” (J. Grotstein, 1992; pág. 13).

Uma vez que os instintos e objectos são algo de inseparável, a noção de narcisismo primário deixa de fazer sentido, e aquilo que antes era visto como manifestações de narcisismo que impediam a abordagem psicoterapêutica (pela ausência de transferência), passam a ser vistas não como ausência de uma relação objectal (externa ou com o terapeuta) mas antes, como o reflexo de intensas relações de objecto internas. Nas suas próprias palavras (1952a):

A hipótese de que um estágio que se estende por vários meses precede as relações de objecto implica que, excepto para a libido ligada ao próprio corpo do bebé, os impulsos, fantasias, ansiedades e defesas ou não estão presentes no bebé ou não estão relacionadas a um objecto, ou seja, operariam in vácuo. A análise de crianças muito pequenas ensinou-me que não existe urgência pulsional, situações de ansiedade, processo mental que não envolva objecto, interno ou externo; em outras palavras, as relações de objecto estão no centro da vida emocional (pág. 76)

### 3.5.iii. Noção de Posição

Klein era da opinião de que existiria desde o nascimento um ego rudimentar capaz de relações de objecto fantasiadas e reais, capaz de sentir e desenvolver ansiedade e usar mecanismos de defesa rudimentares. No entanto, a sua teoria de desenvolvimento dos primeiros meses de vida e subsequente desenvolvimento não é por ela pensada como uma sequência de estágios de desenvolvimento que vão sendo ultrapassados de forma definitiva aquando da consolidação de um determinado marco desenvolvimental. Pelo contrário, Klein usa o termo “posição” como uma constelação de ansiedades típicas, relações de objecto, padrões defensivos e suas características estruturais (J. Steiner, 1993). Klein distingue duas posições essenciais: a Posição Esquizoparanoide (PS) e a Posição Depressiva (D), ambas modos de gerar experiência que estão em relação dialéctica e que vão oscilando entre si ao longo da vida (T. Ogden, 1986).

D constitui-se num momento de maior separação do objecto (e por isso maior noção da sua existência e importância/dependência em relação a ele) e integração do self, mas nunca ultrapassa ou substitui definitivamente PS, um período de maior desintegração e defesas contra o conflito depressivo (H. Segal, 1973).

O desenvolvimento normal e patológico é também aqui encarado de uma nova forma, com a regressão a não implicar necessariamente patologia, mas antes considerando-se que existe uma regressão normal necessária que antecede novos passos evolutivos. Nenhuma das duas posições predomina definitivamente sobre a outra e, antes, encontram-se em relacionamento dinâmico havendo oscilações entre elas.

Assim, a saúde mental consistiria em ciclos de integrações progressivas do self, ou da possibilidade de tal, sendo que isto não é feito em linha recta. Fazem parte de tal processo momentos de cariz mais depressivo ou de maior desorganização e confusão, emergindo daí um novo sentimento de si e um self mais forte. No entanto, e quando a ansiedade natural é intolerável, o relacionamento dinâmico entre as posições pode cristalizar-se em determinada organização rígida de defesas, ansiedades e relações de objecto que impedem esta progressão. A tal correspondem as organizações patológicas da personalidade que, na imagem de Steiner (1993), se constituem como refúgios para as dificuldades particulares de determinada

posição. A ansiedade, pânico e desespero surge quando essa organização se rompe ou deixa de funcionar eficazmente.

#### 3.5.iv. Posição Esquizoparanoide (PS)

Esta é uma das principais contribuições de Klein e é apresentada e reformulada ao longo de quase toda a sua vasta obra. Por motivos de simplicidade e clareza de apresentação, seguiremos aqui a Posição Esquizoparanoide, tal como sistematizada por H. Segal (1973, 1975).

A ansiedade é uma experiência presente desde o nascimento, uma vez que existe também um ego incipiente capaz de a sentir e gerar. Esta ansiedade advém da dualidade de instintos e das experiências com a realidade (boas e más). O que domina nesta fase de maior indiferenciação psíquica é a realidade interna e, nela, o instinto de morte é a maior causa de ansiedade devido à ameaça de auto-destruição. Também a perda de unidade com o organismo materno aquando do nascimento, e o violento fluxo de sensações externas aquando dessa ocorrência, competem para tal interpretação da experiência do bebé. O ego incipiente defende-se clivando-se e projectando a porção que contem o instinto de morte sobre o objecto original (o seio), passando este a ser sentido como um perseguidor. Este mecanismo não é totalmente eficaz nesta fantasia de purga de pulsões destrutivas já que parte ficam ainda presentes no ego, sendo convertidas em agressividade dirigida contra os perseguidores externos recém-criados. Estabelece-se desta forma uma relação com um mau objecto que, parecendo uma má solução do ego, permite transformar uma ansiedade intolerável e não manejável de aniquilamento numa ansiedade de perseguidores externos a si (O. Weininger, 1992).

Também a libido é projectada no objecto como forma de defesa contra a ansiedade de aniquilamento: uma porção do ego identificada com a libido é clivada e projectada no objecto, o que permite o estabelecimento de um objecto ideal capaz de satisfazer o esforço pulsional de preservação de vida. A porção de libido mantida no ego é utilizada para estabelecer uma relação libidinal com esse objecto.

Existe então uma relação com dois objectos parciais, ou seja, dois objectos que são fonte de experiências distintas, sentidos como separados, mas que na verdade se organizam a partir de um mesmo objecto externo: um mau objecto que origina fantasias de perseguição que se

fundem com as experiências reais de frustração e sofrimento são vivenciadas como oriundas de objectos perseguidores; um bom objecto que origina fantasias de um objecto ideal e que se fundem com experiências de amor e gratificação.

O objectivo principal da PS é o de tentar adquirir, guardar dentro da mente e identificar-se com o objecto ideal, tido como protector e fonte de vida, ao mesmo tempo mantendo fora o mau objecto e as partes do ego identificadas com o instinto de morte. É daqui que advém a designação esquizoparanoide: esquizoide pela raiz grega da palavra dividir<sup>39</sup> em bom e mau; e paranoide fruto do tipo de ansiedades que advém do tipo de relação de objecto estabelecida, com receio de invasão e aniquilação do ego e objecto ideal.

Em termos defensivos, o ego tenta então proteger-se a si e ao ego o bom objecto dos perseguidores que sente existirem. Isto pode ser feito pela clivagem e deflexão do instinto de morte mas também pela clivagem e projecção do bom objecto para fora no sentido de o proteger daquilo que é sentido como uma avassaladora destrutividade interna. Por vezes o ego pode também introjectar o mau objecto e identificar-se com ele de forma a tentar a controlá-lo.

Este tipo de sequência defensiva levou Klein a formular o uso de um mecanismo de defesa da PS a que chamou Identificação Projectiva e que definiu como um processo que estabelece o protótipo de uma relação de objecto agressiva. Refere ela que (M. Klein, 1946):

Quando a projecção é derivada principalmente do impulso de bebé de danificar ou controlar a mãe<sup>40</sup>, ele sente-a como um perseguidor. Nos distúrbios psicóticos, essa identificação de um objecto a partes odiadas do self contribui para a intensidade do ódio dirigido às outras pessoas. No que diz respeito ao ego, a excessiva clivagem, projecção e expulsão de partes suas para o mundo externo debilitam consideravelmente o ego. Isto porque o componente agressivo dos sentimentos e da personalidade está intimamente

---

<sup>39</sup> Split no original e geralmente traduzida como clivagem.

<sup>40</sup> É importante referir a nota de rodapé que Klein introduz neste ponto e que se refere à sua linguagem concreta, uma das grandes fontes das críticas que lhe são feitas (M. Klein, 1946):

A descrição de tais processos primitivos sofre uma grande desvantagem, pois essas fantasias surgem numa época em que o bebé ainda não começou a pensar com palavras. Neste contexto, por exemplo, uso a expressão 'projectar para dentro de outra pessoa' porque este parece-me ser o único modo de transmitir o processo inconsciente que estou a tentar descrever (pág.27).

ligado na mente com poder, potência, força, conhecimento e muitas outras qualidades desejadas (pág. 27).

O conceito de Identificação Projectiva foi entretanto muito ampliado pelos seguidores de Klein e é um dos principais pilares técnicos e teóricos actuais, sendo igualmente fonte de controvérsias sobre a extensão do conceito e seu uso (por exemplo, J. Sandler, 1987).

Não sendo hoje mais vista como um mecanismo restrito à PS, as funções da Identificação Projectiva são (C.A. Dias, 1988):

- Identificação projectiva como método de comunicação
- Identificação projectiva como negação da realidade psíquica
- Identificação projectiva como forma de controlo onnipotente do corpo e da mente do analista
- Identificação projectiva como defesa contra a inveja
- Identificação projectiva como relação objectal parasitária
- Identificação projectiva como certas formas de delírio ou alucinação, ou seja, formas de “viver” inteiramente dentro do objecto.

A ansiedade original é uma ansiedade de aniquilamento às mãos do instinto de morte, pondo em marcha os mecanismos de defesa primitivos atrás referidos como formas de deflectir este instinto. Quando tal acontece, o perigo passa a existir sob a forma de perseguidores internos ou externos. Todos os mecanismos de defesa, tendo por principal missão proteger o ego, acabam por gerar ansiedades próprias. Embora seja este o núcleo da PS, Segal (1973) relembra que estas descrições não significam que o bebé viva os primeiros meses de vida em estado de constante ansiedade. Esta é apenas a natureza da ansiedade (secundária à acção da defesa) e das defesas quando surgem ansiedades num ego pouco desenvolvido ou, mais tarde, quando a ansiedade é suficientemente brutal para por em marcha mecanismos de defesa primitivos que se constituem como formas mais radicais e de emergência no lidar com a ansiedade.

A mesma autora relembra também o aspecto integrativo ou pró-desenvolvimental daquilo que podem parecer ser processos empobrecedores e destrutivos da organização psíquica:

A clivagem em bom e mau permite uma ordenação simples das sensações e emoções da criança que serão mais tarde melhor integradas. A clivagem é por isso a base da discriminação.

A idealização e ansiedade persecutória são igualmente bases de funções importantes. A idealização é a base da crença na bondade, própria ou dos outros, e permanece em quantidades moderadas em experiências enriquecedoras da vida pessoal como o apaixonar-se, apreciação de arte, adesão e perseguição de ideais e interesses, etc. Um vestígio de ansiedade persecutória é importante para o reconhecimento, avaliação e preparação para situações de eventual perigo.

A identificação projectiva é a raiz da capacidade de empatia e da formação de símbolos (H. Segal, 1957)

Do ponto de vista desenvolvimental, PS é ultrapassada se houver uma predominância de experiências boas sobre más. Este somatório não resulta da mera gratificação passiva do ambiente, mas antes de uma interacção de factores internos e externos. As boas experiências assinalam no ego a predominância do objecto ideal sobre o objecto persecutório, assim como a predominância do seu próprio instinto de vida sobre o instinto de morte. Como há uma contínua projecção e reintrojecção da realidade interna, se esta for predominantemente boa, o resultado é uma autopotenciação dessa realidade e a identificação crescente do ego com as capacidades do objecto ideal. Tal permite atingir um ponto em que o ego será suficientemente seguro para tolerar melhor a ansiedade e recorrer em menor quantidade e intensidade a mecanismos de defesa primitivos. A clivagem de partes do ego e do objecto deixa de ser tão intensa e é possível começar a ser construída uma maior integração dos aspectos clivados de ambos, o que leva também uma maior diferenciação ego/objecto.

As experiências repetidas de frustração e privação dificultam esta transição. Aspectos traumáticos da infância tinham já sido referidos por muitos autores mas Klein fez um maior escrutínio das forças internas que podem estabelecer um predomínio de experiências internas más sobre as boas, mesmo quando o ambiente real é de forma geral gratificante. Dos vários factores possíveis, Klein introduz a noção de inveja primária, considerada como uma das mais primitivas e fundamentais emoções, sendo também uma das externalizações mais directas do instinto de morte. A inveja primária é por isso considerada como constitucional (M. Klein, 1957).

Partindo da admiração dos aspectos bons do objecto, a inveja consiste no desejo de ser como ele, no sentido de ser a própria fonte de amor, perfeição, sabedoria, etc. Quando tal é sentido como impossível, já que este bom é uma idealização e não uma realidade, o sentimento de inveja é de tal forma penoso que deixa de querer o objecto para si ou as suas qualidades inatingíveis. Pelo contrário, visa estragar e destruir o que é bom para que não haja nada a invejar. Desta forma, as boas experiências tornam-se más e a introjecção de um bom objecto torna-se impossível.

Os próprios mecanismos de defesa normais da PS ficam postos em causa uma vez que a clivagem origina um objecto ideal e, por isso, invejado, intolerável e a abater. Isto causa uma confusão entre o bom e o mau e a impossibilidade de existência de um objecto ideal a ser introjectado e com o qual o ego se possa, passo a passo, identificar. O desenvolvimento egoico é então gravemente afectado porque não há qualquer esperança numa boa relação, apenas o desespero da perseguição interminável de objectos destruídos e retaliatórios. Surge um desenvolvimento que se retro-alimenta, uma vez que o bom objecto causa inveja, a inveja invalida a relação com ele e a introjecção e identificação a esse bom objecto torna-se extremamente difícil. Estes passos desenvolvimentais iriam colmatar a distância entre ego e objecto mas, face a estas dificuldades, o que acontece é que a distância entre eles se torna cada vez maior. Quanto mais inalcançável o bom objecto, maior a inveja provocada.

A inveja acaba por se constituir numa linha própria de desenvolvimento que tem a inveja e a gratidão como conflito central. Se a inveja não for avassaladora, ou o ego constitucionalmente mais capaz de lidar com as ansiedades que ela gera (M. Klein, 1957), a gratidão acabará por a superar e modificar, sendo aqui o desenvolvimento retro-alimentado o inverso da situação anterior: o enfraquecimento da inveja proporciona mais e melhores experiências de gratificação e, com isso, a diminuição da inveja. No entanto, esta nunca desaparece e é uma das facetas, mais ou menos obscuras, do relacional.

#### 3.5.v. Posição Depressiva (D)

O fortalecimento do ego pela repetição de boas experiências (internas e externas) leva a que esta instância seja capaz de diminuir a frequência e intensidade da clivagem e projecção como forma de defesa da sua integridade. Pode então haver lugar a uma integração do ego, com os seus aspectos libidinais e agressivos, antes clivados e projectados, a serem tomados como próprios. Tal leva a uma percepção mais realista de si e dos outros.

A Posição Depressiva começa quando o ego se experiencia a si mesmo como agente e não apenas como vítima passiva de perseguição, experiência característica de SP. Enquanto agente, o ego sente o seu desejo de danificar o objecto e o aspecto persecutório da experiência muda de foco: o perigo não vem de fora e não recai sobre o ego mas, antes, vem de dentro, dos desejos e impulsos internos e recai sobre o objecto (F. Summers, 1994).

O aspecto essencial nesta diferenciação de self e objectos internos é que estes se aproximam mais dos objectos reais na medida em que se afastam da sua natureza e influência instintiva (M. Perlow, 1995). Surge a capacidade do bebé reconhecer que o objecto que odeia é o mesmo objecto que também ama e, com isso, a capacidade de se relacionar com o objecto total: ou seja, uma mãe com os seus aspectos bons e maus (por exemplo, presença e ausência) e na sua totalidade pessoal (não mais relacionamentos parciais com o seio, mãos, olhos, etc.). Reconhecer um objecto total é reconhecer a sua existência independente e separada, uma existência que inclui outras relações que não apenas com o bebé. Tal como referimos anteriormente, o objecto Real é incognoscível em si mesmo mas, mesmo assim, o objecto total é um objecto externo mais realista do que aquele que era em SP. São no entanto símbolos ou transformações simbólicas dos objectos parciais da fantasia de SP (J. Grotstein, 1992)

Com estas alterações de percepção em que o ego passa a ser agência e em que o objecto passa a ser experienciado como total, surge também a consciência da sua dependência e desamparo relativamente ao objecto materno, já que a fantasia onnipotente deixa de dominar. Surge daqui uma nova constelação de ansiedades que giram em torno da ambivalência, principalmente a ansiedade da perda do objecto amado, ou seja, o receio de que os seus próprios impulsos destrutivos tenham destruído ou venham a destruir o objecto do qual depende (externo e interno). Há lugar a um aumento da introjecção como forma de o proteger das suas exigências, o que dá então lugar a uma maior integração do ego.

Surgem igualmente sentimentos de culpa pelos ataques feitos na posição anterior, o luto e o anseio pelo bom objecto sentido como perdido. Estas experiências de ansiedade depressiva levam à mobiliza do anseio de reparar os objectos sentidos como destruídos pela sua fantasia destrutiva onnipotente e, agora, a fantasia onnipotente é a de que o seu amor é capaz de reverter todos os efeitos da sua agressividade. O conflito depressivo que se instala é então

entre a destrutividade e os impulsos libidinais de reparação. No entanto, o processo de reparação é lento e o ego pode usar uma organização defensiva que Klein designou de defesas maníacas. Estas defesas visam negar ou inverter o sentimento de dependência em relação ao objecto e estabelecem um tipo de relação caracterizado pela chamada tríade maníaca: controlo, triunfo e desprezo.

- *Controlo*: a dependência é negada porque se o objecto for sentido como sob pleno controlo do desejo e sempre disponível, então não existe dependência.
- *Triunfo*: ligado em parte ao ataque primário ao objecto e à inveja, consiste numa desvalorização do objecto porque se ele é vencido, então não possui as boas qualidades idealizadas, nomeadamente a capacidade de suportar, sobreviver e conter os ataques agressivos.
- *Desprezo*: negando que se valoriza o objecto, afasta-se o sentimento de perda de algo importante e a consequente culpa pelo sentimento de responsabilidade em relação à sua perda.

A reparação começa no desejo de recriar e recuperar o bom objecto, interno e externo, sentido como tendo sido destruído. Pelo amor e preocupação genuína pelo objecto, os ataques agressivos são controlados e os danos são reparados. Com a capacidade agora adquirida de diferenciar entre si e os outros, e uma maior capacidade de verificar a sua realidade interna e os efeitos que estes têm sobre a realidade externa, o bebé começa também a ser capaz de verificar até que ponto as suas fantasias são realistas ou não. O comportamento da mãe que, por exemplo, regressa de forma não ansiosa após uma ausência precedida por um ataque de raiva do bebé, contribui para a diminuição da onipotência das suas fantasias porque existe a sua desconfirmação. Também a nova capacidade de preocupação pelos seus objectos o ajudam no controlo dos seus impulsos.

A reparação é feita em fantasia (da mesma forma que o dano) e depende não só dos bons objectos introjectados em SP mas também da continuação de uma boa relação com o objecto materno. Essa boa relação é também dependente da força dos impulsos destrutivos da criança e da sua capacidade de tolerar frustrações. Dessa forma, e se as condições do meio interno e externo não forem adversas, a criança sente através das boas experiências que a sua agressividade não é devastadora e que não aniquilou o objecto amado, fornecendo assim uma forma de mitigar os sentimentos de culpa. Dito de outra forma, a realidade dos cuidados

contínuos e de uma maternagem suficientemente boa desconfirmam, no mínimo, a força e onnipotência da fantasia (O. Weininger, 1992).

O sentimento de luto, preocupação pelos seus objectos e anseios de reparação são a base da criatividade, simbolização e sublimação que se dirigem tanto ao objecto como ao self. Os impulsos destrutivos, devido ao sentimento de culpa e preocupação pelo objecto, são transformados (sublimados) em formas menos destrutivas. Com isto existe a possibilidade do ego se reforçar e ser mais realista, havendo uma alteração dos mecanismos de defesa de formas mais radicais de lidar com a ansiedade (mas com um preço mais alto a pagar em termos da sua integridade e funcionamento) para outras de natureza neurótica. Assim, a clivagem, negação e projecção, que eram as defesas centrais de PS, são substituídas pela repressão, inibição e o deslocamento.

Como se referiu aquando da abordagem da noção de Posição, D nunca é plenamente elaborada e essa é a base do desenvolvimento emocional contínuo característico da saúde mental. No dizer de Grotstein (1992; pág. 12) “*A concepção Kleiniana do desenvolvimento pode assim ser resumida: ‘Somos – e tornamo-nos – naquilo que fazemos com – e para – os nossos objectos’*”. O ego sai reforçado em cada ciclo de perda e reparação de várias formas, entre elas a maior assimilação do bom objecto na medida em que este é reconstruído internamente e torna-se assim cada vez mais uma propriedade do ego. Há conseqüente um enriquecimento do ego com a resolução do luto, sendo que este consiste numa aceitação de um objecto tal como ele é, fora do controlo onnipotente e, por isso, mais gratificante na realidade e gerador de menos ansiedades despertadas pelas exigências pulsionais que se colocam sobre ele.

### 3.5.vi. Psicopatologia

Klein vê na psicopatologia uma fixação em dificuldades específicas das duas posições, que impedem assim a sua natural oscilação e a conseqüente tendência natural para o crescimento, amadurecimento progressivo e contínuo da vida mental e afectiva. Estes pontos de fixação são vistos não como uma simples regressão anormal a características desenvolvimentais infantis cronologicamente normais, mas a pontos de dificuldades de natureza patológica, que terão também existido aquando do desenvolvimento infantil. Isto porque as defesas características de tais níveis de desenvolvimento, por muito primitivas ou radicais que sejam, funcionam, como o próprio nome indica, como protecções da integridade

do ego. Se determinam pontos de fixação, marcam então dificuldades particulares que se constituem em debilidades egoicas e, assim, presentes noutras fases de desenvolvimento do ciclo vital.

Klein e os seus seguidores tiram estas conclusões da análise de pacientes psicóticos, adultos e crianças, que o alargar do espectro teórico e técnico tornou possível, assim como da observação de bebés desde o nascimento, observação que é ainda mandatária na formação analítica da grande maioria dos Institutos de Psicanálise a nível mundial.

a) *Psicopatologia da Posição Esquizoparanoide*

A pedra de toque da PS é a prevalência de experiências boas sobre as experiências más, aspecto que é basilar para o desenvolvimento tendente a D. Para tal, e sendo característica do desenvolvimento normal, há uma prevalência da clivagem de objectos e do ego em pólos bom e mau, de forma a preservar as boas experiências. Essas experiências e o próprio processo de experienciação vão também sendo organizados através de séries e ciclos de projecção e introjecção.

No entanto, estes processos podem sofrer perturbações se é a má experiência a prevalecer sobre a boa, concorrendo para tal aspectos internos e/ou externos. Os factores internos correspondem a factores constitucionais como a força da pulsão agressiva e da inveja e a constelação defensiva e sua força correspondente. Os factores externos correspondem a excessivas experiências de frustração, quebras empáticas, situações dolorosas ou estímulos excessivos ao ponto de se tornarem traumáticos. Para Klein tudo gira em torno da força da agressividade e da correspondente força do mau objecto interno. Assim, e por exemplo, o aspecto patogénico específico da frustração excessiva é o aumento da agressividade e os sucessivos ciclos defensivos de projecção e introjecção que tombam a balança emocional para o lado do mau objecto.

A organização da personalidade psicótica, ou dos diferentes tipos de distúrbios de personalidade, apresentam uma dinâmica baseada em defesas típicas da PS. Estas defesas denunciam um desequilíbrio entre o bom e mau objecto e self, o que impossibilita a natural integração destes pólos e a organização do ego, para além de determinar um reforço dos processos defensivos em torno da clivagem. Este último aspecto reforça a inibição do ego que permanece fraco e não integrado. O superego, instância auxiliar do ego quando organizado

em torno do bom objecto internalizado, organiza-se em torno de um objecto persecutório e tirânico na relação com o ego.

A psicose e os distúrbios de personalidade surgem de diferenças de grau de internalização do bom objecto, praticamente inexistente nas psicoses e presente mas de natureza débil nas perturbações da personalidade. A diferença entre estes dois níveis de organização da personalidade não é no entanto apenas uma questão de grau, já que na psicose a formação e funções egoicas, superegoicas, a possibilidade de relações com objectos externos, a capacidade de simbolizar e pensar estão seriamente perturbadas ou destruídas (A. Segal, 1975). Klein considera que esta situação resulta de um fracasso da identificação projectiva nos primeiros ciclos de clivagem, deflexão, identificação e reintrojecção dos aspectos agressivos que impede a manutenção da noção de um bom objecto. O que é reintrojectado é um objecto persecutório e

se os medos persecutórios forem muito intensos, e por essa razão (entre outras) o bebé não puder elaborar a posição esquizoparanoide, a elaboração da posição depressiva ficará, por sua vez, impedida. Tal fracasso pode levar a um reforço regressivo dos medos persecutórios e fortalecer os pontos de fixação para as psicoses graves (isto é, o grupo das esquizofrenias)” (M. Klein, 1946; pág. 21).

Muitas das ideias de Klein foram melhor sistematizadas pelos seus seguidores e Bion é considerado um dos mais importantes nesta tarefa de sistematização da psicose. No seu trabalho de 1967, Bion chama a atenção para o facto de que psicose resulta de uma interacção entre o meio e a personalidade. Esta última apresentaria as seguintes características:

- O conflito nunca resolvido entre os instintos de vida e os instintos de morte
- O predomínio dos impulsos destrutivos
- O ódio à realidade interna e externa
- Relações de objecto ténues mas com características de elevada dependência.

Assim, quando a intensidade da agressividade e inveja é excepcionalmente alta, existe um ódio à realidade que desencadeia grandes ansiedades persecutórias. A identificação projectiva funciona aqui de forma diferente da identificação projectiva normal, fragmentando o ego em pequenos pedaços que são projectados no objecto. O objectivo é duplo: destruir o aparelho

perceptivo de forma a impedir a própria capacidade de experienciação; e destruir o objecto que desencadeia tais percepções e experiências. Os vínculos entre self e objectos internos e externos são também atacados com o mesmo objectivo.

Klein não vê o normal e patológico em termos unidimensionais e considera que a existência de fixações na PS não significa que o indivíduo seja psicótico, podendo mesmo haver uma personalidade organizada de forma iminentemente neurótica mas com fixações em ansiedades do tipo psicótico, sendo estas fixações também a raiz dos sintomas neuróticos. Pode então haver um desenvolvimento tendente a uma organização neurótica ou patologia de carácter, sendo que isso depende do grau de prejuízo causado ou não pelas vicissitudes do desenvolvimento (M. Klein, 1946).

Quando a identificação projectiva é mais eficaz do ponto de vista defensivo e permite alguma construção de um bom objecto interno, as ansiedades são melhor mitigadas e existe uma melhor formação de um ego e superego. No entanto, essas instâncias apresentam os problemas acima referidos se o bom objecto for frágil.

Segundo Klein, a dinâmica defensiva que estabelece quadros organizados de patologia de carácter fica-se também a dever a constelações defensíveis específicas em relação a:

- Voracidade: seja constitucional, seja instigada por frustrações, a voracidade leva ao forte desejo de devorar o objecto, de o incorporar. No entanto, tal é fantasiado como algo destrutivo do bom objecto, o que leva ao conseqüente enfraquecimento do bom objecto interno. A voracidade e as ansiedades conseqüentes estabelecem um ciclo vicioso que faz com o que o indivíduo procure desesperadamente um bom objecto ao tentar identificar-se indiscriminadamente com objectos externos.
- Tentativa de controlo da agressividade pela identificação projectiva no objecto externo: uma das características da identificação projectiva é a tentativa de controlo do objecto externo, não lhe permitindo uma existência separada e as conseqüentes ansiedades sentidas em tal situação por um ego pouco consolidado. Segundo Klein, as características do paciente borderline, que exige sempre muito do outro e que tem dificuldades em se separar dele, originam-se da tentativa de controlo da agressividade pela sua projecção nesse outro. Uma outra via possível do excesso de identificação projectiva no outro é a personalidade esquizoide, que se retira da relação com o objecto de forma a preservar as suas fronteiras. Isto porque o excesso de identificação

projectiva tem por consequência a diluição da diferenciação self/objecto e é uma ameaça para a integridade do ego frágil.

- Inveja: a dinâmica da inveja, ou as constelações defensivas que se organizam contra a constatação da inveja, estão também na origem de graves patologias de carácter. Se a inveja é excessiva, existe uma ameaça sobre o bom objecto e uma consequente interferência sobre a sua introjecção. Isto leva a um ciclo vicioso de enfraquecimento egoico e consequente aumento da inveja. Por outro lado, pode existir também um sentimento de culpa prematuro, do ponto de vista da capacidade do ego em lidar com tal sentimento. A culpa tem então de ser projectada no objecto que passa a ser um perseguidor do ego. Assim, a forma inicial da culpa é o ataque sádico sobre o ego, sentido como uma perseguição externa. A inveja é então para Klein um dos factores primários da paranóia.

A psicose resultaria da falência completa do sistema defensivo em lidar com os impulsos agressivos constitucionais, enquanto que a fixação a níveis mais avançados de PS resultaria em patologia severa de carácter, nomeadamente aquilo que se designa actualmente por personalidade borderline. Esta caracteriza-se por organizações defensivas baseadas na idealização, onipotência, negação, desvalorização do objecto e clivagem. Os distúrbios narcísicos de personalidade constituem-se por dinâmicas semelhantes, com sistemas defensivos mais dependentes da idealização e onipotência, assim como o uso de mecanismos esquizoides na regulação da ambivalência presente nas relações de objecto (F. Summers, 1994).

#### b) *Psicopatologia da Posição Depressiva*

As ansiedades depressivas não resolvidas e o sentimento de que os efeitos reparadores não surtem efeito podem bloquear o crescimento mental sob a forma de arranjos defensivos patológicos.

As ansiedades ligadas à auto-estima são vistas por Klein como resultando sempre da culpa inconsciente. As inibições da capacidade de trabalho ou estudo, por exemplo, podem surgir de uma excessiva preocupação com a perfeição da execução da tarefa, demonstrando as dificuldades sentidas na crença de reparação. O receio de cometer um erro, e com isso despertar o sentimento de dano irreparável causado ao objecto amado, leva ao adiamento de execução ou finalização de tarefas.

Quando a culpa é sentida como tão esmagadora que não existe qualquer possibilidade de reparação, a repressão da culpa e o esmagar do superego torna-se uma saída viável. A fonte sentida dos danos causados é projectada no exterior e tal origina a sociopatia. Diz M. Klein (1934):

Se não há nada no mundo além de inimigos, e é assim que o criminoso se sente, então o seu ódio e espírito destrutivo, no seu ponto de vista, estão em grande parte justificados – atitude que alivia até certo ponto o seu sentimento de culpa inconsciente (pág. 299).

Uma outra saída para o sentimento de incapacidade de reparação do bom objecto é a fixação na defesa maníaca e, assim, na negação quer da agressividade sentida em relação ao objecto, quer no seu valor. Tal manifesta-se nas fases maníacas da doença maníaco-depressiva.

Quando a sustentação no pólo maníaco não é possível, e existe uma descrença nas capacidades reparadoras, o luto no adulto resulta na reactivação de ansiedades depressivas e retaliatórias e culpa extrema pelo dano causado, resultando isso em melancolia. A depressão clínica surgiria então do sentimento de incapacidade de reparar o objecto e do redireccionamento da agressividade para o interior como forma de o proteger. O ódio passa assim a ser em relação a si mesmo e ao potencial destrutivo que o indivíduo sente carregar dentro de si.

Desta forma, a depressão seria o duplo resultado da culpa sentida, assim como do ódio a si mesmo por ter destruído em fantasia o objecto. Em termos de realidade interpessoal, a gratificação do outro identifica-o como um bom objecto e, como tal, surge o receio de o destruir. Quando tal gratificação falha, como está sempre condenada a falhar, a fantasia de destruição é confirmada e instala-se o episódio depressivo. Um outro aspecto da depressão clínica que Klein identifica é a extrema dependência e necessidade de proximidade em relação ao objecto. Tal serviria o propósito de uma espécie de constante vigilância e verificação dos aspectos destrutivos próprios e os seus efeitos sobre o objecto (F. Summers, 1994).

No caso das defesas maníacas falharem, o ego pode recorrer de novo à clivagem e regressar então a um funcionamento do tipo esquizoparanoide. Klein observou que embora possa haver um predomínio de ansiedade do tipo depressiva ou esquizoparanoide em determinado síndrome, uma será sempre acompanhada pela outra. Embora esta questão tenha sido muito mais desenvolvida por autores posteriores a Klein, a questão da psicose é vista como o ódio à realidade psíquica, ou seja, tem de haver alguma noção da existência separada do objecto, da sua necessidade e dos impulsos destrutivos e invejosos que lhe são dirigidos. Essa realidade psíquica é então algo que pertence à posição depressiva.

### **3.6. Ronald Fairbairn**

Fairbairn foi um autor relativamente ignorado e com pouca influência na sua época, embora tenha vindo a receber crescente atenção e divulgação, nomeadamente pela concordância das suas ideias com o resultado de estudos desenvolvimentais e de vinculação. Segundo Greenberg e Mitchell (1983), a teoria de Fairbairn, juntamente com a Psiquiatria Interpessoal de Sullivan, é a expressão mais clara da passagem de um modelo pulsão/estrutura para o modelo relacional/estrutura. É também Fairbairn que inicia uma perspectiva existencial (ontológica) no pensamento psicanalítico (J. Grotstein, 1994a).

Fairbairn teve uma substancial educação em Filosofia e estudos teológicos, antes de se formar em Medicina. Contemporâneo de Melanie Klein, terá sido fortemente influenciado pelas suas ideias mas acaba por romper com muitos dos seus princípios básicos. Usando terminologias da escola clássica e Kleiniana mas com um significado próprio, as suas ideias foram recebidas com confusão e ele sentiu a necessidade de escrever três sinopses das suas ideias de forma a tentar esclarecer as suas diferenças em relação a Klein e Freud.

Fairbairn morava e trabalhava em Edimburgo, relativamente isolado do resto da Sociedade Britânica de Psicanálise sediada em Londres e desconhecia os trabalhos que vinham a ser desenvolvidos nos Estados Unidos, mais próximos de algumas das suas noções. Para além disso, Fairbairn não tinha treino formal em psicanálise, não tendo feito qualquer análise didáctica ou supervisões. Os seus escritos são dispersos e pouco sistemáticos, sendo que a primeira apresentação sistemática das suas ideias foi feita por Harry Guntrip. Esta sistematização é no entanto pouco fiel às suas ideias originais, sendo feita de forma distorcida e sob a forma camuflada de validação e confirmação das ideias próprias de Guntrip (Greenberg e Mitchell, 1983; J. Sutherland, 1989; O. Kernberg, 1980).

#### 3.6.i. Teoria da Motivação

Fairbairn discorda com a teoria clássica da motivação como uma pulsão que gera tensão e procura descarga (princípio do prazer). Neste aspecto, e como vimos já atrás, o objecto Freudiano é um elemento periférico, útil apenas porque permite a oportunidade e um alvo de

descarga. Para Fairbairn, a libido não procura prazer mas sim um objecto e os impulsos são inseparáveis da estrutura mental.

A questão do objecto ser algo inerente ao impulso foi introduzida por Klein, mas ela manteve-se fiel à noção clássica de que o objecto é um meio de descarga e de que é a descarga o aspecto motivacional essencial. Fairbairn considera que o aspecto central do impulso é a procura de um objecto, algo com raízes na capacidade de adaptação e sobrevivência biológica. As zonas erógenas não são zonas de acumulação de tensão procurando descarga e, com isso, originando prazer. Embora permitam vários tipos de sensualidade, as zonas erógenas são vias de contacto com o objecto. Assim, a boca dos primeiros meses de vida é uma zona corporal orientada para um tipo de contacto com a mãe.

Fairbairn considera também que a noção de energia isolável ou concebida como distinta da estrutura psíquica é uma marca da atmosférica científica da época de Freud “...amplamente dominada pela concepção helmholtziana de que o universo consistia numa conglomeração de partículas inertes, imutáveis e indivisíveis, às quais era dado movimento por meio de uma quantidade fixa de energia separada destas partículas” (R. Fairbairn, 1946; pág. 193). Dessa forma, Freud concebia um id sem estrutura mas como fonte de energia e o ego como uma entidade estrutural que pode canalizar energia mas sem energia própria. A libido dirige-se a um objecto quando aparece um objecto que oferece uma oportunidade de descarga e redução de tensão. Direcção e descarga podem ser mediadas pelo ego (pelo deslocamento, recalçamento, sublimação, etc.), mas é a pulsão que se dirige ao objecto e não a instância mediadora que é o ego (S. Mitchell, 1981)

Isto para Fairbairn seria uma distinção artificial entre actividade e energia, pouco de acordo com a ciência do séc. XX em que massa e energia são uma e a mesma coisa. Para ele, energia e actividade humana são também uma e a mesma coisa. Resulta daqui que não existe diferença entre ego e id, nem um reservatório de energia *in vacuo* que espera uma descarga num segundo momento via um agente facilitante de descarga. Pelo contrário, as estruturas do ego têm e são, desde o nascimento, energia dirigida ao objecto. Impulsos, estruturas e relações de objecto não são divisíveis e a única utilidade do termo impulso seria a de descrever as actividades ou impulsos dinâmicos dessas estruturas. Isto não é uma mera questão filosófica para Fairbairn, mas uma tentativa de reformular conceitos básicos de forma

a se enquadrassem melhor com os dados clínicos observados e que pudessem aumentar o seu potencial explicativo (R. Fairbairn, 1941)

A motivação, na criança ou no adulto, derivam então da procura e manutenção do contacto com outros. Os comportamentos mais elaborados verificados no adulto resultam da mesma origem motivacional da criança, ou seja, a busca e manutenção do contacto com os outros. Os comportamentos baseados apenas na busca do prazer, de forma hedonística, são vistas por Fairbairn como situações de psicopatologia, no sentido em que revelam uma deterioração da capacidade de relacionamento com os outros, ou do funcionamento libidinal natural. “*A libido é essencialmente procura de objecto*” (R. Fairbairn, 1941; pág. 43).

A agressividade, aspecto fundamental na concepção teórica de Melanie Klein, não é vista como um aspecto motivacional primário (pulsão) mas antes como uma reacção à frustração do alvo primário motivacional, ou seja, como aspecto secundário da falha no estabelecimento de contacto com objectos. Fairbairn não descarta no entanto a sua importância, considerando-a um aspecto clínico altamente significativo.

Assim, e citando a sua última sinopse (R. Fairbairn, 1963a; pág.34):

1. Existe um ego presente a partir do nascimento
2. A libido é uma função do ego
3. Não existe instinto de morte; e a agressão é uma reacção à frustração ou privação<sup>41</sup>
4. Uma vez que a libido é função do ego e que a agressão é uma reacção à frustração ou privação, não existe tal coisa como um id.
5. O ego, e por isso a libido, é fundamentalmente procura de objecto

### 3.6.ii. Objecto na obra de Fairbairn

Existem dois tipos de objectos na obra de Fairbairn, sendo que ele não os distingue explicitamente: um objecto externo (a que corresponderia melhor o termo pessoa) e um objecto interno a que correspondem internalizações estruturais, como veremos mais à frente.

---

<sup>41</sup> “Deprivation” no original.

A noção de objecto interno tinha já sido avançada por Melanie Klein, mas Fairbairn repensa-a de uma forma completamente diferente (M. Perlow, 1995). Klein considerava que os objectos internos surgiam internamente por acção dos instintos e que se constituíam endogenamente num mundo de fantasias inconscientes. Fairbairn rejeita a noção do instinto de morte e sugere que no início o que existe é um objecto primário externo (a mãe ou outras pessoas). O objecto primário antecede qualquer tipo de frustração, privação ou a inevitável quebra do vínculo mãe-bebé devido à natureza da condição civilizacional humana (compromissos profissionais, sociais, domésticos, etc.). A dependência infantil em relação à mãe, e a inevitabilidade dos distúrbios na relação, fazem com que esta e outras relações humanas tenham sempre aspectos insatisfatórios ou maus (Grotstein e Rinsley, 1994).

Os aspectos insatisfatórios da relação com a mãe têm uma dupla natureza: não são apenas os aspectos frustrantes, mas também os aspectos excitatórios ou tantalizadores da boa relação na ausência. Estas realidades relacionais insatisfatórias levam a uma internalização defensiva dos aspectos negativos do objecto, já que é demasiadamente doloroso depender de um objecto que é tão pouco fiável pelas suas próprias ausências e falhas no contacto.

Esta acção defensiva é diferente em natureza dos mecanismos de defesa de Freud e Klein. É uma defesa não do ego contra a força pulsional, mas antes uma defesa da relação interpessoal. Ao internalizar aspectos maus da relação, o indivíduo tenta conseguir duas coisas: a tentativa de controlo do objecto ao tornando-o bom; e tentar manter uma boa relação externa ao tomar para si o que nela existe de mau.

Como vimos antes, Fairbairn considera que ego e objecto são conceitos inseparáveis. Dessa forma, o que é internalizado terá uma contraparte egoica, aspecto que será melhor explorado no ponto seguinte. O resultado é no entanto uma diferenciação estrutural em estruturas endopsíquicas que Fairbairn considera patológicas (defensivas), se bem que inevitáveis e universais. Para além do objecto real ou pessoa externa, existem no modelo de Fairbairn três objectos internos (R. Rubens, 1994):

- Objecto rejeitante: aspectos do parceiro relacional que são sentidos como privatórios e sonegantes.
- Objecto excitatório: aspectos sedutores e tantalizadores do objecto.

- Objecto ideal: aspectos gratificantes da mãe [este objecto não resulta numa internalização estruturante porque apenas os maus objectos obrigam à internalização defensiva.

Os maus objectos internalizados são não-naturais, no sentido em que não se originam da tendência libidinal de estabelecer relações. São de natureza defensiva e compensatória de relações de objecto reais. Quanto maiores forem as interferências e privações impostas pelo objecto natural, maior será a necessidade e força do objecto internalizado (S. Mitchell, 1981).

### 3.6.iii. Natureza do Self e Estruturalização Endopsíquica

Richard Rubens (1994) nota que Fairbairn usa predominantemente o termo ego, embora com um significado completamente diferente do de Freud. O ego original de Fairbairn é uma entidade unitária primária, pré-condicional à experiência, e que se expressa intrinsecamente pela e na relação com os outros. “*A personalidade intocada*<sup>42</sup> *da criança consiste num ego dinâmico unitário*” (R. Fairbairn, 1954a; pág. 15). Rubens é então da opinião de que aquilo a que Fairbairn se refere não é a um ego (com a conotação clássica que ele tinha rejeitado) mas a um self. Greenberg e Mitchell (1983) defendem a mesma posição, notando que o ego de Fairbairn corresponde mais ao sentido funcional de self. Por razões de correspondência com os termos usados por Fairbairn nos seus textos originais, usaremos aqui o seu “ego”, com a ressalva feita de que tal ego se refere mais a uma noção de self.

O ego é desde o início completo e não requer desenvolvimento estrutural do ponto de vista da sua definição e expressão. Não quer isto dizer que não necessite de maturação em termos das suas capacidades mas a sua existência, desde o início da existência humana, permite a experienciação e a sua organização, desenvolvendo-se também com ela (R. Rubens, 1994). Este ego é assim, ao contrário do ego da teoria clássica, pré-condição e não consequência da experiência.

Porém, a experiência interpessoal está condenada a falhas do objecto primário e à correspondente falha do processo de desenvolvimento e crescimento do ego como um todo,

---

<sup>42</sup> “Pristine” no original.

no seu processo de definição e auto-expressão. As falhas relacionais levam a uma experiencição tripartida da mãe: uma mãe que impõem privações, uma mãe tantalizadora e uma mãe gratificante. Decorre daqui uma internalização de três modalidades relacionais com os correspondentes objectos rejeitante, excitatório e ideal.

Como não existe um objecto sem relação, também uma porção do ego primário é clivada e mantém-se na relação complementar com o seu objecto, identificando-se com ele devido ao elevado grau de investimento que os liga. Originam-se assim três tipos de egos (R. Fairbairn, 1951):

- Ego anti-libidinal: porção do ego que se liga e identifica com o objecto rejeitante e que, por essa identificação, se torna hostil e desdenhante de qualquer tipo de contacto ou possibilidade de gratificação. Fairbairn chamou-lhe também “sabotador interno” devido à sua tendência de atacar o ego libidinal
- Ego libidinal: porção do ego que se liga e identifica com o objecto excitatório, perseguindo assim sempre a promessa da relação.
- Ego central: porção restante do ego, que permite e se mantém em relação com as pessoas à sua volta. Identifica-se com o objecto ideal, ou seja, os aspectos gratificantes da mãe.

As estruturas endopsíquicas correspondem ao ego anti-libidinal e libidinal, subsistemas egoicos que representam uma cristalização de configurações específicas de relacionamento com aspectos experienciados como maus. Ao serem clivados do ego central, levam consigo aspectos da auto-expressão egoica que ficam indisponíveis na relação com pessoas reais. O ego, nos seus aspectos clivados, mantém uma relação interna com os maus objectos, protegendo as relações reais. O ego central, que se mantém em relação com objectos reais e com o objecto ideal secundariamente interiorizado, não é considerado como uma estrutura endopsíquica pois não possui esta natureza defensiva.

Os egos libidinal e anti-libidinal diferem do ego primário em dois aspectos (R. Rubens, 1994):

- O ego primário e, em menor grau o ego central, podem-se manifestar e expressar livremente na relação com o mundo e, assim, o seu potencial de crescimento é maior. Pelo contrário, os egos subsidiários estão formatados pela cristalização relacional que os confina a um relacionar-se dentro de certos parâmetros com aspectos restritos

correspondentes do mundo. Desta forma, o seu potencial de crescimento e mudança é mínimo.

- A segunda diferença, e que reforça a dificuldade de crescimento e mudança destas estruturas endopsíquicas, é o facto de que elas resultam de um acto defensivo de clivagem e repressão que é sempre mantido ao longo da vida.

As estruturas endopsíquicas são reprimidas e a experiência que podem gerar não é acessível à memória ou passível de ser integrada na porção central do ego. Do ponto de vista estrutural, a clivagem e a repressão são perspectivas diferentes da mesma operação que gira em torno da incapacidade do ego em lidar com experiências que lhe são intoleráveis. Fairbairn designa este processo de clivagem e repressão como esquizoide e patológico já que limita o campo do funcionamento consciente do ego central. Embora ambos os egos subsidiários pressionem a recriação da experiência que os originou e que ficou cristalizada na sua estruturalização, e embora essa experiência seja insatisfatória, os egos subsidiários são também essenciais para a sobrevivência do ego central (R. Rubens, 1994)

O nível de clivagem destas estruturas varia de acordo com a natureza das relações que lhe dão origem e, assim, dependem de aspectos constitucionais e desenvolvimentais da criança e da figura parental com a qual estabelece um relacionamento. Quanto mais extensa e profunda a clivagem, maiores e mais fortes serão os egos subsidiários e menor o ego central, com a conseqüente diminuição do seu campo de possibilidades de experienciação e expressão. Por contraposição, maior será também o grau de experienciação e expressão do indivíduo de acordo com aquilo que está cristalizado nos egos subsidiários e que não corresponde às possibilidades e realidades da relação potencial com um objecto actual. Os efeitos patológicos serão então tanto mais severos quanto maior for o nível de clivagem.

O bom objecto, ou as boas experiências, são também internalizadas e tal é necessário para o desenvolvimento egoico. Este bom objecto corresponde ao objecto ideal, ou seja, ao objecto real purgado dos seus aspectos insatisfatórios, de forma a ser possível a continuação de um relacionamento com objectos externos. O branqueamento do objecto é então feito pela internalização e identificação das más características do objecto na forma das estruturas endopsíquicas como forma de evitar a catástrofe psíquica: a ausência de qualquer objecto com que possa haver relação (J. Grotstein, 1994b)

A internalização do objecto ideal no ego central não leva a uma estruturalização no sentido defensivo proposto por Fairbairn. São experiências passíveis de serem retidas e evocadas pela memória e capazes de serem integradas e organizadas no e pelo ego. O ego central tenta-se identificar a este objecto ideal num processo desenvolvimental secundário a que Fairbairn chama de defesa moral. Aqui o ego central tenta perseguir os valores do objecto ideal na lógica de que, se o conseguir, garante o contacto e relação de que necessita (Greenberg e Mitchell, 1983)

#### 3.6.iv. Desenvolvimento do Self

Fairbairn considera que o desenvolvimento emocional se faz por níveis de dependência ao objecto, já que é sempre em relação que todas as actividades humanas significativas têm lugar e é apenas em relação que o self se pode expressar<sup>43</sup>. O desenvolvimento emocional é pensado como uma sequência maturacional de modos relacionais e de dependência aos outros (F. Summers, 1994).

A sequência desenvolvimental é feita ao longo de três fases onde o processo de separação e modo de dependência amadurecem:

##### a) Identificação primária.

Corresponde a um modo relacional de dependência infantil característico dos primeiros meses de vida. Embora haja uma relação, o bebé não concebe o objecto como separado e diferente de si, com escolhas e opções. Não existe diferenciação self-objecto estando a criança completamente fundida com o objecto materno por uma identificação primária com ela. Tal situação decorre do seu desamparo e dependência total da mãe para sobreviver. Fairbairn considera assim que, aquilo que é descrito pela teoria clássica como narcisismo primário (não-investimento objectal), é na realidade uma relação objectal intensa.

---

<sup>43</sup> Aqui optamos por substituir o termo “ego” por “self” já que se trata de uma discussão sobre formas de vivenciar e experienciar a relação e não a dissecação teórica da estratificação psíquica.

b) Dependência madura.

Esta é na verdade a última etapa teórica de desenvolvimento e, por isso, cronologicamente posterior à etapa a que nos referiremos no ponto seguinte. No entanto, a dependência madura é apenas uma referência da tendência de desenvolvimento já que na prática é inatingível na sua totalidade (Greenberg e Mitchell, 1983). Uma vez que é uma direcção para a fase que se segue à identificação primária, necessitamos de nos referir primeiro à dependência madura.

Implica uma constatação plena da separação total entre indivíduos, mesmo em situações de intimidade e interdependência. A intencionalidade, vontade, sentimentos e propósito do outro são reconhecidos em toda a sua totalidade e o relacionamento muda de uma dependência do self que retira do outro o que necessita (identificação primária), para uma relação interdependente em que há plena mutualidade.

c) Quasi-independência.

É uma etapa de transição entre a dependência primária e a dependência madura. Fairbairn utiliza o termo “quasi-independência” como forma de realçar que nunca existe uma verdadeira independência ou não-necessidade relacional (R. Rubens, 1994). A tarefa desenvolvimental entre os dois pólos modais de dependência pauta-se pelo abandono da identificação primária em favor da diferenciação do objecto (R. Fairbairn, 1941), permitindo relações mais satisfatórias baseadas na interdependência e proximidade com outros amados.

Tal é desenvolvimentalmente impossível de conseguir totalmente uma vez que implica a renúncia da relação dependente, o reconhecimento dos outros como pessoas separadas e com o seu próprio self, assim como a renúncia aos vínculos com os objectos internalizados que serviram de compensação para as falhas sentidas como existentes nas relações com as pessoas à sua volta. O abandono destes redutos defensivos reverteria o estado do self clivado ao seu estado íntegro inicial, com todo o seu potencial de expressão.

Como se referiu, isto é conseguido apenas em grau uma vez que existe sempre o potente receio de que a separação traga isolamento, ausência de relações e, com isso, a aniquilação do self que não pode existir sem objectos. Um maior ou menor grau de desenvolvimento

tendente à dependência madura resulta não só da extensão e força das clivagens antes formadas, mas também da medida em que o indivíduo se sente amado enquanto pessoa de pleno direito e acredita que o seu amor pelos outros é bem-vindo e valorizado (Greenberg e Mitchell, 1983).

### 3.6.v. Psicopatologia:

Fairbairn apresenta duas formulações de psicopatologia que nunca foram explicitamente ligadas ou acomodadas entre si (Greenberg e Mitchell, 1983).

Quando Fairbairn começou a construir a sua teoria de psicopatologia, esta era mais assente na teoria clássica de desenvolvimento, algo revista, mas essencialmente assente no esquema de Abraham que faz coincidir o primeiro ano de vida como a fase oral, dividida em dois sub-estádios (D. Marcelli, 1999):

- Estádio oral primitivo: vai do nascimento aos seis meses e é um período pré-ambivalente uma vez que não há diferenciação entre o próprio corpo e o exterior. A sucção é a actividade de descarga libidinal prevalente.
- Estádio oral tardio ou fase sádico-oral: existe alguma diferenciação do objecto introduzida pela frustração. Surge a ambivalência em relação ao objecto, com o desejo de sugar mas também de morder e destruir.

A primeira conceptualização de psicopatologia de Fairbairn girar também em torno da noção de posições de Klein . Fairbairn concebe uma psicopatologia dicotómica que se alicerça em uma de duas constelações de psicopatologia primária: o estado esquizoide ou depressivo. Todas as outras formas de psicopatologia seriam tentativas de lidar com os conflitos instaurados numa das posições ao longo da fase de quase-independência (Greenberg e Mitchell, 1983).

A dinâmica esquizoide instala-se na primeira fase oral, quando o bebé precisa de sentir que o seu amor é aceite. Quando o objecto não responde, há um sentimento de que o amor foi rejeitado e surge um aumento da sua necessidade de possuir o objecto. Se a privação imposta pelo objecto for suficientemente intensa, instala-se o desespero da urgência de o possuir e tal desespero assume a forma de devorar o objecto. A necessidade de o possuir passa por isso a ser sentida como potencialmente destrutiva do objecto. Toda a tentativa de se aproximar dele

faz surgir a ansiedade de o destruir e a única forma de o proteger é retirar-se do seu contacto. Uma vez que o self sente que é o seu amor que afasta o objecto por ser potencialmente destrutivo, e o investimento no contacto com ele é retirado, há uma perda do contacto com a realidade e com a própria existência do self. Desta forma, a dinâmica esquizoide é para Fairbairn a mais severa forma de psicopatologia (F. Summers, 1994).

Quando a falha relacional acontece na segunda fase sádico-oral instala-se uma dinâmica depressiva. A segunda fase oral assim como as seguintes fases anais e fálica) é ambivalente e introduz uma dicotomia do objecto: um objecto amado e aceite; e um objecto rejeitado e odiado (. A falha relacional vai então ser atribuída não a um amor sentido como devorador e destrutivo, mas ao ódio sentido paralelamente ao amor pelo objecto. O que vai ser reprimido é o objecto ambivalente e não o contacto com o objecto como no caso do esquizoide. Na dinâmica depressiva é então possível algum tipo de satisfação relacional, mas as relações serão sempre frágeis pela inevitável interferência da agressividade (Fairbairn, 1941).

Isto são então constelações psicopatológicas primárias e não técnicas defensivas para lidar com fixações anteriores. Tais arranjos defensivos constituem-se nas restantes formas de psicopatologia. Fairbairn refere-se explicitamente a quatro quadros secundários: (F. Summers, 1994)

- Estados fóbicos: resultam de defesas em relação ao conflito entre expulsar o mau objecto ou retê-lo. Expulsar o objecto origina ansiedades de separação, reter o objecto significa manter a identificação primária com o conseqüente perigo de ser engolido pelo objecto. Assim, agorafobia, acrofobia ou fobia do escuro seriam defesas contra a diferenciação self/objecto. A claustrofobia e fobias relacionais seriam defesas contra a ansiedade de ser engolido pelo objecto. O estado fóbico caracteriza-se por uma exteriorização do objecto interno em objectos reais.
- Estados obsessivos: A ansiedade resulta da expulsão do objecto e o conflito situa-se entre esvaziar-se ou reter conteúdos. As duas situações cancelam-se e o paciente não consegue optar por uma delas. Os processos de pensamento são sentidos como tendo imenso poder e conseqüências reais. Ao contrário dos estados fóbicos, o objecto é mantido internamente e há um vacilar entre o expulsar ou reter.
- Estados paranóides: Se o objecto aceitante é internalizado e o objecto rejeitante externalizado, o paciente sente que a bondade e bons conteúdos estão sob ameaça de um perseguidor externo.

- Estados histéricos: Situação simétrica do estado paranoide. O objecto aceitante é externalizado e o objecto rejeitante é mantido internalizado. Decorre daqui uma sobrevalorização do objecto externo, ao qual é exigida compensação constante para o objecto interno rejeitado. O mau é interno, o bom externo.

Assim, nesta fase, Fairbairn vê uma natureza esquizoide ou depressiva decorrente, respectivamente, do medo do próprio amor ou do medo da própria agressão. Todas as formas de psicopatologia resultam de defesas contra ansiedades e conflitos orais centrados nessas duas grandes constelações dinâmicas. Sendo uma teoria que assenta numa noção de defesa contra impulsos orais, mantém-se assim ligada à tradição do modelo pulsão/estrutura.

Fairbairn revê pouco depois a sua teoria de psicopatologia, abandonando a noção de que ela é uma defesa contra ansiedades orais, e propondo que ela se origina sempre do mau objecto relacional, ou seja, dos aspectos maus de uma relação que é vital para a existência de um self. Esta segunda teoria é muito mais assente em questões relacionais e experiências, constituindo-se num modelo relacional /estrutura (Greenberg e Mitchell, 1983).

A internalização do mau objecto foi já antes abordada no ponto sobre estruturação endopsíquica. Resumidamente, a situação apresenta-se da seguinte forma:

- Devido à dependência do bebé em relação aos seus pais, ou mais inicialmente, à figura materna, não existe a possibilidade do abandono desse objecto e procura de um melhor aquando de situações de frustração que são civilizacionalmente inevitáveis.
- Assim, a única solução consiste na saída esquizoide, ou seja, na clivagem e internalização de porções do objecto sentidas como contendo os aspectos maus ou frustrantes do objecto relacional.
- Devido ao investimento libidinal do ego no objecto, partes do ego são também clivadas no processo de identificação com esses objectos.
- Tal processo corresponde a uma estruturação endopsíquica que empobrece o ego central - o self relacional que se mantém em contacto e em relação com objectos externos.
- A base da psicopatologia é sempre a mesma, seja na neurose, seja na psicose: dependência e amor frustrado pelo objecto que conduz à clivagem e repressão do mau objecto.

- A severidade da psicopatologia depende do grau de clivagem. Será tanto mais severa quanto maior for a porção do self clivada e reprimida em estruturas endopsíquicas.

A dinâmica depressiva perde a sua natureza primária nesta segunda teoria. A culpa que sustenta a condição depressiva decorre da internalização do objecto ideal e da acção da defesa moral, mas tal situação decorre da clivagem esquizoide inicial. Assim, a depressão passa a ser também vista como uma forma de psicopatologia secundária.

Vários autores (J. Sutherland 1989; R. Rubens, 1994; Greenberg e Mitchell, 1983) concordam que uma das questões importantes deste desenvolvimento teórico é a possibilidade de compreender e explicar melhor a compulsão à repetição, um dos aspectos mais característicos e omnipresentes da psicopatologia. Freud tinha-a assinalado mas sentiu no entanto dificuldade em explicar a perpetuação da dor e sofrimento com base no seu princípio do prazer, o que o levou a propor o pouco consensual e muito debatido Instinto de Morte como explicação desta situação. A compulsão à repetição caracteriza-se pela perpetuação do sofrimento e más experiências específicas de cada quadro psicopatológico: o neurótico que escolhe sempre o mesmo tipo de parceiros relacionais distantes ou sádicos; o depressivo que parece sempre sofrer da privação materno inicial; o esquizofrénico que revive os terrores infantis ao longo da sua vida adulta (Greenberg e Mitchell, 1983).

Na conceptualização de Fairbairn, as estruturas endopsíquicas são compensações para falhas da relação real. Quanto mais vazia for a relação real, maior o vínculo entre o ego libidinal e o objecto excitatório e maior será, também, o medo de abandonar tal relação interna. Este estado de coisas mantêm-se ao longo da vida e é reencenando em cada nova relação como forma de manter os laços com os outros significativos do passado. Perpetua-se assim não só a aliança a essas relações passadas como o sofrimento do modo relacional inicialmente provocado pelo outro, mas agora da responsabilidade do self. Resulta daqui o padrão específico da psicopatologia.

Para Fairbairn a condição esquizoide, mais ou menos intensa e com mais ou menos sequelas, é o destino de todo o ser humano. Nessa medida, não existe ninguém que não seja, pelo menos, um pouco patológico. É a internalização de porções de objectos e suas relações dinâmicas com clivagens do ego que limitam a arena interpessoal. Esta diferença entre objectos internalizados e objectos reais mereceu-lhe a interpretação errada por parte de outros

autores de que ele seria um interpersonalista quando na verdade o seu interesse estava na psicologia das relações de objecto (J. Grotstein e D. Rinsley, 1994). Ele é alias bastante claro neste ponto (1943):

Na minha opinião, há muito tempo que a investigação psicopatológica, que no passado incidiu, primeiro no impulso, e mais tarde no Eu, deveria agora incidir no objecto para o qual o impulso se dirige. Para apresentar o assunto com mais acuidade, senão com mais clareza, está agora na altura de uma psicologia de relações de objecto. O terreno já foi preparado para tal desenvolvimento do trabalho de Melanie Klein; e, na verdade, é apenas à luz da sua concepção de objectos interiorizados que se pode esperar que um estudo das relações de objecto dê quaisquer resultados significativos para a psicopatologia. Sob o ponto de vista que agora adoptei, pode afirmar-se que a psicologia se pode resumir a um estudo das relações do indivíduo com os seus objectos, ao passo que, em termos semelhantes, se pode dizer que a psicopatologia se resume mais especificamente a um estudo das relações do Eu com os seus objectos internalizados (pág. 84).

### 3.7. Otto Kernberg

Kernberg é um autor que tenta conjugar num todo articulado posições de vários outros autores e ramos da ciência, pelo que o seu trabalho acaba por ganhar uma identidade própria. Apesar de repetidamente expressar a sua gratidão a Edith Jacobson, que considera sua mestra, e se denominar aquilo que nos Estados Unidos se chama de freudiano, Kernberg usa a linguagem de vários autores num esquema que acaba por ter significados substancialmente diferentes dos originais de Freud.

Em termos de localização do seu modelo nas várias escolas psicodinâmicas, Greenberg e Mitchell (1983) consideram a posição teórica de Kernberg como uma acomodação da teoria pulsional de Freud, com a escola da Psicologia do Ego de Hartmann, a tradição Kleiniana e os modelos relacionais/estruturais da escola britânica e de Fairbairn. Isto parte directamente da própria compreensão ou localização teórica que Kernberg faz daquilo que ele designa por “Relações de Objecto”. Segundo ele, a Teoria da Relação de Objectos pode ser vista de três formas:

1. Uma teoria geral das estruturas mentais que preservam as experiências interpessoais e as vicissitudes da expressão instintual na interacção com o ambiente psicossocial. Seria assim a própria teoria psicanalítica, incluindo todos os seus campos, embora talvez, em termos de linguagem, seja algo entre o discurso metapsicológico e clínico.
2. Uma teoria mais restrita dentro da metapsicologia que tem por principal preocupação o processo de construção progressiva de representações bipolares de self e objecto, na interacção inicial do bebé com um cuidador e, posteriormente, ao longo do desenvolvimento pela sua extensão aos múltiplos tipos de relações internas e externas que se estabelecem. Podendo a terminologia variar de autor para autor, o elemento central é aqui o de unidades self-objecto sob a acção ou valência de um determinado estado afectivo. Tais unidades constituem-se ao longo do desenvolvimento e maturação em estruturas psíquicas do tipo do modelo tripartido (ego, id e superego).
3. Uma teoria com significado ainda mais restrito e próprio da “Escola Britânica de relações de objecto” (Melanie Klein e seguidores, Fairbairn, Winnicott, Guntrip, etc.).

Kernberg prefere ver-se e situar-se na segunda definição pela possibilidade de combinar ou incluir contributos de autores, orientações e escolas de pensamento diferentes. Acima de

tudo, isso permitir-lhe também estabelecer ligações entre estruturas intrapsíquicas e o que é vivencial e interaccional na relação com o meio externo.

Em termos de utilidade do modelo que Kernberg segue e desenvolve, destaca três grandes pontos:

1. A Teoria de Relação de Objectos contribuiu para uma melhor compreensão:
  - De tipos graves de psicopatologia como psicoses e quadros borderline.
  - Da formação do ego e superego, e da suas relações mútuas
  - Dos processos de internalização
  - De processos de pequenos grupos
  - Do vínculo entre a psicopatologia individual e comportamento patológico de grupos.
2. Reequacionamento da teoria instintual, sendo que as relações de objecto internalizadas representam o ponto de encontro entre instinto e sistema social na construção e desenvolvimento da personalidade.
3. Um enfoque especial nas seguintes questões:
  - A profundidade e estabilidade das relações internas com os outros
  - A tolerância da ambivalência em relação a objectos amados.
  - A capacidade de tolerar a culpa e separação, assim como a capacidade de elaborar crises depressivas
  - O quanto o auto-conceito está integrado.
  - O quanto o comportamento corresponde a esse auto-conceito.

Em termos de um modelo de psicopatologia geral de relações de objecto, talvez os textos de 1976 e 2004<sup>44</sup> sejam os mais sistemáticos e compreensivos. O texto de 1984 é igualmente importante, especialmente por ser dos únicos onde Kernberg explicita a forma como o seu modelo pode ser aplicado, sob a forma operacionalizada de entrevista, na tentativa de estabelecer diagnósticos diferenciais. É também onde surge uma maior explanação da sua compreensão de instinto e pulsão, algo que para além de crucial à compreensão do seu modelo, é também bastante diferente da restante literatura psicanalítica. O que se segue é largamente baseado nestes três textos.

---

<sup>44</sup> As datas referem-se aos livros publicados pelo autor sendo que, na sua maioria, tais livros correspondem a colectâneas de artigos organizados em capítulos.

### 3.7.i. Modelo de desenvolvimento

Em termos de uma teoria de desenvolvimento, Kernberg avança com um ponto de vista obtido a partir da clínica de adultos com graves perturbações e, embora tente preservar na sua base o modelo pulsional de Freud, dá-lhe um papel e função radicalmente diferente da original. Assim, Kernberg começa por distinguir *trieb* e *instinkt*, dois termos que sempre se confundiram na *Standard Edition* das obras completas de Freud, versão traduzida do original para inglês por James Strachey e que se constituiu como o “original” a partir do qual todas as traduções para outras línguas foram sendo feitas.

Segundo Kernberg (1984), Freud sempre preferiu o termo *trieb*, que deveria ter sido traduzido por Strachey como *drive* (pulsão), mas que ele quase que exclusivamente traduziu por instinto. Kernberg defende o conceito de pulsão por considerar que ele se refere a sistemas motivacionais psíquicos relativamente contínuos<sup>45</sup> entre o físico e o mental, ao passo que os instintos se referem a disposições comportamentais inatas, descontínuas<sup>46</sup> e rígidas. Este é o ponto até o qual Kernberg segue Freud, apresentando depois uma formulação diferente de pulsão (S. Akhtar, 1999).

Partindo também dos achados da neuropsicologia e estudos de observação de desenvolvimento, propõe os afectos como o primeiro sistema motivacional. Estando no centro das experiências concretas de gratificação ou frustração do bebé, os afectos ligam, a nível da memória afectiva<sup>47</sup>, uma série de representações de self/objecto indiferenciadas, de forma que aos poucos elas se organizam num mundo interno complexo de relações objectais “boas” (prazerosas) e “más” (desprazerosas).

Esta situação é explicada em termos fisiológicos a partir daquilo que se sabe do funcionamento básico do eixo hipotalamico-hipofisário e estruturas hipotalamicas, com as suas activações de comportamentos e respostas biologicamente codificadas. Elas permitem

---

<sup>45</sup> Estimulação cíclica porque se refere a algo que é já da esfera de um mundo psíquico e fantasmático

<sup>46</sup> Descontínuas no tempo, reacções de momento a situações externas circunstanciais e relacionadas com questões básicas de conservação e preservação. São assim algo de mais do biológico do que do psicológico.

<sup>47</sup> Esta questão tem também a ver com o processo sequencial de internalização e diferenciação self-objecto, descritas em 1976 como sequências evolutivas na forma sequencial de introjecções, identificações e identidade do ego. Este assunto é melhor abordado mais á frente.

então o agrupamento de experiências em termos de experiências boas e más e, para além disso, a activação de comportamentos de vinculação como o chorar que desencadeiam uma contraparte comportamental de gratificação na figura cuidadora. Esta evocação ou desencadear de uma resposta determinada do meio vai, por sua vez, modificar a qualidade do estímulo.

São então experiências que passam a existir “para além do fisiológico” e que são armazenadas numa espécie de memória afectiva. Esta memória afectiva é no entanto indiferenciada, no sentido em que congrega uma percepção primitiva de estados corporais, do comportamento biologicamente determinado que é activado e da resposta ambiental a tal comportamento.

Os afectos resultam então de um sistema biológico inato, com contrapartes comportamentais, comunicativas e manifestações psicofisiológicas relacionadas com a sobrevivência e a ligação à figura materna. É daqui que resulta também o início da vida intrapsíquica, tal como Mahler observou (M. Mahler, F. Pine e A. Bergman, 1975).

O Amor e Ódio resultam da organização posterior de uma série de estados afectivos e sua respectiva valência afectiva, num todo maior que a soma das suas partes, estabelecendo-se como estruturas intrapsíquicas estáveis. Estas estruturas consolidam-se, por sua vez, em Líbido e Agressividade<sup>48</sup> ao longo do desenvolvimento genético das várias fases de desenvolvimento.

Desta forma, os afectos incluem sempre os seguintes componentes:

- Componente cognitiva que reflecte sempre a relação entre self e objecto e que desta forma permite o diagnóstico de qual a relação objectal activada durante a situação de psicoterapia ou consulta.
- Experiência subjectiva de prazer ou desprazer
- Fenómenos de descarga neurovegetativa
- Activação psicomotora

---

<sup>48</sup> A agressividade é algo de bastante original na obra de Kernberg, ao rejeitar o instinto de morte mas ao atribuir-lhe uma natureza essencialmente instintiva. “Desconheço qualquer evidência por parte da psicanálise ou qualquer outra ciência relacionada que permita chamar à libido e agressão instintos de ‘vida’ e ‘morte’.” (O. Kernberg, 1976, pág. 109). Para o autor, a agressividade é uma pulsão que resulta da integração de afectos negativos e aversivos, no contexto da internalização inicial de relações de objecto (S. Akhtar, 1999).

- Padrões de comunicação não verbal que inicialmente permitem a única forma de comunicação com a figura cuidadora.

O instinto, enquanto organização de comportamento em torno de sistemas motivacionais (ataque-fuga, fome, sexo, etc.), não é mais visto como uma cadeia de mudanças comportamentais e fisiológicas desencadeada por estímulos externos, mas antes como um padrão que se vai organizando pela integração da experiência. Ou seja, o instinto não é algo que apenas reage passivamente aos estímulos externos, mas que vai sendo moldando pela integração das experiências.

Desta forma, os instintos são também planos gerais de acção que resultam depois em padrões de comportamento, aprendidos na integração de padrões inatos de contacto e interacção com a natureza e que servem de blocos de construção para o mental. No caso do ser humano, estes padrões inatos ou blocos de construção correspondem a:

- Percepção e comportamentos inatos que determinam a vinculação inicial.
- Disposições afectivas inatas representadas pela activação de centros de recompensa e punição do eixo hipotalâmico e de outros centros relacionados.
- O sistema de activação reticular não-específico (estado de alerta corporal e comportamental)
- O padrão de descarga neurovegetativa
- A estruturação mnésica da percepção extero e interoceptiva. No que toca às teorias de desenvolvimento psicosexual, as zonas erógenas correspondem aqui a funções exteroceptivas especiais ligadas à activação de padrões comportamentais inatos.

O sistema motivacional primário é constituído por disposições afectivas e integra as percepções de:

- Estados centrais de prazer e desprazer
- Fenómenos de descarga fisiológica
- Padrões inatos de percepção e comportamento
- Respostas do ambiente na medida em que elas afectam, modificam ou são assinaladas pela percepção geral ou específica exteroceptiva ou interoceptiva.

Assim, o que Kernberg propõe é que os afectos surgem da activação de disposições afectivas inatas, activadas aquando de uma experiência, numa reacção de prazer/desprazer.

Estas disposições afectivas são activadas juntamente com padrões comportamentais que desencadeiam respostas ou reacções comportamentais do ambiente (respostas de *maternage*). Juntamente com padrões comportamentais, os afectos são também acompanhados de um aumento da activação geral corporal que leva ao aumento da percepção dos estímulos externos e internos que ocorrem aquando da interacção com o ambiente. Isto é armazenado numa memória afectiva de unidades compostas de representações do self, do objecto e do estado afectivo que acompanha tal interacção.

Os afectos diferenciam-se no contexto da diferenciação das relações de objecto e as unidades iniciais integram funções afectivas e cognitivas que pouco se diferenciam entre si, algo que só acontece muito mais tarde no desenvolvimento. A natureza prazerosa ou dolorosa dos afectos organiza as relações de objecto internalizadas em boas e más, constituindo-se assim como sistema motivacional organizador da experiência intrapsíquica. A agressividade e libido são sistemas motivacionais posteriores que se originam da organização das relações de objecto num sistema interno que integra e é composto pelos seus blocos de construção instintivos.

Desta forma, os afectos são componentes instintivas do comportamento humano. São por isso inatos, constitucionalmente e geneticamente determinados. Começam por ser desencadeados por estados fisiológicos e vão-se depois organizando em pulsões enquanto processo e parte integrante das relações de objecto.

Estas pulsões podem ser agrupadas em dois grandes grupos gerais:

a) Libido:

- Corresponde a relações de objecto positivas com o colorido afectivo de prazer, gratificação e recompensa.
- A excitação sexual é o afecto central da libido, cristalizando-se depois no sentimento de felicidade.
- A patologia desta pulsão resulta nas perturbações da personalidade mais ligeiras (histeria, obsessão-compulsão e depressivo-masoquista)

b) Agressividade

- Corresponde a relações de objecto negativas organizadas à volta da dor e rejeição.

- A raiva é o afecto central da pulsão agressiva e está na base da zanga e irritação normais, assim como da inveja e ódio, dois afectos predominantes das perturbações graves da personalidade.
- A patologia desta pulsão está na base das perturbações de personalidade graves (organizações borderline da personalidade)

Os afectos são então a matéria-prima das pulsões e o sinal/gatilho da activação de relações de objecto internalizadas sob uma determinada constelação afectiva. O que este ponto de vista de Kernberg vem então contemplar é o aspecto constitucional e ambiental/relacional da motivação humana. As pulsões são algo entre o físico e o psíquico, o que explica a intensificação da pulsão agressiva aquando de dor física crónica, agressões repetidas e/ou traumáticas e o convívio com objectos maternos agressivos em idades precoces.

Sendo que a agressividade está na base das perturbações da personalidade, a neutralização desta pulsão pode apenas ocorrer aquando da sua integração com as relações de objecto libidinalmente investidas, ou seja, a integração de relações de objecto idealizadas e persecutórias num objecto mais total e ambivalente. Apenas isto permite chegar a um conceito integrado de self, de outros significativos e a sentimentos que se relacionam de forma mais próxima com o objecto real da relação.

### 3.7.ii. Sistemas de Identificação

Kernberg deriva grande parte do seu modelo teórico de desenvolvimento do aparelho psíquico do modelo de Edith Jacobson, embora com as correcções ou extensões que julgou necessárias. Propõe então três níveis do processo de internalização de relações objectais a que chama, de forma geral, sistemas de identificação. São eles:

- Introjecções
- Identificações
- Identidade do ego

Cada um destes sistemas é compreendido por três componentes básicos:

- Imagens ou representações dos objectos
- Imagens ou representações do self
- Derivativos de pulsões ou disposições para estados afectivos específicos.

A organização destes sistemas de identificação faz-se no ego, primeiro a um nível rudimentar através de processos de clivagem, depois implicando o acesso a outras condições e funções através do processo de repressão. O nível de organização e integração do superego depende da extensão e possibilidade de substituição da clivagem pela repressão.

Esta teoria deriva daquilo que o autor reconstruiu a partir de formulações teóricas de outros clínicos e do que observou na psicoterapia intensa de pacientes com graves perturbações. O que o levou a estas formulações foram as observações repetidas da oscilação de estados egoicos, em que ele, como terapeuta, ora era visto como um objecto importantíssimo para o paciente, ora como alguém detestável. A tentativa de relembrar o estado afectivo contrário chocava com a impossibilidade do paciente o fazer.

O que Kernberg teorizou foi que tais estados afectivos (estados egoicos) se originavam da ligação de um estado afectivo determinado a uma representação objectal, aquando de tal estado afectivo. Estas constelações referem-se também a unidades não “metabolizadas” ou integradas num conjunto mais realista, sendo possível de observar em todo o tipo de pacientes. A diferença, em termos do seu aparecimento na relação terapêutica, e por isso da sua visibilidade, fica-se a dever ao nível de organização e maturidade de cada paciente. Se num paciente neurótico tais unidades se revelam apenas ao fim de bastante trabalho terapêutico, pacientes com organizações e patologias mais primitivas demonstram-nas logo nas sessões iniciais.

No entanto, e o elemento a reter, é que em qualquer paciente, tais constelações de representações de objecto, representações do self e estados afectivos se revelam na transferência, o que permite a sua conceptualização em termos de internalizações de relações objectais.

1. Introjecções:

- a) Correspondem à forma mais básica de organização de processos de internalização e referem-se a uma organização ou agrupamento de traços mnésicos da relação com o ambiente.
- b) Implicam pelo menos três componentes:
- c) A imagem do objecto
- d) A imagem do self em interacção com o objecto
- e) O colorido afectivo presente em ambas as imagens, sob a influência do representante da pulsão presente aquando da interacção
- f) Embora este mecanismo dependa essencialmente da memória e percepção, transcende-as pela organização dessas memórias e pela ligação de estados afectivos a percepções externas.
- g) Nas introjecções mais iniciais, self e objecto não parecem ser noções separadas.
- h) O colorido afectivo de tais internalizações atribui-lhes como que uma valência, fazendo com que introjecções de valência semelhante se comecem a organizar e a fundir entre si. Assim, aquelas introjecções que possuem uma valência positiva de gratificação libidinal organizam-se num “bom objecto interno”. As que possuem uma valência negativa derivada da pulsão agressiva organizam-se num “mau objecto interno”.
- i) Para além da valência afectiva, as internalizações fundem-se também de acordo com os componentes “imagem do self” e “imagem do objecto”. Imagens do self fundem-se entre si, imagens do objecto com outras imagens do objecto.
- j) Tal processo permite assim que haja uma crescente diferenciação entre self e objecto, o que possibilita uma delimitação crescente das fronteiras do ego
- k) Tal diferenciação permite, por sua vez, uma crescente integração e organização do aparelho perceptivo e mnésico, pelo que a informação sobre self e objecto, numa dada interacção, passa também a ser maior e qualitativamente mais rica.

2. Identificações:

- a) Correspondendo a um nível superior de internalização que existe aquando da capacidade de reconhecer papéis nas relações interpessoais. Desta forma, depende e existe aquando de uma maior capacidade perceptiva e cognitiva. Existe também em função de um ego mais maduro, especialmente no que toca à capacidade de depender menos de mecanismos de clivagem.

- b) Em termos de agrupamentos de traços mnésicos, as identificações referem-se a :
- Imagem de um objecto adoptando um papel na interacção com o self
  - Uma imagem do self mais diferenciada e separada do objecto do que aquela que anteriormente existia aquando da introjecção e, provavelmente, implicando um papel complementar ao do objecto.
  - Um colorido afectivo da interacção, com menor intensidade mas maior diferenciação qualitativa do que aquando da introjecção.

### 3. Identidade do Ego

- a) Refere-se ao nível mais alto de organização dos processos de internalização e à organização geral das introjecções e identificações numa estrutura unificada, sob a égide das funções sintéticas do ego. Esta organização implica:
- Uma consolidação das estruturas egoicas, que se liga à sensação de continuidade do self.
  - Uma concepção consistente do “mundo dos objectos” e das próprias interacções interpessoais (consistência comportamental geral)
  - O reconhecimento pelo próprio sujeito desta sua consistência e a percepção de que o seu ambiente também lhe reconhece tal consistência (“confirmação”).
- b) Enquanto introjecções e identificações são estruturas do aparelho psíquico em geral, a identidade do ego refere-se a uma estrutura específica do ego, mais especificamente à porção que se apercebe e é capaz de controlar derivados pulsionais, conseguindo assim ter ao seu dispor disposições afectivas modificadas.
- c) À medida que o desenvolvimento acontece, grande parte das relações de objecto internalizadas (e que vão sendo internalizadas no dia a dia) vão também sendo “despersonificadas” e integradas nas estruturas egoicas mais elevadas, como o ideal do ego, funções autónomas do ego e constelações caracteriais.
- d) Uma outra parte das representações do objecto organiza-se na porção “personificada” da identidade do ego, embora sofrendo modificações. À medida que tal identidade se consolida, internalizações mais primitivas sofrem sublimações ou apenas aspectos parciais vão ser integrados nesta porção egoica, de acordo com a identidade então formada (talvez possamos pensar na atracção do semelhante entre si, tal como o aspecto da valência afectiva aquando do início da

estruturação de estados afectivos na relação com as internalizações de objectos e self em formação).

- e) Este processo vai-se desenvolvendo por uma aproximação à “realidade” dos objectos externos, de acordo com o princípio da realidade, maturidade do ego e tendência para a “confirmação” de que as representações se assemelham aos modelos de que derivam ou representam. No entanto, nunca são cópias exactas do mundo exterior.
- f) Introjecções não metabolizadas desta forma derivam de fixações e da acção excessiva da clivagem, com prejuízo para a construção e estruturação de representações de self e objecto, e sendo então determinantes para desenvolvimentos patológicos. Não existem, no entanto, introjecções de objectos livres. Encontram-se sempre cristalizados sob uma qualquer forma numa estrutura clivada, de natureza primitiva porque não integrada na totalidade estrutural da personalidade.

De certa forma, a identificação pode ser vista ao mesmo tempo como o mecanismo central de internalização, assim como o resultado de tal internalização. As introjecções podem ser pensadas em termos de uma forma primitiva de identificação e a identidade do ego como uma integração ulterior num todo estrutural dinâmico e unificado. Quatro aspectos devem ser levados em conta relativamente às identificações:

1. A identificação pressupõe uma relação de objecto real em que o sujeito se vivencia a si mesmo interagindo com outros. A forma como a relação é percebida pode ser mais ou menos distorcida ou fantasiada, estando sujeita ao impacto do estado afectivo que vincula self a objecto.
2. A internalização da relação interpessoal vivenciada leva à construção e desenvolvimento dentro do ego, e por vezes simultaneamente do superego, de uma representação do self e objecto ligados por uma disposição afectiva. A forma que estas representações assumem depende também do efeito cumulativo das representações já estabelecidas e do seu correspondente nível de integração.
3. As identificações implicam uma modificação da representação do self, não tanto pela natureza real da relação de objecto da qual deriva a identificação, ou pela percepção do self e objecto, mas antes pelo grau com que essa representação do self correspondem ao auto-conceito geral do indivíduo. É mais fácil haver uma maior urgência e pressão para a mudança quando o self é ameaçado em termos da

manutenção de um self ideal pela falência da clivagem que permite manter afastadas relações de objecto investidas de agressividade (más relações de objecto).

4. A identificação implica também a modificação de estruturas e funções egoicas, particularmente dos padrões caracteriais. Dependem por isso do estágio de desenvolvimento das relações de objecto internalizadas e da extensão de cristalização do id, ego e superego.

### **Identificações patológicas:**

Os processos de internalização patológicos, e que conduzem a patologia, podem acontecer em cada uma ou em várias fases da identificação:

1. A relação real da qual parte a vivência: a projecção no objecto de precursores primitivos do superego ou de derivativos pulsionais reprimidos pode distorcer a sua percepção. Este é um aspecto especialmente importante em pacientes com grave patologia do superego, originária de alterações no estágio 3 e 4 do desenvolvimento de relações de objecto internalizadas.
2. Construção de uma representação do self e objecto ligadas por um afecto: as identificações são regressivamente substituídas por introjecções primitivas do tipo “totalmente boas” ou “totalmente más”, havendo uma refusão das representações de self e objecto. Consoante o nível de integração do superego aquando deste tipo de internalização patológica, está estabelecida a pré-condição para o advento da depressão psicótica ou esquizofrenia.
3. Construção de uma representação do self e objecto ligadas por um afecto: A alteração na identificação a um objecto que contrasta com o auto-conceito estabelecido é típica das patologias borderline. Aspectos do self que não permitem a identificação a esse objecto são clivadas e projectadas de forma a não colocar em causa a identificação que tem por objectivo manter ou estabelecer uma relação idealizada ou persecutória. Assim, em vez de haver uma modelagem do self, passa a haver uma imitação do objecto nas suas características não clivadas.
4. Modificação estrutural/caracterial: Dependente das fases anteriores. Se houve uma integração do superego e a formação do carácter reflecte compromissos entre ego e superego, podem perdurar as formações reactivas. Se, pelo contrário, o superego não se desenvolveu e não atingiu a integração, pode existir uma superidentificação com

vários modelos, manifestando-se em traços caracteriais contraditórios com o *acting out* de tendências opostas.

### 3.7.iii. Desenvolvimento e estabelecimento da estrutura psíquica

De acordo com a posição de Kernberg assume em relação à sua forma de ver as Relações de Objecto, as internalizações de unidades self/objecto/afecto organizam-se na estrutura psíquica tripartida de ego, id e superego.

#### a) *Estádios precoces de desenvolvimento do ego*

As introjecções começam por se agrupar em bons e maus objectos pelas suas valências determinadas pela percepção do derivativo pulsional libidinal ou agressivo que se lhes associam. Ou seja, o estado afectivo associado a determinado objecto configura-o, pela percepção sobre ele, como “bom” ou “mau”. Estes começam por existir separados pela incapacidade de integração de valências diferentes por um ego rudimentar e incipiente mas, à medida que este amadurece, tal separação passa a acontecer com fins defensivos suscitados agora pela ambivalência e respectiva ansiedade que advém da aproximação de objectos bons e maus. É esta a origem da clivagem.

As introjecções, especialmente as de valência positiva, são então precipitados em torno dos quais o núcleo do ego se organiza. Elas têm um importante papel na orientação do desenvolvimento da organização da percepção e memória e, indirectamente, das funções autónomas do ego. São estas:

- O nível geral de actividade psicomotora
- Controle sobre o adiamento
- Orientação e planeamento de actividades
- Flexibilidade na mudança do foco de atenção
- Discriminação e diferenciação de estímulos
- Integração de experiência e acções (aptidões)

O ego, enquanto estrutura diferenciada, não estará presente desde o início da vida, embora certas funções que se lhe associam o estejam, como por exemplo a percepção e a capacidade de estabelecer traços mnésicos. Estas são funções do que Hartmann (1964) chamou de aparato autónomo primário. Embora só se possa falar de um ego aquando do uso da

introjecção como processo defensivo, e esta dependa da capacidade de perceber derivados pulsionais, pode-se conceber uma fase precoce de precusores do ego.

Começa então por haver uma incapacidade integrativa que resulta no agrupamento de introjecções positivas e negativas de acordo com as suas valências. As acções defensivas surgem depois de forma a prevenir que ansiedades elevadas, associadas aos maus objectos, se generalizem pelo ego e prejudiquem a integração de introjecções primitivas num núcleo egoico primitivo. O primeiro estado do ego é provavelmente constituído por bons objectos internos (representações fundidas do self e objecto) e bons objectos externos (objectos parciais dos aspectos prazerosos da realidade), sendo que todos os maus objectos são ejectados e considerados não-eu.

Com a maturação da percepção, controlo motor e organização da memória, os objectos externos podem ser mais discriminados dos objectos internos. Isto permite uma situação tripartida:

- Ego organizado em torno de introjecções positivas (bons objectos internos)
- Uma parte da realidade externa é reconhecida como tal na sua relação com o ego, sendo que esta é a porção da realidade libidinalmente investida. As representações do self e do objecto vão-se diferenciando nesta interacção.
- Uma entidade de “maus objectos externos”, combinando tanto os aspectos reais frustrantes e ameaçadores desses objectos, como as projecções de introjecções negativas arcaicas.

A divisão do ego em introjecções positivas e negativas e, por isso, da própria realidade em negativa e positiva, deve-se essencialmente a acção defensiva da clivagem. Com esta clivagem desenvolve-se uma fronteira entre um externo parcial (objectos parciais externos) e representações mentais, para além do começo do teste da realidade.

A acção defensiva da introjecção é então aqui dupla: por um lado permite um reforço da intensidade de interacções positivas e o desenvolvimento de anseios de dependência; por outro, permite uma compensação defensiva em relação à ansiedade e ao desamparo desencadeados pelos maus objectos externos que surgem fruto de projecção.

Estas noções encontram-se resumidas na tabela 8:

Tabela 9: Desenvolvimento do ego no seu estágio precoce

O desenvolvimento e maturação do aparato egoico primário permitem a certa altura a existência de internalizações com a qualidade de introjecções. Estas, por sua vez, permitem uma organização fundamental do que será o ego enquanto estrutura integrada
Um ego propriamente dito começa a existir quando, na sua capacidade de síntese, as introjecções começam a ser organizadas de forma activa pela sua clivagem em boas e más.
A clivagem é assim um desenvolvimento do que pode ser pensado como uma incapacidade fisiológica inicial do aparelho psíquico em integrar introjecções de valência oposta.
A clivagem está também na origem de dificuldades e patologias posteriores, uma vez que não separa apenas estados afectivos do ego mas também imagens do self e do objecto. Isto pode dificultar portanto não só a integração afectiva como também a integração do self e o desenvolvimento de um mundo representacional.

b) *Estádios posteriores de desenvolvimento estrutural: desenvolvimento do ego e formação do id e superego*

Com a maturação e desenvolvimento do ego, no que toca às suas fronteiras e desenvolvimento de introjecções de nível superior (identificações), a realidade de aspectos negativos nas interacções começa a não poder ser totalmente clivada. A capacidade de síntese do ego começa então a juntar as introjecções e identificações negativas às positivas.

Com a ligação de imagens positivas e negativas do self e objecto desenvolve-se a culpa e preocupação pelo objecto, já que passa a haver a capacidade de reconhecer as tendências agressivas em relação ao bom objecto, agora sentido também como parcialmente perdido, já que a aproximação à realidade psíquica ambivalente faz com que haja a perda do objecto idealizado. Isto corresponde à posição depressiva de Melanie Klein e Winnicott.

O bom objecto passa então por um lado a ser visto como perdido, por outro, a ser visto como estando em perigo. A culpa e luto consequente da primeira vertente, e a preocupação pelo objecto na segunda vertente, são disposições afectivas que influenciam fortemente o desenvolvimento do ego. Estas disposições afectivas são algo de novo, mais variado e possível graças à aproximação e fusão de libido e agressividade.

Daqui resulta também o surgimento de um self ideal advindo do desejo de reparação e reatamento de uma relação idealizada entre self e objecto. Esse objecto constitui-se assim também num objecto ideal, completamente gratificante, que tudo perdoa e que nunca se estraga.

A culpa, um estado afectivo do ego que se torna então possível pela fusão de introjecções e identificações e pela tensão entre self real e ideal, passa a ser uma das principais fontes de ansiedade, mas também um dos principais motivos de acções defensivas do ego. É igualmente um estado afectivo ao qual o superego se liga nas suas demandas e pressões sobre o ego, tomando para si a significação dessa culpa.

O desenvolvimento não se faz linearmente em todas as áreas, podendo haver movimentos regressivos de clivagem (“desfusão”). Kernberg (1976) sugere que um sistema de objectos, self, objecto ideal e self ideal é apenas conseguido mais tardiamente. Com a crescente acção de síntese do self, seguindo o princípio da realidade, as fronteiras egoicas são reforçadas e redefinidas, assim como há um crescente controlo da percepção e motilidade. Introjecções negativas fortemente ansiogénicas e intoleráveis são dissociadas do núcleo do ego, perdendo o acesso directo e livre à percepção e motilidade, podendo também passar a serem reprimidas directamente. A passagem da predominância da clivagem para a repressão como mecanismo defensivo central é um marco importante do desenvolvimento psicoafectivo, com várias consequências que serão abordadas mais à frente.

Com o fortalecimento do ego, objectos temidos e perigosos, principalmente imagens parentais proibidas, podem agora ser internalizadas (quando antes a solução era apenas a ejeção). Estes objectos proibidos fundem-se com os objectos ideias determinados pela culpa, sendo que uma parte é integrada no ego e outra reprimida. Esta fusão de objectos ideias e objectos proibidos são os precursores do superego. Existe também uma fusão entre objectos ideias e self ideal, dando origem ao ideal do ego. Uma porção é integrada no ego e outra é igualmente reprimida, fazendo também parte dos precursores do superego.

Por esta altura há uma alteração importante no funcionamento do aparelho psíquico que se torna capaz de reprimir parcialmente os derivados pulsionais. Estes tornam-se parte dos sistemas de identificação rejeitados e, assim juntos, dão origem à forma definitiva do inconsciente dinâmico ou id. Visto desta forma, ele tem então uma organização interna e

estruturas específicas de imagem do self/imagem do objecto/componentes pulsionais não aceitáveis.

Os sentimentos de culpa mais intensos que não tenham sido reprimidos podem também agora ser projectados no exterior, sendo reintrojectados depois directamente no superego. Os afectos de culpa são assim sentidos como acusações e ameaças atribuídas às figuras parentais, reforçando dessa forma os aspectos proibitivos e os interditos das imagens parentais do superego.

Segue-se a fusão do núcleo do superego e seu desenvolvimento e organização. Kernberg (1984) utiliza integralmente o modelo de Edith Jacobson (1964). Assim, o superego é formado em três etapas, cada uma correspondendo à formação de cada uma das três camadas que o compõem. Após a sua formação, sofre depois ainda duas reformulações ligadas ao desenvolvimento psicosexual: uma na idade da latência, outra na adolescência. Cada estágio foi descrito anteriormente no capítulo dedicada a Edith Jacobson.

Um superego bem integrado permite, por um lado, uma maior autonomia e independência no sentido em que um sistema internalizado de valores torna o indivíduo menos dependente da confirmação ou controlo externo do comportamento. Por outro lado, e ao permitir um reconhecimento e aceitação mais realista das características dos outros e das necessidades próprias, facilita o comprometimento e envolvimento em relações profundas marcadas por uma dependência madura, tal como Fairbairn a descreveu.

#### 3.7.iv. Processo de desenvolvimento normal e patológico e suas implicações clínicas

Kernberg (1976) apresenta um modelo de desenvolvimento psíquico ordenado em 5 estádios, onde integra de forma sequencial a formação das unidades básicas de relações de objecto internalizadas (imagem do self, imagem do objecto e afecto), os quatro estádios de diferenciação e integração dessas relações de objecto, as falhas nestes processos de desenvolvimento e conseqüente psicopatologia e a implicação da seqüência desenvolvimental na estrutura geral do aparelho psíquico.

*1º Estádio – “Autismo” normal ou estágio indiferenciado primário:*

Situando-se durante o primeiro mês de vida, esta fase precede o estabelecimento de boas relações indiferenciadas de self-objecto, havendo um acumular dessas boas representações na interação gratificante com uma figura maternal.

Uma falha, fixação ou paragem de desenvolvimento neste nível implica a incapacidade de estabelecer uma imagem indiferenciada de self-objecto, necessária para a fase de desenvolvimento marcada por um tipo de relação simbiótica com a mãe, tal como Margaret Mahler propôs. Tal falha, neste estágio, implica então uma situação típica de psicose autista.

*2º Estádio – “Simbiose” normal ou estágio de representações self-objecto indiferenciadas e primárias:*

Nesta fase acontece uma consolidação das representações de boas relações self-objecto, relações essas que se constituirão como o organizador básico das funções integrativas do ego arcaico e o núcleo do self e ego.

Kernberg propõe uma extensão temporal deste estágio entre os 2 ou 3 meses e os 6 ou 8 meses, incluindo toda a fase simbiótica de Mahler e a sua subfase de diferenciação da fase de separação-individuação. Inclui esta última pela relativa indiferenciação que existe ainda nessa subfase em termos de representação de self e objecto, para além da tendência verificada para a refusão das representações sob o efeito de trauma ou frustrações severas. Este último aspecto contrasta com a acção defensiva contrária que existe aquando de alguma diferenciação do ego, em fases ainda arcaicas do desenvolvimento, mas que assentam já essencialmente na clivagem.

Clinicamente, a regressão ou fixação neste estágio conduzem a psicose simbiótica infantil, a grande parte dos tipos de esquizofrenia adulta e à depressão psicótica.

As representações self-objecto são internalizadas de acordo com valências afectivas em termos de boas (prazerosas) ou más (aversivas), e incluindo numa só unidade a experiência corporal percebida, o comportamento biologicamente determinado e o tipo de resposta da figura cuidadora ou do ambiente. Tais unidades constituem-se nas primeiras estruturas intrapsíquicas.

Vários elementos concorrem para que haja uma diferenciação destas unidades, nomeadamente com a maturação da percepção, memória e outras funções cognitivas. Elas surgem no entanto num contexto de relação mãe-bebé, cuja interacção gratificante estimula não só os elementos puramente cognitivos mas também uma vertente de exploração e aprendizagem.

Com isto começa a haver uma diferenciação entre representação do self e representação do objecto no núcleo da boa relação self-objecto. As más experiências self-objecto são expelidas para a periferia da experiência psíquica.

Há assim a tendência para uma diferenciação progressiva de self e objecto, assim como da qualidade de estados afectivos: de um “bom” geral a uma diferenciação de fontes e aspectos de relações interpessoais; de um “mau” geral a medo, ansiedade e raiva. Esta diferenciação de estados afectivos e disposições afectivas actualizam a diferenciação pulsional, correspondendo a derivados libidinais na boa representação e agressividade na má representação.

### *3º Estádio – Diferenciação entre representações do self e representações do objecto:*

Este estágio começa com a finalização e consolidação da diferenciação das representações do self e do objecto no núcleo das boas representações self-objecto, incluindo a diferenciação das más representações do self e do objecto, antes mantidas afastadas do núcleo do ego. Estende-se até à integração de representações boas e más do self num autoconceito<sup>49</sup> e, igualmente, à integração das boas e más representações dos objectos em objectos “totais”, atingindo-se assim a constância do objecto.

Este estágio corresponde à etapa de separação-individuação de Mahler, excluindo a subfase de reaproximação. Fixações patológicas e regressões a este estágio de internalização de relações de objecto determinam as organizações borderline da personalidade<sup>50</sup>. Embora a

---

<sup>49</sup> “Self-concept” no original, termo que é bem mais explícito do seu significado na língua original do que na nossa escolha de tradução.

<sup>50</sup> Note-se que Organização borderline da personalidade é algo de muito diferente de desordem borderline da personalidade, esta última um síndrome psiquiátrico fenomenologicamente determinado. A organização borderline é um conceito psicoestrutural, referindo-se a uma

clivagem que existe neste estágio se vá atenuando e sendo substituída pela repressão, em situações patológicas ela acentua-se. O que daqui resulta é então a incapacidade de integrar bons e maus aspectos do self e do objecto numa totalidade que se aproxime mais de um reconhecimento da verdadeira natureza e profundidade quer de si próprio, quer dos outros. A isto corresponde o síndrome de difusão de identidade.

O início da separação das representações self-objecto acontece com o reconhecimento da mãe e, conseqüentemente, a delimitação do que é self e não-self. Origina-se com isto a construção de uma série de relações de objecto diferentes entre si, mas predominantemente prazerosas ou libidinalmente investidas. Tal permite um reajuste ou reformulação do auto-conceito (self-concept) e representação do objecto, que se vão gradualmente diferenciando. Ainda paralelamente, esta ocorrência é um forte reforço para o desenvolvimento cognitivo e perceptivo.

Inicialmente frágeis, as fronteiras do ego serão defendidas por uma tendência regressiva a fundir representação do self e de objecto de forma a evitar situações excessivamente frustrantes ou ansiogénicas. Quando tais situações não conseguem ser defensivamente evitadas, resultam daí más representações self-objecto, investidas de derivados pulsionais agressivos que interferem com o desenvolvimento na medida em que proporcionam a refusão de representações do self e objecto entretanto em diferenciação.

Nesta área de más representação self-objecto, elas vão também começar a ser diferenciadas em frustrantes, provocadoras de ansiedade ou hostis, sendo a agressividade que lhes é dirigida sentida como justificada face a um mau objecto externo.

Esta diferenciação crescente entre áreas boas e más, ou investidas libidinal e agressivamente, permitem o desenvolvimento e consolidação das fronteiras egoicas. Por um período de tempo, boa e má representação do self e boa e má representação do objecto coexistem separadamente, sem serem integradas num auto-conceito ou conceito dos outros mais completo. Esta separação é reforçada activamente pelo ego através da clivagem, protegendo assim as boas representações objectais (e, enquanto unidade, o self na sua relação e estado afectivo associado).

*4º Estádio – Integração das representações do self e das do objecto - desenvolvimento de estruturas intrapsíquicas derivadas de relações de objecto de nível superior:*

Este estágio caracteriza-se pela integração das representações do self investidas libidinalmente e com agressividade num sistema definitivo do self. Acontece, ao mesmo tempo, a integração das representações objectais investidas pelos derivativos pulsionais contrários em representações “totais” de objectos. As estruturas psíquicas ego, id e superego consolidam-se neste estágio.

A psicopatologia típica desta fase manifesta-se nas neuroses e níveis superiores de organização de patologia de carácter, como os caracteres histérico, obsessivo-compulsivo e depressivo-masoquístico. A patogenia deve-se de forma geral a um conflito entre o ego e um super-ego relativamente bem integrado mas excessivamente punitivo e severo.

Com a integração de representações do self de valências afectivas opostas surgem:

- Sentimentos de culpa e preocupação pelo objecto
- Aumento do potencial afectivo
- Modulação afectiva
- Com uma representação mais realista de self e objecto desenvolvem-se também representações de um self ideal e de um objecto ideal sentidos como perdidos. O self ideal representa um estado ideal e desejado do self, em que ele é aceite e mesmo (re)fundido com o objecto ideal (não danificado, infinitamente gratificante e capaz de tudo perdoar).
- Com estes desenvolvimentos e novas possibilidades existe também o potencial de desenvolvimento cognitivo, afectivo e estrutural que, assim, se inter-relacionam intimamente.

Nesta fase a clivagem é substituída pela repressão, mecanismo de defesa do ego que impede a entrada de derivativos pulsionais primitivos e intensos no ego. Desta forma, o id enquanto estrutura psíquica, passa a existir apenas nesta fase havendo antes disso uma matriz comum de onde se diferencia ego e este id.

O processo primário de pensamento, ou seja, processos cognitivos rudimentares associados com estados afectivos primitivos, era expresso pela ligação de representações do self e/ou objecto sob determinada valência afectiva, independentemente da realidade. Estas passam a ser funções do id apenas após se instalar a repressão que introduz a diferenciação entre ego e id.

O conteúdo do id é então composto pelas relações de objecto mais ansiogénicas, culpabilizantes e perigosas para a integridade do ego. Ao serem reprimidas perdem também a possibilidade de serem integradas e fazerem parte da personalidade. Isto contribui para a sua característica de se manterem como processos cognitivos primitivos (condensação, deslocamento, etc.), assim como para a natureza intensa dos seus representantes pulsionais agressivos e libidinais.

Nesta fase começa também a integração do superego como estrutura intrapsíquica independente. Os seus precursores estabelecem-se com a internalização de objectos altamente irrealistas e hostis, advindos da reintrojecção de representações self-objecto anteriormente projectadas. Isto será, provavelmente, uma forma de tentar preservar as boas representações do objecto e do self em interacção com ele, voltando as imagens agressivamente investidas contra si mesmo.

A segunda estrutura do superego deriva das representações egoicas de self e objecto ideal, que originam o ideal do ego. Acontece neste quarto estágio uma integração das representações sádicas e agressivas com este ideal do ego, repetindo-se então o que já antes tinha acontecido no ego em termos de fusão de relações de objecto agressivas e libidinais. Com esta integração acontece uma diminuição ou mitigação da natureza fantástica e intensa tanto da idealização do ego como do carácter sádico das representações mais primitivas. Com isto passa a ser igualmente possível uma diminuição da projecção dos elementos destes dois núcleos superegoicos. Esta diminuição da projecção permite, por seu lado, um novo nível de internalizações, mais realistas, correspondentes às proibições e exigências parentais durante o período edipiano de desenvolvimento.

Falhas de integração do superego podem acontecer a dois níveis:

- A falha de integração dos precursores pré-edipianos interfere com a internalização de imagens parentais mais realistas, perpetuando as características primitivas e sádicas

do superego. Isto, por sua vez, propicia a reprojecção excessiva do núcleo superegoico, o que potencia igualmente a instalação de defesas paranóides de carácter, assim como dificultar a integração e desenvolvimento de um sistema de valores de nível superior.

- Pode ocorrer uma integração patológica do núcleo superegoico sádico e idealizado, em que a representação do objecto ideal se torna sadicamente exigente em termos de perfeição. Passa aqui a haver uma repressão excessiva de necessidades instintuais, o que abre a porta à formação de sintomas neuróticos.

No estágio 4 ocorre também o estabelecimento da identidade do ego, consistindo na consolidação de um auto-conceito e de um mundo de representações de objectais totais.

#### *5º Estádio - Consolidação do Superego e Integração do Ego*

Este estágio inicia-se com a consolidação do superego, permitindo uma menor oposição ou contraste entre superego e ego. Um superego integrado permite também uma ainda maior integração e consolidação da identidade do ego através de uma redefinição das experiências com os objectos externos à luz das representações objectais internas e, também, por uma redefinição das representações externas à luz das interacções reais com outros. O auto-conceito vê-se também reformulado à luz das interacções contínuas com representações internas de objectos e relações com objectos reais.

Um self bem integrado, um conhecimento realista desse self e um mundo de representações de objecto bem integradas reforçam-se mutuamente. Quanto maior a maturidade e profundidade do mundo interno de relações de objecto, maiores são os recursos face à adversidade, falhas e conflitos .

A internalização das relações de objecto fazem-se não só através da integração de representações do self e objectos no ego e superego, mas também pela despersonificação e individualização dessas relações de objecto internalizadas:

- À despersonificação correspondem atitudes derivadas de generalizações acerca da vida e da experiência humana, obtidas pela comunicação e troca de pontos de vista com os outros, e da integração do ponto de vista próprio com os pontos de vista dos outros.

- A individualização corresponde à gradual substituição de internalizações primitivas por identificações sublimadas compatíveis com o conceito global de self, permitindo assim a discriminação entre aspectos subtis dos outros e do próprio self, assim como o aumento da selectividade na aceitação e internalização de qualidades de outras pessoas.

A estrutura de carácter representa os aspectos comportamentais característicos e mais automatizados da identidade do ego. No que toca ao auto-conceito, quanto mais integrada for a estrutura de carácter, maior será a correspondência entre o auto-conceito, o comportamento efectivo e personalidade tal como são vistos e sentidos pelos outros. De igual forma, quanto mais integrado for o auto-conceito, maior a consistência e harmonia da estrutura de carácter.

A estrutura de carácter pode ser alterada pela interacção com os outros mas expressa-se primeiro numa tentativa de atribuir e fazer cumprir nos outros papéis recíprocos. A alteração que a estrutura pode eventualmente sofrer sob a influência relacional acontece quando tais papéis não são assumidos, como por exemplo durante uma análise ou psicoterapia. Desta forma, o mundo interno não só molda a percepção que se tem do mundo exterior como também condiciona, pela estrutura de carácter, o campo interpessoal do indivíduo.

### 3.7.v. Psicopatologia

Depois de várias décadas e múltiplos trabalhos sobre perturbações de personalidade, Kernberg reforça em 2004 o ponto de que a teoria de relações de objecto continua hoje a ser importante na medida em que surge como uma integração dos factores constitucionais e ambientais no desenvolvimento e estruturação da personalidade. Permite por isso relacionar as várias características comportamentais de cada perturbação entre si, entre os factores causais e predisposições.

No entanto, o autor verifica que as grandes linhas de investigação actual relativas às perturbações da personalidade tendem a ser as seguintes:

1. Investigações empíricas: tentam apontar factores etiológicos das perturbações mas deparam-se como um multicausalidade interactiva, parecendo então que esses factores estão na base de qualquer perturbação, sem que seja claro como interagem entre si.

2. Investigações dimensionais: partindo da análise factorial de inúmeras características comportamentais, tentam chegar às que mais se destacam e que podem ser aplicadas à descrição de determinada perturbação da personalidade. Partem também depois para uma teoria geral destas perturbações, teoria composta pelas dimensões estatísticas que mais se destacam. É um exemplo de modelo dimensional a Teoria dos Cinco Factores aplicada ao DSM. São no entanto pouco úteis e pouco realistas face à realidade clínica.
3. Investigações Categriais: mais próximas da tradição de Kraepelin, são geralmente desenvolvidas por psiquiatras clínicos que pretendem definir e delimitar entidades clínicas específicas de doença, recorrendo a estudos empíricos de validade e fidelidade diagnóstica. Surgem então as dificuldades já antes referidas em termos de classificações descritivas, como o facto da existência elevada de co-morbilidade entre síndromes e as formas diferentes de pensar e entender a psicopatologia. Este último aspecto é particularmente visível no DSM, com a inclusão, exclusão e o retomar de categorias diagnósticas ao longo das suas várias edições.

Kernberg apresenta como crítica principal de qualquer destas correntes o facto de se centrarem quase sempre em comportamentos superficiais, sendo que estes sintomas são coisas diferentes consoante a estrutura da personalidade em que se inserem, por terem funções diferentes em relação a essa mesma estrutura. Por exemplo, aquilo que pode ser descrito como fobia social tanto se pode inscrever como inibição e evitamento de uma personalidade esquizoide, como pode ser a auto-protecção de um paciente altamente paranoide, o receio de exposição de uma grandiosidade narcísica ou a formação reactiva de um exibicionismo histérico.

Outra crítica que Kernberg aponta a este tipo de investigações é o facto de serem realizadas quase sempre com recurso a questionários estandardizados que denunciam involuntariamente as respostas “mais correctas” ou socialmente mais aceitáveis. É também um instrumento estático que não fornece a possibilidade de observação que acontece na prática clínica, particularmente no método clínico das psicoterapias e psicanálise. Este método permite articular forças motivacionais, estrutura psíquica e mudanças terapêuticas,

permitindo com isso triangular as origens, funções e mecanismos dessas mudanças. Face às mudanças caracteriais que ocorrem neste tipo de tratamentos e aos factores e mecanismos subjacentes, é possível chegar a indicadores que servem tanto para o diagnóstico diferencial como para o consequente prognóstico e indicação terapêutica.

A dificuldade do uso do método clínico psicanalítico recai no próprio método, uma vez que ele não é unificado e existem várias escolas de pensamento, com metapsicologias e abordagens técnicas diferentes dentro daquilo que recebe a designação geral de psicanálise ou psicoterapia psicanalítica<sup>51</sup>. É também extremamente difícil de compatibilizar com o estilo de investigação empírico tradicional de grande parte das ciências, nomeadamente na sua aplicação fora do contexto clínico.

#### Temperamento e carácter na determinação da personalidade:

Na linguagem de Kernberg, ao temperamento correspondem as disposições inatas para activação de afectos de prazer e gratificantes e afectos dolorosos e agressivos em resposta a estímulos ambientais. O temperamento inclui também disposições para o funcionamento cognitivo, hormonal e motor. É constitucional e determinado em grande parte por factores genéticos. No entanto, os factores genéticos não são suficientes para explicarem as perturbações de personalidade.

Ao carácter corresponde a organização dinâmica de padrões de comportamento e, assim, denuncia o grau e nível dessa organização. Em termos psicodinâmicos, corresponde à manifestação comportamental da identidade do ego nos seus aspectos subjectivos do nível de integração do auto-conceito e dos outros significativos. Inclui todos os outros aspectos comportamentais que são funções ou estruturas egoicas.

A personalidade é determinada pelo temperamento e carácter. Corresponde, numa maior escala, à integração dinâmica de padrões de comportamento derivados do temperamento, carácter, sistema de valores internalizado e capacidades cognitivas.

---

<sup>51</sup> Por exemplo, André Green opõe-se á tendência americana de conceder e ceder á suposta autoridade e monopólio científico das correntes empíricas. Para ele, e na linha de Freud, a psicanálise é já ela própria um método de investigação que não tem de se desvirtuar em prol de uma aceitação por parte de quem pensa epistemologicamente diferente. Neste sentido, Green discorda frontalmente com Kernberg e seus colaboradores, que têm tentando chegar a uma solução de compromisso em termos de investigação em psicanálise. (T. Neves, 2008)

O sistema de valores internalizado depende do grau de integração dos vários componentes superegoicos e das capacidades cognitivas que, se bem que geneticamente determinadas em potencial, são culturalmente influenciadas e dependentes do nível de integração do aparelho psíquico.

O id ou inconsciente dinâmico corresponde ao sistema motivacional da personalidade e o seu potencial adaptativo (integrações sublimatórias) depende da capacidade e nível de compromisso entre id, ego e superego.

### Personalidade normal:

Sendo que esta qualificação de normalidade parece definir-se por oposição às perturbações da personalidade, a personalidade normal é então composta por quatro características:

1. Conceito integrado do self e dos outros significativos (identidade do ego):
  - a integração do self permite uma normal auto-estima (nem demasiadamente baixa, nem demasiadamente invulnerável às desconfirmações adversas da realidade), o sentir-se bem consigo mesmo, o gosto pelo viver, a capacidade de perseguir e realizar desejos e estabelecer compromissos duradouros.
  - A imagem integrada dos outros significativos permite uma correcta avaliação desses outros, a capacidade de empatia e investimento emocional e uma dependência madura sem ameaça para a noção de autonomia.
2. Força do ego:
  - manifesta-se pela diversidade de disposições afectivas e a capacidade de as sentir, na possibilidade de controlo de impulsos, na capacidade de os sublimar no trabalho e na relação com os outros. Traduz-se então na consistência, persistência e criatividade na relação com trabalho e outros, sendo possível confiar nesses outros, ser recíproco e poder comprometer-se com eles.
  - Depende largamente da identidade egoica e do nível de integração superegoico.
3. Superego maduro e integrado:
  - Consiste na internalização de um sistema de valores estável, despersonalizado, abstracto, individual e não dependente de proibições do inconsciente infantil.

- Traduz-se na capacidade de ter consciência de responsabilidade, na autocrítica realista, na integridade e flexibilidade na tomada de decisões e no compromisso com valores, ideais e normas.
- Contribui para funções egoicas como a reciprocidade, confiança e investimento emocional em relações profundas e duradouras.

4. Gestão apropriada e satisfatória de impulsos libidinais e agressivos:

- Em termos dos impulsos libidinais, revela-se na capacidade de expressão de necessidades sexuais e sensuais integradas em compromissos emocionais de ternura em relação a um outro amado e na idealização normal desse outro e da relação estabelecida com ele.
- Em relação aos impulsos agressivos, expressa-se na capacidade de sublimar a agressividade sob a forma de assertividade, na capacidade de resistir a ataques sem retaliação excessiva mas protegendo-se na capacidade de não ter de virar a agressividade contra si mesmo.
- Todas estas capacidades dependem do equilíbrio do aparelho psíquico e das funções de um ego e superego bem integrado.

3.7.vi. Classificação psicanalítica da patologia de carácter

Kernberg tem revisitado as suas propostas de classificação e nosologia ao longo de toda a sua obra, reformulando-as nas suas sucessivas apresentações. Na obra de 1984, justifica a sua necessidade de desenvolver e aperfeiçoar o diagnóstico estrutural já que, na sua opinião, o diagnóstico descritivo ou genético mostra-se apenas útil para grandes desordens afectivas ou esquizofrenia, mas é insuficiente para o diagnóstico das desordens de personalidade.

Por exemplo, um paciente com organização borderline da personalidade deveria apresentar, tal como apontado no DSM-IV ou CID-10, afectos intensos de raiva ou depressão. No entanto, personalidades esquizoides com esta organização não mostram nenhum destes afectos. Para além disso, a impulsividade, outro traço de comportamento apontado como crucial ao diagnóstico de patologia borderline, está também presente em pacientes histéricos de nível neurótico.

Kernberg considera então vantajoso considerar o diagnóstico descritivo juntamente com a compreensão das características estruturais intrapsíquicas, não só para uma maior precisão diagnóstica, mas também de forma a obter dados prognósticos e terapêuticos, especialmente face à possibilidade de pacientes de nível borderline. Pacientes não psicóticos mas com fragilidade egoica respondem bem a modalidades expressivas de psicoterapia, mas mal a psicoterapias de apoio ou psicanálise não modificada.

Uma das primeiras sistematizações de patologia de carácter surge na sua obra de 1976, combinando a compreensão psicanalítica de patologias de carácter (especialmente desenvolvimentos então recentes sobre condições borderline), com um ponto de vista metapsicológico. Existe também uma mudança do ponto de vista dominante nos Estados Unidos de uma abordagem pelo lado da Psicologia do Ego, para uma de Relações de Objecto tal como Kernberg as define.

Assim, os seguidores clássicos de Freud concebiam, como ele, três estruturas do aparelho mental: ego, id e superego. Dentro da Psicologia do Ego, a análise de estrutura referia-se à ideia de que o Ego pode ser pensado como composto por três aspectos:

- Configurações ou estruturas que se alteram lentamente e que determinam a canalização de processos mentais
- Os próprios processos mentais ou funções
- Os limiares de activação destas funções e configurações

As estruturas seriam então configurações relativamente estáveis de processos mentais, representadas pela noção de um Id, Ego e Superego. Seriam compostas por subestruturas, como no caso dos aspectos cognitivos e defensivos egoicos. Kernberg integrou a ideia de subestruturas como relações de objecto internalizadas. Também a estrutura permanente de conflitos inconscientes, como o Complexo de Édipo, se refere ao aspecto estrutural da mente, constituindo-se numa hierarquização e estruturação das relações de objecto internalizadas.

Kernberg, na sua obra de 1976, aponta três objectivos para a classificação proposta:

- Estabelecer critérios psicanalíticos de diagnóstico diferencial entre diferentes tipos e graus de gravidade de patologia de carácter.
- Clarificar a relação entre diagnósticos descritivos e a análise metapsicológica e estrutural.

- Organizar subgrupos de patologia de carácter de acordo com os seus graus de gravidade.

Em termos da sua utilidade para a clínica, uma classificação deste tipo permite:

- Fornecer ao clínico informação mais sistemática sobre as características descritivas, estruturais e genético-dinâmicas da patologia de carácter.
- Assinalar a constelação defensiva ou caracterial predominante do paciente.
- Ajudar a determinar qual o melhor tipo de tratamento psicoterapêutico pela correlação entre o tipo de patologia de carácter e os graus de indicação para psicanálise tradicional ou psicoterapia de orientação analítica.

A classificação proposta inclui quatro eixos ou desenvolvimentos patológicos gerais, alinhadas em três níveis de patologia (superior, intermédio e inferior). Estes níveis não correspondem aos três níveis gerais de perturbações neurose, borderline e psicose, excluindo-se desta classificação as psicoses puras, caracterizadas por perdas generalizadas do teste da realidade. Os pressupostos e características estruturais da classificação de patologia de carácter são os seguintes:

1. Patologia da estrutura egoica e natureza dos traços patológicos de carácter:

- Segundo o seu modelo de desenvolvimento, existem dois tipos de organização defensiva do ego: clivagem e repressão.
  - a) *Nível superior*: predomina a repressão e defesas adjuvantes como racionalização, formação reactiva ou intelectualização.
  - b) *Nível intermédio*: predomínio da repressão, mas com menor capacidade de inibição. Um aumento das formações reactivas. Há algumas clivagens de áreas limitadas do ego, que são infiltradas de demandas sexuais ou agressivas, e que se materializam numa impulsividade estruturada (perda de controlo de impulsos em áreas específicas). Presença paralela de projecções e negações associadas a estas clivagens e à sua manutenção.
  - c) *Nível inferior*: predomínio da clivagem e defesas associadas como negação, identificação projectiva primitiva e onnipotência, o que se manifesta pela alternância de estados egoicos. Levam ao conseqüente prejuízo das funções sintéticas do ego. O tipo de defesa, nível de integração de relações de objecto e estruturas contribuem para uma grave

fraqueza egoica que se reflecte em ausência de tolerância à frustração, de controlo de impulsos e de criatividade (sublimações).

- Esta classificação assume que quanto mais baixo é o nível de patologia, mais forte é a ligação entre defesas e a expressão directa do impulso. Assim, quanto mais baixo é o nível de patologia, mais visível é a expressão do impulso primitivo através da defesa já que a clivagem predomina sobre a repressão.
- Dessa forma, e em termos de traços patológicos:
  - a) *Nível superior*: predominam traços de inibição e formações reactivas.
  - b) *Nível intermédio*: predominam as formações reactivas mas há uma expressão parcial dos impulsos rejeitados.
  - c) *Nível inferior*: predominam as defesas caracteriais instintualmente infiltradas e impulsivas. Os estados egoicos dissociados e contraditórios que se alternam permitem, num pólo, a descarga directa de derivados pulsionais e, noutro, a formação reactiva contra tais impulsos. Uma vez que esta clivagem acontece a nível do ego, não existe a necessidade de racionalizar a descarga pulsional.

## 2. Patologia da estrutura superegoica:

- a) *Nível superior*: superego relativamente bem integrado mas excessivamente severo e perfeccionista.
- b) *Nível intermédio*: mais punitivo e menos integrado do que no nível anterior, tolera a contradição entre, por um lado, o núcleo mais punitivo e sádico e, por outro, formas mais primitivas do ideal do ego. Coexistem assim desejos de ser poderoso e atractivo em variadas vertentes, com a “obrigação” de ser moralmente perfeito.

A falta de integração do superego pode também ser vista em projecções parciais com diminuição da capacidade de sentir culpa e traços do tipo paranoide, contradições no sistema moral e violentas oscilações de humor.

- c) *Nível inferior*: integração superegoica mínima e tendência máxima à projecção primitiva do núcleo sádico do superego. Consequente dificuldade de vivenciar culpa e preocupação e flutuação da capacidade de auto-crítica. Traços paranóides resultantes da projecção. Fronteiras entre o ego e superego pouco claras, com grande indistinção entre formas narcisicamente determinadas de um ego ideal e desejos narcísicos do ego.

### 3. Patologia no desenvolvimento de derivados pulsionais agressivos e libidinais:

Baseado nos seus trabalhos anteriores sobre pacientes com organizações borderline da personalidade, Kernberg abandona a tendência de autores anteriores em tentarem correlacionar a patologia de carácter a um estágio específico de desenvolvimento libidinal. Propõe em vez disso a existência de fixações instintuais predominantes de acordo com o nível de gravidade de patologia:

- a) *Nível superior*: primazia genital
- b) *Nível intermédio*: domínio de regressões e fixações pré-genitais, especialmente orais.
- c) *Nível inferior*: condensações de demandas instintuais genitais e pré-genitais com domínio da agressão pré-genital.

### 4. Patologia nas relações de objecto internalizadas:

Vários síndromes, com as seguintes designações, foram sendo descritos na literatura e correspondem aos seguintes níveis:

- a) *Nível Superior*: não existe patologia presente. A identidade do ego está bem estabelecida, assim como as dos seus componentes: auto conceito e mundo representacional.
- b) *Nível intermédio*: Igual ao nível anterior, mas com maior conflitualidade nas relações de objecto.
- c) *Nível inferior*: relações de objecto parciais, sem constância de objecto. O mundo interno é povoado dos aspectos bons ou maus de figuras importantes, sem que estes aspectos sejam uma faceta dos objectos reais mas existam por si só e de forma separada. São em parte responsáveis pela manutenção de relações de objecto do tipo de gratificação de necessidades ou de natureza agressiva. Não existe também um auto-conceito integrado, resultando no síndrome de difusão de identidade. Desta forma, torna-se impossível manter a vinculação do início do desenvolvimento pela inevitável frustração ou falha de gratificação circunstancial que qualquer relação humana implica. Não é também possível manter relações onde aspectos bons e maus do self e objecto não podem ser tolerados simultaneamente e integrados.

As características dos três níveis propostos encontram-se sistematizadas na tabela 10.

Tabela 10 – Patologia de carácter de acordo com o nível de gravidade da patologia

	<b><u>Org. defensiva</u></b>	<b><u>Tracos de patologia de carácter</u></b>	<b><u>Superego</u></b>	<b><u>Fixação instintual</u></b>	<b><u>Patologia das relações de objecto internalizadas</u></b>	<b><u>Caracteres patológicos típicos</u></b>
<b><u>Nível Superior</u></b>	Repressão e defesas associadas	Inibição + Formações reactivas + Fóbicos	Bem integrado mas severo e perfeccionista	Primazia Genital	Não presente	. Histérico . Obsessivo-compulsivo . depressivo-masoquista
<b><u>Nível Intermédio</u></b>	Repressão + Algumas defesas do nível inferior sob forma ténue	Formações reactivas + Expressão parcial dos impulsos rejeitados	Menor falta de integração superegoica + Menor predomínio de precursores sádicos do superego em relação a outros componentes superegoicos	Predomínio de regressões e fixações pré-genitais, especialmente orais	Não presente Maior conflituosidade	. Sadomasoquista . Ciclotímico . Dependente . Histeriónico (ou infantil) . Narcísico
<b><u>Nível Inferior</u></b>	Clivagem e defesas associadas	Defesas caracteriais instintualmente infiltradas	Maior falta de integração superegoica + Maior Predomínio de precursores sádicos do superego em relação a outros componentes superegoicos	Condensações de demandas instintuais genitais e pré-genitais com predomínio da agressão pré-genital	Objectos parciais	. Borderline . Esquizoide . Paranóide . Hipocondríaco . Esquizotípico . Hipomaníaco . Narcisismo maligno . Anti-social

Excepções e limitações da classificação:

Kernberg reconhece algumas excepções ao seu modelo geral.

- O nível de organização não corresponde, necessariamente, ao funcionamento global que o indivíduo demonstra ter. Certas patologias de carácter de nível inferior, por exemplo de natureza narcísica, salvaguardam o indivíduo de uma exposição do seu evidente mau funcionamento. Comparativamente, indivíduos mais bem integrados e com capacidades egoicas de nível superior podem apresentar sintomatologia altamente debilitante e demonstrarem um aparente mau funcionamento a nível interpessoal. Por exemplo, um paciente com carácter masoquista, com a sua tendência para o auto-derrotismo, poderá ver-se a braços com um funcionamento disruptivo a nível interpessoal, contexto que o paciente com carácter narcísico evita e, por isso, não revela as suas relativamente maiores dificuldades.
- Não há uma ligação directa ou correspondente entre um diagnóstico descritivo e o nível de patologia de carácter. Embora haja uma grande correspondência nos dois extremos da patologia de carácter, essa correspondência é fraca nos níveis intermédios. Aqui podem existir pacientes com traços de carácter de níveis diferentes mas que se encontram combinados, ou, então, pacientes que apresentam uma camada de funcionamento egoico superior sobre uma outra camada de funcionamento inferior que se manifesta aquando de regressões ou colapsos ocasionais.
- De forma geral, os três níveis de organização estrutural são estáveis e as mudanças no sentido do crescimento acontecem lentamente no seio de uma relação terapêutica. As regressões do tipo psicótico que por vezes ocorrem nos pacientes borderline são do tipo transferencial e não implicam uma verdadeira mudança estrutural. Resultando então da activação de mecanismos de defesa esquizoides, são geralmente facilmente reversíveis.

### 3.7.vii. Classificação de Perturbações de Personalidade: nosologia psicodinâmica

Uma nosologia das perturbações de personalidade começa a surgir na obra de 1984, sendo depois revista em 2004. Kernberg estabelece uma classificação baseada na teoria de relações de objecto, combinando aspectos estruturais e desenvolvimentais. Esta classificação assenta em:

- Dimensão de gravidade
- Intensidade com que a agressividade domina o aparelho psíquico ou com que os afectos patológicos influenciam o desenvolvimento da personalidade
- Efeitos do desenvolvimento de um self grandioso
- Influência do temperamento em relação à tendência para a introversão ou extroversão.

Kernberg propõe a existência de três organizações estruturais gerais da personalidade: neurótica, borderline e psicótica. Qualquer uma destas organizações estruturais tem por função estabilizar o aparelho psíquico e serve de mediadora entre os aspectos etiológicos da doença mental e os sintomas comportamentais. Diz o autor (1984)

Independentemente dos factores genéticos, constitucionais, bioquímicos, familiares, psicodinâmicos ou psicossociais que contribuem para a etiologia da doença, o efeito de todos estes factores são a certa altura reflectidos na psicoestrutura do indivíduo, que se torna então a matriz subjacente do desenvolvimento de sintomas comportamentais (pág. 5).

#### a) *Organização Psicótica da Personalidade*

Caracteriza-se pela difusão de identidade e pela falha no teste de realidade.

A difusão de identidade refere-se à falta de integração do conceito de self e de outros significativos devido às acções defensivas prevalentes da clivagem e de outras acções defensivas primitivas (identificação projectiva, controlo onnipotente, idealização primária, negação e desvalorização).

O que estas acções mentais visam defender são as relações de objecto idealizadas das relações persecutórias ao mantê-las afastadas. Assim, os objectos ideais e a capacidade para

deles depender ficam protegidos, mantendo afastados os aspectos agressivos das relações de objecto que se vão também internalizando. Por outro lado, o que a clivagem e defesas congéneres permitem também é uma protecção contra a fragmentação e perda de fronteiras do ego aquando de relações de objecto demasiadamente intensas ou avassaladoras.

O teste de realidade refere-se à capacidade de diferenciar self de não-self, estímulos internos de estímulos externos e pela capacidade de manter a empatia necessária ao desempenho dos vários papéis sociais. São capacidades que estão ausentes nas psicoses, organizações que se manifestam particularmente por delírios e alucinações.

A falta de teste de realidade implica a falta de diferenciação self/objecto sob condições de estados afectivos intensos, o que coincide, do ponto de vista estrutural, com uma permanência ou hipertrofia da fase simbiótica de desenvolvimento.

Todos os pacientes com este nível de organização apresentam formas de psicoses atípicas o que faz com que, em termos de nosologia clínica habitual, a organização psicótica da personalidade sirva de critério de exclusão das perturbações de personalidade tal como assumidas no DSM.

*b) Organizações borderline da personalidade:*

Estes pacientes apresentam, difusão de identidade devido à acção de mecanismos de clivagem, tal como os pacientes de nível psicótico. Diferem no aspecto em que apresentam teste da realidade pouco comprometido, diferenciando self de objecto. No entanto, este self e objecto são mantidos nas valências idealizadas e persecutórias, situação típica da fase de separação-individuação.

Este nível de organização inclui todas as perturbações graves de personalidade incluídas no DSM-IV:

- Perturbação Estado-limite da personalidade
- Perturbação Esquizoide da personalidade
- Perturbação Esquizotípica da personalidade
- Perturbação Paranoide da personalidade
- Perturbação Hipomaníaca da personalidade
- Perturbação Hipocondríaca da personalidade

- Perturbação Narcísica da personalidade (incluindo síndrome de narcisismo maligno – O. Kernberg, 1992)
- Perturbação anti-social da personalidade

Para além da difusão de identidade, os pacientes que apresentam perturbação anti-social e perturbações narcísicas (incluindo síndrome de narcisismo maligno) apresentam também grandes desorganizações a nível do superego.

Os pacientes com organizações borderline da personalidade apresentam:

- Graves dificuldades a nível interpessoal, especialmente a nível de relações pessoais, mas também profissionais. Demonstram uma Incapacidade de se comprometerem com os outros de forma consistente.
- Pensamento dominado pela incerteza e falta de direcção em várias áreas de vida.
- Vários graus de patologia da vida sexual, com tendências infantis múltiplas, polimorfas e perversas. Em parte, esta situação fica a dever-se à incapacidade de integrar ternura e sexualidade. Em casos mais graves pode acontecer uma inibição generalizada da resposta sexual pelo predomínio excessivo da agressividade e consequente interferência na sensualidade.
- Manifestações não específicas de fraqueza do ego: intolerância à ansiedade, impulsividade, fraca capacidade sublimatória e simbólica, dificuldades e incapacidades a nível do trabalho (ausência de persistência, consistência e criatividade).

Dentro deste grupo existem alguns pacientes que, apesar de apresentarem as características acima referidas, revelam uma maior adaptação social e ao trabalho, conseguem estabelecer e manter algumas relações íntimas onde a sexualidade é minimamente integrada com o carinho e onde há uma maior capacidade de depender de forma gratificante do outro. Evidenciam menor difusão de identidade, apresentam algum desenvolvimento das funções do ego e o superego mostra-se mais integrado.

Este nível intermédio ou organizações borderline da personalidade ligeiras incluem:

- Personalidade ciclotímica
- Personalidade sadomasochista
- Personalidade histeriónica (ou infantil)

- Personalidade dependente
- Personalidades narcísicas com funcionamento bem adaptado

*c) Organizações Neuróticas da Personalidade*

Os pacientes que se inserem neste grupo apresentam uma identidade do ego normal com consequente capacidade de estabelecer boas relações com os outros. A força egoica permite tolerância à ansiedade, controle de impulsos, função simbólica, eficácia e criatividade no trabalho e capacidade de manter um amor emocional e sexual. A área da sexualidade pode ser desestabilizada por sentimentos de culpa inconscientes que se revelam em padrões patológicos relacionais e de interação na intimidade sexual.

O nível de organização neurótica da personalidade inclui:

- Personalidade histérica
- Personalidade depressivo-masoquista
- Personalidade obsessiva

O tipo neurótico, psicótico e borderline da personalidade reflectem-se nas características prioritárias do paciente, particularmente no que toca a integração da identidade, tipos de operações defensivas que habitualmente usa e capacidade de teste de realidade. Estas encontram-se resumidas na tabela 11.

Tabela 11 – Organizações estruturais de personalidade e suas características gerais

<u>Tipo de Organização da personalidade</u>	<u>Integração da identidade</u>	<u>Defesas habituais</u>	<u>Teste da realidade</u>
<u>Neurótico</u>	Identidade integrada	Organização defensiva em torno da repressão e outras operações defensivas de nível elevado	Existe
<u>Borderline</u>	Identidade não integrada	Defesas primitivas centradas em torno da clivagem	Existe
<u>Psicótico</u>	Identidade não integrada	Defesas primitivas centradas em torno da clivagem	Altamente prejudicado

Kernberg considera que a avaliação destas características permite um diagnóstico mais acertado, especialmente nos casos em que é difícil classificar a perturbação.

A nível da diferenciação da personalidade borderline da neurótica, haveria ainda a considerar outros aspectos adicionais:

- Presença de manifestações de fraqueza do ego não específicas (aspectos cognitivos). Mais detectáveis por testes do que por entrevista clínica.
- Intolerância à frustração, controle de impulsos e sublimação.
- Grau e qualidade de integração do superego

Diferencia-se ainda da esquizofrenia pela ausência de pensamento em processo primário na situação clínica.

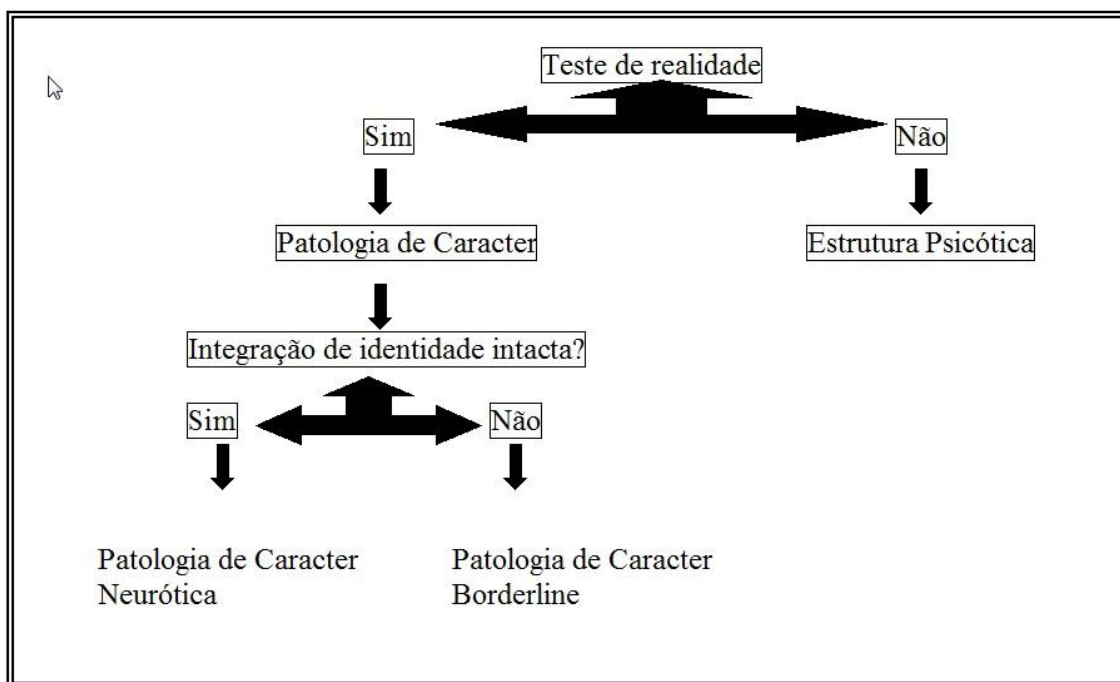


Figura 4 – Diagnóstico estrutural e de patologia de carácter

### 3.7.viii. Entrevista Estrutural como Método de Diagnóstico

Uma vez que esta noção de organização da personalidade é um conceito clínico pelo autor, a sua teoria interliga-se com o seu instrumento de observação, neste caso aquilo que ele chama entrevista estrutural. Kernberg considera que a entrevista em psiquiatria seguiu, durante muito tempo, um modelo médico mais ou menos rígido, largamente adaptado a situações de psicose e doenças orgânicas. No entanto, e sob várias influências como a psiquiatria interpessoal e a teoria de relações de objecto, começou-se a prestar uma maior atenção à interacção entre paciente e clínico. No caso mais particular de clínicos de orientação psicodinâmica, a entrevista passou a ser feita de forma menos standardizada e a avaliação dos problemas do paciente a ser abordada de forma mais flexível. Presta-se especial atenção à compreensão que o paciente tem dos seus conflitos e estabelece-se um vínculo entre a avaliação da sua personalidade e o comportamento que apresenta durante a entrevista.

Várias modelos de entrevista foram propostos ao longo dos anos mas, dada a extensão do campo que pretendem abordar, cada modelo apresenta os seus pontos fracos: menor atenção a certos problemas potenciais do paciente, minimização de dados objectivos sobre a

psicopatologia, a dificuldade subsequente na diferenciação de organizações borderline da personalidade de organizações psicóticas ou neuróticas, consoante o pólo mais próximo de que o paciente se encontre. Como este é um aspecto crucial para o diagnóstico e planeamento da terapia e sua técnica, é suficientemente importante para que merecesse uma nova revisão.

Kernberg e colegas desenvolveram o que veio a ser conhecido como Entrevista Estrutural (O. Kernberg, 1984), pretendendo com isso obter uma forma de obter dados que permitam identificar as características estruturais dos três tipos principais de organização da personalidade. Esta entrevista foca os sintomas, dificuldades ou conflitos do paciente e as formas particulares como eles se reflectem no aqui e agora da interacção com o clínico.

Este tipo de entrevista evita colocar o paciente “à vontade” por escamoteamento das suas defesas ou reforço das potencialidades, mas tenta abster-se também de introduzir artificialmente ansiedades. Pretende, no entanto, evocar a patologia das funções do paciente de forma a obter informação sobre a organização da sua patologia, o tipo de operações defensivas predominantes e a capacidade de teste de realidade.

O autor assume que o foco do clínico sobre os conflitos do paciente vai gerar tensão suficiente para que as defesas predominantes e a organização estrutural das funções mentais se expressem. Para tal é necessário combinar o exame do estado mental tradicional com técnicas focadas na interacção clínico-paciente, tais como a clarificação, o confronto e a interpretação de conflitos de identidade, mecanismos de defesa e distorções da realidade que o paciente revela na interacção, particularmente transferências.

Ficando fora do âmbito deste trabalho a análise detalhada desta técnica de entrevista, parece-nos no entanto importante referi-la, já que é um instrumento que materializa a concepção de psicopatologia estrutural do autor em termos de níveis de organização, mas também de tipologias.

Este tipo de entrevista pode ser pensado em termos de ciclos e, por isso, diferente do esquema de árvore de decisões em que determinado assunto é explorado e se decide a progressão a partir daí para determinadas conclusões (Figura 5). A entrevista estrutural parte dos sintomas e queixas que trouxeram o paciente à consulta, avaliando de seguida oito sintomas cardinais:

- Traços de carácter patológico
- Difusão de identidade
- Teste da realidade
- Sintomas psicóticos “funcionais”
- *Sensorium* (atenção, orientação, consciência, compreensão e raciocínio)
- Memória
- Inteligência.

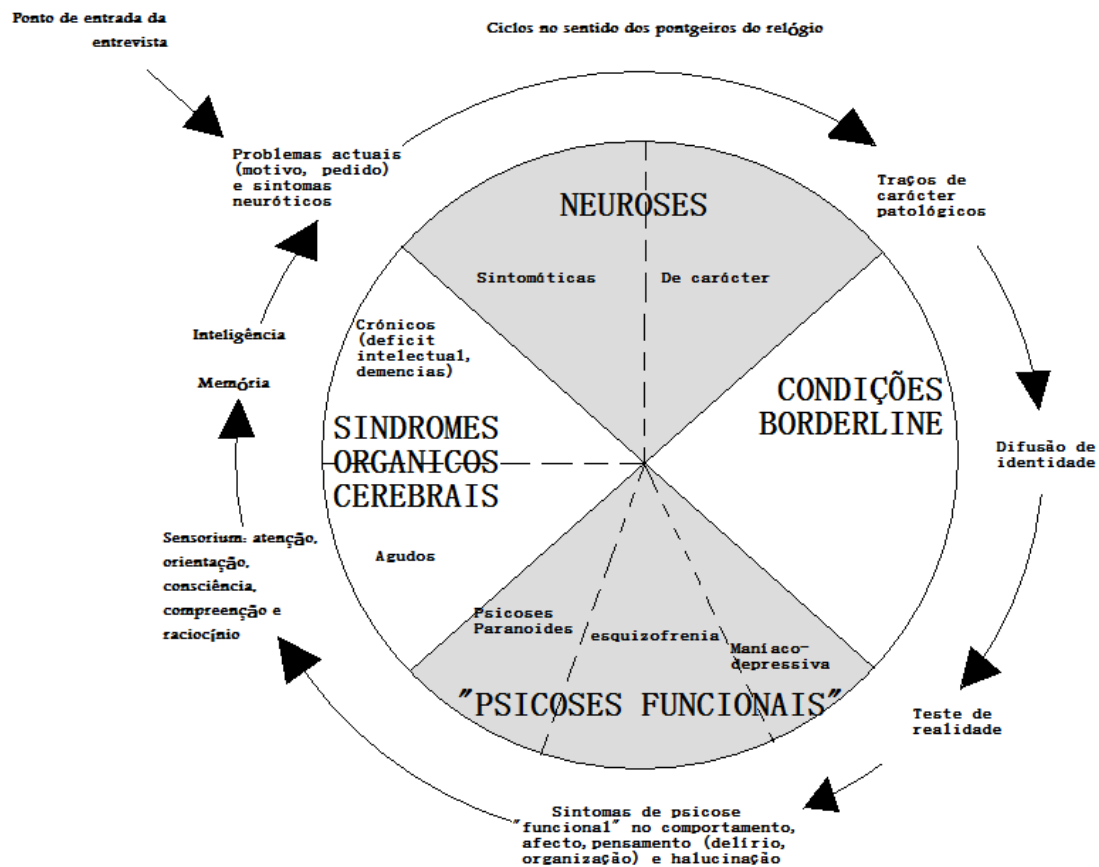


Figura 5 - Ciclos de exploração de sintomas cardinais, níveis de psicopatologia e tipologias (adaptado de O. Kernberg, 1984)

Quando um ciclo termina, prossegue para novos ciclos em que as mesmas questões são reavaliadas e reponderadas de acordo com diferentes contextos. Quanto mais o paciente se situar numa doença psicótica ou síndrome orgânica, mais a entrevista se assemelha a uma avaliação tradicional de funções mentais. No entanto, é especialmente útil para o diagnóstico diferencial entre síndromes neuróticas e borderline. Este último aspecto é especialmente importante pelas implicações terapêuticas ao obterem-se dados sobre a motivação para o tratamento, potencial de acting-out e descompensação psicótica.

### 3.7.ix. Relações mútuas das perturbações da personalidade e sua continuidade desenvolvimental, estrutural e motivacional

Kernberg apresenta graficamente as relações mútuas das perturbações da personalidade num esquema semelhante ao que a seguir reproduzimos (Figura 6). Nele inclui-se também uma distribuição e relação das tipologias em termos de gravidade, orientação em relação ao eixo temperamental introversão/extroversão e agrupamentos das tipologias nas categorias de organização de personalidade:

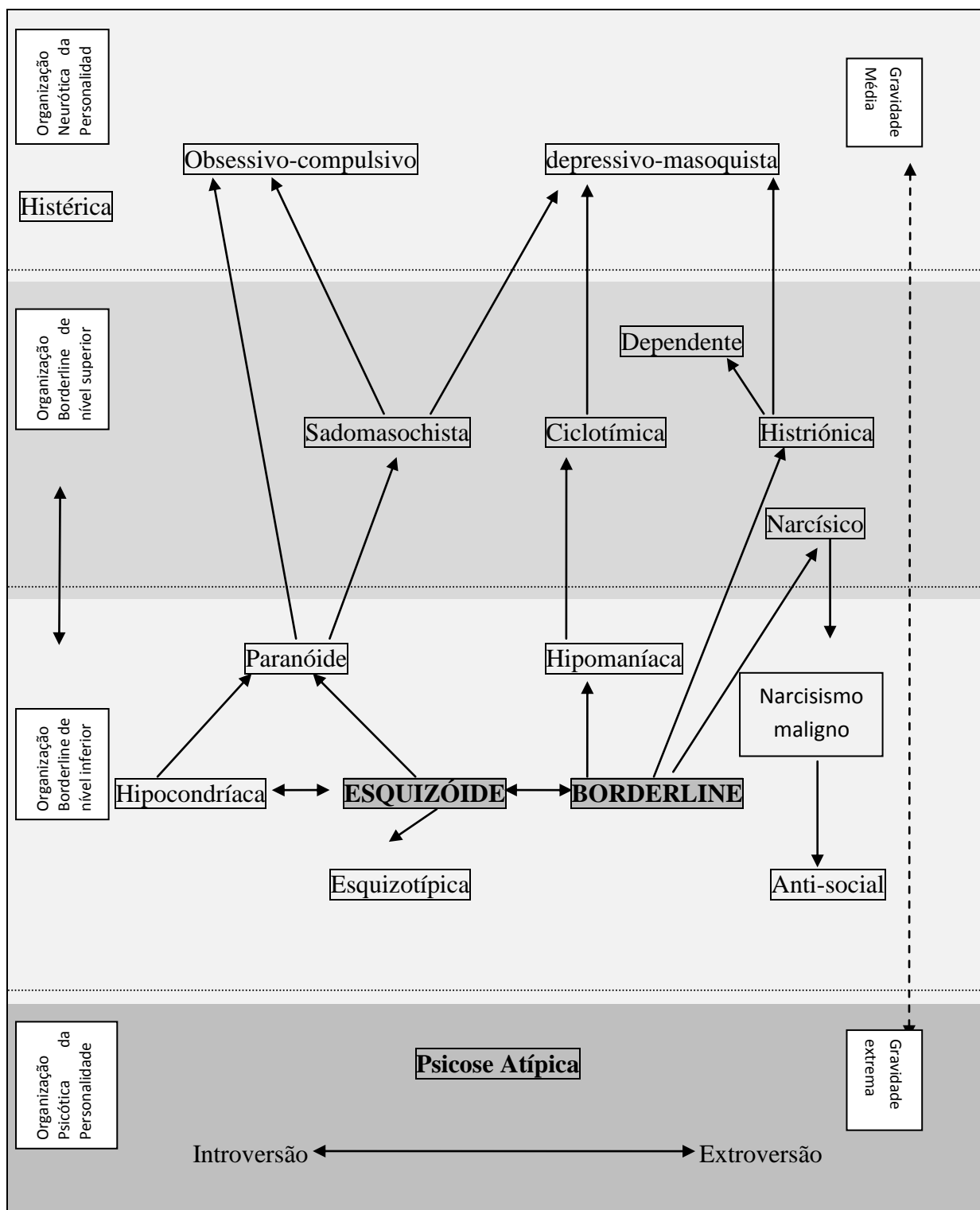


Figura 6 - Relações mútuas das perturbações da personalidade (adaptado de O. Kernberg, 2004)

A patologia esquizoide e borderline são as formas mais simples e características das organizações borderline da personalidade. Sendo ambas marcadas pela difusão de identidade, mecanismos de clivagem e prejuízo consequente da vida relacional, diferem nos padrões sociais e na vida de fantasia. Enquanto na patologia esquizoide existe a tendência para o

evitamento social por uma hipertrofia da vida mental e de fantasia, na patologia borderline a vida de fantasia é substituída por descarga de pulsões, sendo então no campo relacional que mais se evidencia a perturbação. Kernberg coloca a hipótese de haver também uma diferença temperamental em termos de introversão/extroversão, questão que é levantada também por outros estudos (Por exemplo S. Blatt, 2008). A patologia borderline ligar-se-ia então a um temperamento mais extrovertido e a esquizoide a um temperamento mais introvertido.

Relacionadas com a personalidade esquizoide encontram-se outras três com derivações específicas da dinâmica da personalidade esquizoide:

- Personalidade esquizotípica: a manifestação mais grave da personalidade esquizoide.
- Personalidade paranoide: nível mais elevado de agressividade, predomínio de mecanismos projectivos (sendo a identificação projectiva a marca da paranóia) e de autoidealização como tentativa de controlo de um mundo externo sentido como repleto de perseguidores.
- Personalidade hipocondríaca: projecção de objectos persecutórios para dentro do corpo. Observam-se conjuntamente muitas características paranóides e esquizoides.

Se à patologia borderline são apontados aspectos temperamentais, observa-se também uma integração e controlo progressivo dos impulsos ao longo de uma psicoterapia, o que evidencia então o aspecto central da clivagem nesta patologia. O mesmo já não acontece com as personalidades hipomaníacas que, pela sua patologia de activação afectiva, parecem estar mais relacionadas com uma predisposição temperamental. O mesmo será talvez também verdade para formas moderadas de hipomania nas personalidades ciclotímicas.

As perturbações de personalidade de elevada agressividade podem evoluir para perturbações sadomasoquistas da personalidade. Se a disposição sadomasoquista for controlada ou incorporada por um superego relativamente bem estruturado, que exerça o seu controlo e modelação pela culpa e afectos depressivos, e se a identidade do ego for atingida, poderá haver lugar a uma evolução para um tipo de personalidade depressivo-masoquista.

A personalidade depressivo-masoquista pode também ser atingida pela linha hipomaníaca-ciclotímica. Ambas as linhas de desenvolvimento demonstram um desenvolvimento e controlo afectivo desadequado aquando da internalização das relações de objecto.

As patologias ligadas à agressividade desenvolvem-se então mais facilmente a partir de personalidades onde a agressividade é mais intensa e frequente. Isto pode-se ficar a dever a factores constitucionais e/ou ambientais durante o desenvolvimento:

- Predisposição inata para reacções agressivas
- Trauma muito precoce
- Perturbações graves das relações de objecto primárias
- Padecimento de doença física
- Agressões físicas e/ou abusos sexuais na infância

Para além das perturbações ligadas à agressividade já referidas (paranoide, hipocondríaca e sadomasochista), há ainda a acrescentar o subgrupo das perturbações narcísicas da personalidade. Nesta perturbação não se observa claramente a difusão de identidade, tal como nas restantes perturbações. Verifica-se uma falta de integração no conceito de outros significativos, mas o self aparenta ser integrado. O que porém se observa no decorrer de uma psicoterapia psicanalítica é que existe uma noção grandiosa do self que mascara a difusão de identidade, inicialmente difícil de identificar. Com o decorrer do trabalho o self grandioso começa a retirar-se, revelando as dificuldades a este nível. Passa então a haver espaço para a possibilidade de uma integração mais saudável da identidade do ego.

O self grandioso patológico é composto por representações reais e imaginárias de self e objecto de forma a estabelecer um self idealizado. Existe um conseqüente empobrecimento dos aspectos idealizados do superego e predomínio dos precursores sádicos que são defensivamente projectados de forma a evitar sentimentos de culpa. O superego fica então enfraquecido nas suas funções mais maduras, pelo que surgem frequentemente comportamentos anti-sociais nas personalidades narcísicas.

O síndrome narcísico maligno é um tipo mais grave de perturbação narcísica, onde a agressividade é mais intensa e invasiva do self grandioso de forma ego-sintónica, passando então a existir comportamentos anti-sociais e tendências paranóides. Neste nível de perturbação há, mesmo assim, a capacidade para experienciar alguns sentimentos de culpa e para estabelecer alguns compromissos relacionais.

Na perturbação da personalidade anti-social existe, pelo contrário, uma incapacidade quase total para o envolvimento relacional que não implique um uso instrumentalizado do outro, ausência de afectos de culpa ou preocupação por si ou pelos outros (funções do superego praticamente inexistentes), incapacidade de se identificar com valores morais e éticos e a incapacidade de se projectar no futuro. A possibilidade de uma abordagem psicoterapêutica introduzir aqui crescimento e mudança depende da extensão e incidência dos comportamentos anti-sociais e da intensidade das relações de objecto de não exploração.

A personalidade obsessivo-compulsiva é igualmente considerada uma patologia da agressividade. No entanto, essa agressividade foi absorvida e neutralizada por um superego bem integrado mas excessivamente sádico que obriga ao perfeccionismo, incerteza do self e à necessidade constante de controlo próprio e do meio.

Existem casos em que a neutralização da agressividade não é completa, o que origina tendências regressivas. Outros casos apresentem traços obsessivos conjuntamente com traços paranóides e esquizoides, o que determina a presença de uma organização borderline e não de um nível neurótico de personalidade obsessivo-compulsivo.

A perturbação histriónica ou infantil corresponde a um nível borderline moderado enquanto que a perturbação histérica pertence ao nível neurótico. Existem diferenças associadas ao género em ambos os tipos de perturbações (O. Kernberg, 1992). De forma geral, a personalidade histriónica é marcada pela labilidade emocional, extroversão desadequada para o contexto social, desinibição sexual numa sexualidade que está ao serviço da exibição e dependência, dificuldade de diferenciar relações de objecto e dificuldades em estabelecer relações emocionais profundas, apesar da grande dependência de que padecem.

Na personalidade histérica, pelo contrário, grande parte destas dificuldades só se revela na esfera sexual de relações íntimas profundas, aqui capazes de serem estabelecidas. Há lugar a uma pseudo-sexualidade nas mulheres, com um comportamento competitivo e de posse, que no entanto se materializa depois numa frigidez sexual assente na culpabilidade advinda da identificação a um papel sexual maduro. Nos homens, em vez da pseudo-sexualidade, pode existir uma pseudo-hipermasculinidade ou então uma ligeira efeminização.

A personalidade depressivo-masoquista é o nível mais elevado da patologia do humor depressivo e da agressividade. Havendo um superego integrado mas excessivamente punitivo, o paciente assume uma atitude de derrota como forma de expiar sentimentos de culpa, ou como pré-requisito para o prazer sexual. São também pacientes muito dependentes e com grande facilidade de atribuir significados à frustração, o que resulta no aparecimento da depressão no momento em que deveria responder agressivamente face a uma frustração das suas necessidades de dependência. Alternativamente, uma resposta excessivamente agressiva face à frustração prolonga a resposta depressiva por desencadear sentimentos de culpa exagerados.

#### **IV. Metodologia de Investigação:**

Este trabalho pretende integrar a ideação suicida, enquanto parte do processo de suicídio, com o aspecto estrutural da personalidade do indivíduo, estrutura essa também parte de um processo de desenvolvimento essencialmente relacional, nunca finalizado e mantido por vínculos á realidade de relações humanas ancorantes e promotoras da coesão estrutural.

Escolheu-se para tal fazer incidir esta investigação sobre a população de estudantes universitários, não só pela maior facilidade de acesso e conveniência, mas também por esta ser uma população que facilmente pode reflectir o impacto de uma reformulação identitária á luz de novos papéis, relações, possibilidades e dificuldades. Heyno (2008), apontando vários factores ligados ao desenvolvimento e adaptação ao e no ensino superior, valoriza o seu aspecto despersonalizante como factor que torna os estudantes universitários mais vulneráveis a um estado mental depressivo e a pensamentos suicidas.

Contida nesta noção de despersonalização está o nosso foco sobre a segurança e robustez de relações de objecto internas e a consequente capacidade para procurar ou manter relações externas, consolidadoras de uma estrutura mental e egoica, de onde derivam as noções de si e dos outros e as capacidades para lidar de forma criativa e não destrutiva com as adversidades que se coloquem ao indivíduo.

#### **4.1. Objetivos**

Esta investigação tem como objectivos principais:

- Ter uma noção da incidência de ideação suicida na população de estudantes universitários.
- Ter uma noção das características estruturais e do seu nível nesta população.
- Verificar a relação mútua entre os dois aspetos anteriores e, em particular, a correspondência da ideação suicida com o nível estrutural.
- Verificar a força da associação ou relação entre os componentes da ideação suicida e categorias do diagnóstico estrutural, tal como operacionalizadas nos instrumentos utilizados.
- Pensar o suicídio como um processo de natureza essencialmente psicológica, de acordo com um racional possível de aplicar á abordagem remediativa da psicopatologia, em geral, e contenção e prevenção de suicídio em particular. É então aqui tomado um vértice de Saúde Mental individual enquanto segurança intra e interpessoal. Tal racional, embora de forma diversa, é aplicável e enquadra pacientes, terapeutas e instituições ou serviços que os acolhem. Constitui-se também como uma base de investigações futuras directamente derivadas daquela que aqui se propõe.

## **4.2. Hipóteses Centrais**

- A ideação suicida surge associada a uma descompensação estrutural da personalidade. Assim, a incidência de ideação suicida deve associar-se a sintomas cardinais de difusão de identidade e primitividade defensiva, indicando que níveis mais elevados de ideação suicida ocorrerão em personalidades cuja difusão de identidade é mais pronunciada e assente em descompensações estruturais.
- A existência de tentativas prévias de suicídio deve-se associar a níveis mais graves de patologia estrutural, ou seja, difusão de identidade e primitividade defensiva mais intensas. Portanto, será de esperar uma maior proporção de incidência de tentativas de suicídio em níveis mais graves de patologia estrutural.
- A intensidade da ideação suicida deve-se associar de forma direta à gravidade de patologia estrutural, ou seja, à intensidade da difusão de identidade e primitividade defensiva, portanto, deverão estar positivamente correlacionadas, sendo maior a primeira quando for maior a segunda.

### 4.3. Metodologia

Os dados serão obtidos por inquérito *online*, compreendendo três secções: dados demográficos gerais, Inventário de Organização da Personalidade - Revisto (IPO-R; Smits, Vermote, Claes e Vertommen, 2009) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSS; Beck, Kovacs e Weissmann, 1979). Não existe qualquer espaço para identificação pessoal ou institucional, pelo que a resposta ao inquérito não levanta qualquer questão de quebra de anonimato. O inquérito é apresentado como parte da investigação deste trabalho de Doutoramento e dos objetivos gerais, sendo a participação voluntária. Assim, entende-se que esta participação voluntária subentende o consentimento informado do uso dos dados recolhidos.

O pedido de colaboração no inquérito será feito através de um email geral a título particular e com pedido de reencaminhamento para outros contactos. Este email terá o título de “Pedido de colaboração em Investigação” e conterá a seguinte mensagem:

*“Exmo. Sr./a.*

*Estou a desenvolver, no contexto de uma tese de doutoramento na Universidade Fernando Pessoa, uma investigação sobre características de personalidade e sua ligação à expressão do sofrimento psíquico. Venho por este meio solicitar a sua colaboração através do preenchimento do questionário localizado no link a seguir, bem como o reencaminhamento deste pedido para o maior número de contactos possíveis que lhe sejam disponíveis.*

*Questionário: [https://docs.google.com/forms/d/1HG9HfTZKIZGWargiWg-QC7gYFZe3e4n-sCCa-\\_QdcTQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/1HG9HfTZKIZGWargiWg-QC7gYFZe3e4n-sCCa-_QdcTQ/viewform)*

*Este questionário é completamente anónimo, não havendo qualquer forma de o/a identificar com a sua participação ou respostas.*

*Qualquer dúvida ou comentário sobre o questionário ou investigação poder-me-á ser colocado através do email: [renato.morais.investigacao@gmail.com](mailto:renato.morais.investigacao@gmail.com)*

*Com os melhores cumprimentos:*

Renato Morais”

Não é aqui referida qualquer questão relativa ao interesse de encontrar uma amostra de alunos do Ensino Superior, sendo tal seleção feita pela primeira pergunta do inquérito: “É atualmente aluno do Ensino Superior?”. Se a resposta for não, não se segue qualquer outra questão, apenas o botão de submissão do formulário. Com isto pretende-se limitar um reencaminhamento seletivo com base num racional não controlável de cada participante.

O inquérito online possui o título “Estudo sobre características de personalidade e sua ligação à expressão do sofrimento psíquico” e é apresentado da seguinte forma:

*“Este estudo insere-se num projeto de doutoramento que se encontra a decorrer na Universidade Fernando Pessoa. Não existem respostas certas ou erradas, pedimos-lhe apenas que responda as todas as questões com o maior grau de sinceridade ou espontaneidade que lhe for possível. No caso de uma questão ou hipóteses de resposta não se aproximarem da forma como as formularia, pedimos-lhe que mesmo assim responda com a hipótese de resposta que lhe parecer mais apropriada ao seu caso.*

*Este inquérito é completamente anónimo, não havendo qualquer forma de o identificar com a sua participação ou respostas.”*

Uma vez que se trata de um inquérito online, não existe de facto forma de identificar determinada submissão com determinada pessoa ou mesmo à verificação de se determinada pessoa colaborou ou não.

O inquérito, após submetido, não permite o reenvio, revelação das respostas a terceiros ou a correção posterior do participante.

A amostra autodefinir-se-á a partir do universo pensado (alunos de Ensino Superior) uma vez que o questionário separa, logo à partida, quais colaborações pertencem a esse Universo.

Assim, embora esta colaboração defina já uma secção do universo de alunos de Ensino Superior, a amostra, podendo ser definida como uma amostra de conveniência, será na verdade constituída pelas respostas recebidas, uma vez que não dispomos de forma de controlar e diferenciar o que foi não-receção ou não-resposta.

A secção breve e geral sobre dados demográficos é necessária para efetuar uma sumária caracterização da amostra e extrapolar as características encontradas para a população geral de estudantes do ensino universitário. Contudo, sendo um inquérito administrado de forma voluntária, não é possível partir de outra base que não seja uma amostra aleatória dentro do cômputo universitário. Ou seja, não existe estratificação por género, por idade, por ano, etc.

Tanto o IPO-R como a BSS são questionários de autorresposta, com boa validade e fiabilidade verificada em outras investigações. A IPO-R, e tanto quanto é do nosso conhecimento, não foi validada para a população portuguesa e não se encontra traduzida. Esta tradução será nossa e a validação feita a partir da própria amostra.

O IPO-R é versão abreviada do IPO (Clarkin, Kernberg e Foelsch, 2001). Na sua versão original mostrou ter uma fraca associação com uma eventual tendência dos sujeitos em escolherem respostas “socialmente corretas”. Desta forma, a IPO-R aparecerá antes da BSS como forma de tentar evitar alguma defensividade desencadeada pelas questões levantadas pela BSS e como forma de tentar reduzir o número de não-respostas por abandono precoce do preenchimento do questionário completo, deixando as questões diretamente relacionadas como a ideação suicida no final do inquérito. Esta é igualmente uma tentativa de evitar que a secção sobre características estruturais (temporalmente constantes) seja respondida sob um estado mental matizado por um maior nível de angústia do tipo agudo, mobilizado pela abordagem de conteúdos do tipo sintomático.

O tratamento estatístico, utilizando o *software* SPSS v.20, passa pela caracterização da amostra obtida de acordo com os dados encontrados e a constituição de dois grupos orientados a partir da presença ou ausência de ideação suicida. Posteriormente, ambos os subgrupos serão analisados em relação às dimensões estruturais.

O tratamento de dados relativos às hipóteses atrás levantadas só poderá naturalmente ser feito no subgrupo que apresentar ideação suicida (pontuações iguais ou superiores a seis na BSS)

As possibilidades de análise ficam dependentes do número de respostas válidas obtidas e do número de indivíduos em cada subgrupo (presença/ausência de ideação suicida).

Se o número de elementos do subgrupo com ideação suicida for estatisticamente relevante, tentar-se-á verificar ainda se existe alguma diferença entre géneros e entre deslocados.

As ferramentas estatísticas concretas dependerão da amostra obtida. Uma análise descritiva será sempre efetuada. O tipo de análise inferencial estará sempre dependente do tipo de respostas e dos tamanhos dos subgrupos.

De notar ainda que, sendo este um tema melindroso, e estando nós inseridos numa sociedade que não tem como hábito trazer à tona discussões abertas sobre o mesmo, ao que não será alheia a cultura envolvente, não será de surpreender que existam inibições nas respostas ao inquérito, nem subversões ao mesmo, sobretudo na sua parcela C.

Como se referiu, não existe forma de identificar ou contactar participantes. Este inquérito não se constitui também como um instrumento de diagnóstico suficiente ou definitivo. Mesmo assim, e levando em conta a possibilidade de que as questões colocadas mobilizem afetos, emoções ou pensamentos que levem à decisão da necessidade de procurar ajuda, é disponibilizado um contacto próprio para efeito de atendimento ou reencaminhamento. No final do inquérito insere-se a seguinte informação:

*“Se no fim deste inquérito sentir a necessidade de recorrer a um profissional especializado, podemos ser contactados pelo email: [renato.morais.consultorio@gmail.com](mailto:renato.morais.consultorio@gmail.com)”*

O documento final será redigido de acordo as normas de edição da American Psychological Association, 5ª edição (APA, 2002). Excepções serão feitas de forma a cumprir as normas de estilo para teses de doutoramento estipuladas pela Universidade Fernando Pessoa e/ou quando tal comprometa de forma significativa a apresentação, legibilidade ou sequenciação

do documento. Isto aplica-se particularmente ao estilo de tabelas apresentadas nas secções de exploração teórica.

## 4.4. Instrumentos

### 4.4.i. BSI

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) é um instrumento psicométrico de auto-resposta que pretende medir o desejo de morrer e cometer suicídio. É composta por 21 questões, cada uma com três opções de resposta. A primeira opção tem sempre uma cotação numérica de zero, a segunda de um e a terceira de dois. Uma pontuação final igual ou superior a seis indica ideação suicida clinicamente significativa do ponto de vista de risco de suicídio.

Encontra-se dividida em três partes, avaliando três dimensões de Ideação Suicida, com os seguintes conteúdos:

1. Ideação Suicida Activa:
  - 1.1. Desejo de viver
  - 1.2. Desejo de morrer
  - 1.3. Balanço entre desejo de viver *versus* morrer
  - 1.4. Tentativa de suicídio activa
  - 1.5. Tentativa de suicídio passiva
2. Ideação Suicida Passiva:
  - 2.1. Duração de ideias suicidas
  - 2.2. Frequência de ideação
  - 2.3. Atitude em relação á ideação
  - 2.4. Auto-controlo e contenção de actos suicidas
  - 2.5. Inibidores de possível tentativa de suicídio
  - 2.6. Racionalização para cometer o acto
  - 2.7. Especificidade e detalhe dos planos suicidas
  - 2.8. Acesso e oportunidade de uso de métodos pensados
  - 2.9. Noção da capacidade de realizar a tentativa
  - 2.10. Probabilidade de uma tentativa real
  - 2.11. Extensão de preparativos para o acto
  - 2.12. Preparação de notas suicidas
  - 2.13. Preparação de acontecimentos pós-suicídio
  - 2.14. Nível de ocultação do acto planificado

3. Tentativas prévias de suicídio:

3.1. Tentativa(s) de suicídio prévia(s)

3.2. Intensidade do desejo de morrer aquando a última tentativa.

4.4.ii. IPO-R

O IPO-R é uma versão europeia (Belga), revista e resumida do IPO.

O IPO (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001) resulta directamente da Teoria de Relações de Objecto de Otto Kernberg e da sua Entrevista Estrutural na construção de diagnósticos estruturais ou do nível de organização egoica. Sendo a Entrevista Estrutural altamente complexa e obrigando a amplos conhecimentos e um excelente manejo da teoria e prática psicanalítica, Kernberg e colaboradores desenvolveram dois instrumentos alternativos e mais sistemáticos: a Entrevista Estruturada para Organização da Personalidade - STIPO (Clarkin, Caligor, Stern e Kernberg, 2007) e um questionário de auto-resposta – IPO.

O IPO foi concebido para medir as dimensões de Difusão de Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste da Realidade (TR), sendo estas as suas três principais escalas. A versão americana mais recente inclui duas novas escalas, Agressão (AG) e Valores Morais (VM), sendo esta versão aumentada para fins de investigação de um modelo específico de psicoterapia desenvolvida por Kernberg e colegas (Transference-Focused Psychotherapy).

Demonstrou noutros estudos uma boa consistência interna e fiabilidade em teste-reteste, quer em populações clínicas (Berghuis e tal 2009) como não clínicas (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg e Foelsch, 2001; Normandin et al., 2002). Alguns estudos factoriais demonstram a independência das três escalas e de um modelo trifatorial, embora um modelo de dois factores seja aquele que parece estar mais fortemente subjacente ao IPO (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg e Foelsch, 2001).

O inventário demonstrou medir manifestações psicopatológicas, tal como previstas na teoria que tem por origem.

Na sua forma essencial, a IPO original consiste num inventário de 57 questões de auto-resposta do tipo escala de Likert com cinco respostas possíveis (1 para “nunca verdade” a 5

para “sempre verdade). As escalas adicionais incluem outros 29 itens. A sua distribuição é a seguinte:

- DI: 21 itens
- DP: 16 itens
- TR: 20 itens
- AG: 18 itens
- VM: 11 itens (três dos quais são derivados das três primeiras escalas principais)

O IPO-R é uma versão recentemente desenvolvida por D. Smits e cols. (2009) e parte da verificação da estrutura latente das três principais escalas da IPO, com vista á redução do número de itens e eliminação dos menos representativos do traço que pretendem medir.

Verificaram os autores que embora haja suporte para um modelo tri-fatorial desta escala, a correlação entre as sub-escalas DI e PD é tão alta que a distinção empírica entre ambas é difícil, tornando-as virtualmente inseparáveis. Com o intuito de obter uma escala mais curta mas sem perda de informação, mantendo ao mesmo tempo uma estrutura e interpretação clara, os autores optaram por usar no seu inventário revisto um modelo bi-fatorial em que os itens de DI e PD são agrupados numa mesma escala DI/PD.

Este modelo bi-fatorial acaba por ser concordante com a teoria de nível de psicopatologia de Kernberg, teoria em que os três níveis estruturais previstos são separados por dois sintomas cardinais: difusão de identidade e teste de realidade. O estilo defensivo (prevalência da clivagem ou repressão) é um factor associado às vicissitudes e dinâmicas internas, embora seja condicionante do nível de impacto estrutural.

Cada item foi analisado em termos da sua contribuição para o factor medido e aqueles com menor carga sobre o fator-alvo foram retirados. Os autores chegaram então a uma versão revista da IPO com 41 itens – 11 para TR e 30 para DI/PD. Esta versão demonstrou ter uma alta consistência interna e cada escala apresenta uma correlação elevada com as escalas da IPO original. Não se encontraram diferenças significativas aquando da sua aplicação a populações clínicas e não clínicas, pelo que os conceitos medidos não apresentam uma interpretação diferente aquando da sua aplicação a estes dois tipos de população.

A escala DI/PD demonstrou diferenciar pacientes de uma amostra normal, pacientes diagnosticados do Eixo-I do DSM-IV, e pacientes com diagnósticos do Eixo-II. Tal como previsto pela teoria, os sujeitos da amostra normal apresentaram as pontuações mais baixas nesta escala, seguidos dos pacientes com diagnóstico de Eixo-I e depois os de Eixo-II. Desta forma, os autores concluíram que a escala consegue diferenciar organizações de personalidade do nível neurótico das de nível borderline.

A escala TR não demonstrou ser uma medida específica de estrutura psicótica da personalidade mas é sensível a prejuízos do teste de realidade resultantes de sintomas psicóticos. O diagnóstico de personalidade psicótica necessita de resultados elevados tanto nesta escala como na escala DI/PD.

Inclui-se a seguir o inquérito que se pretende utilizar (Inquérito 1). Encontra-se dividido em três secções, cada uma correspondendo ao anteriormente referido da seguinte forma:

- Secção A: dados demográficos gerais
- Secção B: Inventário de Organização da Personalidade - Revisto (IPO-R)
- Secção C: Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

#### 4.5. Inquérito

Inclui-se aqui o inquérito a apresentar aos potenciais colaboradores (Inquérito 1). A sua forma *online* está disponível em:

<https://docs.google.com/forms/d/1HG9HfTZKIZGWargiWg-QC7gYFZe3e4n-sCCa-QdcTQ/viewform>

Inquérito 1: Inquérito

#### **Estudo sobre características de personalidade e sua ligação à expressão do sofrimento psíquico**

Este estudo insere-se num projecto de doutoramento que se encontra a decorrer na Universidade Fernando Pessoa. Não existem respostas certas ou erradas, pedimos-lhe apenas que responda as todas as questões com o maior grau de sinceridade ou espontaneidade que lhe for possível. No caso de uma questão ou hipóteses de resposta não se aproximarem da forma como as formularia, pedimos-lhe que mesmo assim responda com a hipótese de resposta que lhe parecer mais apropriada ao seu caso.

Este inquérito é completamente anónimo, não havendo qualquer forma de o identificar com a sua participação ou respostas.

É atualmente aluno do Ensino Superior?

Sim: \_\_\_\_ Não: \_\_\_\_

(nota: a resposta “não” a esta questão encerra, no formato online a utilizar, a participação no inquérito, sendo o colaborador levado para a página final de submissão de resposta)

## **SECÇÃO A**

1. Género: M\_\_\_ F\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Curso que frequenta: \_\_\_\_\_
4. Concelho do estabelecimento de ensino que frequenta: \_\_\_\_\_
5. Habitava já neste concelho antes de matricular no seu curso atual? Sim\_\_\_ Não\_\_\_
6. Ano do curso que frequenta: \_\_\_\_\_
7. Número de matrículas no Ensino Superior: \_\_\_\_\_
8. O número de matrículas inclui inscrições anteriores noutros cursos superiores? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

## SECÇÃO B

Por favor classifique as afirmações seguintes no grau de verdade que sente aplicarem-se a si, grau esse que vai de “Nunca verdadeiro” a “É sempre verdadeiro”. Por favor, complete todas as questões. (Por razões de comodidade e economia, abstraiu-se o sujeito sempre para masculino, quer nesta parte do questionário, quer na próxima)

	Nunca é verdadeiro	Raramente é verdadeiro	Às vezes é verdadeiro	Muitas vezes é verdadeiro	É sempre verdadeiro
1. Sinto-me um falso ou como um impostor, que os outros me vêem de forma bastante diferente daquilo que realmente sou.					
2. Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas no mundo de fora também não fazem sentido.					
3. Sinto que sou uma pessoa diferente quando estou em casa, quando comparado a quando estou no trabalho ou escola.					
4. Sinto que não consigo ter o que quero.					
5. Apercebo-me de que faço coisas que perturbam as pessoas e não sei porque essas coisas as perturbam.					
6. Alguns amigos meus ficariam surpreendidos se soubessem o quão diferente eu me comporto em diferentes situações.					
7. Sinto que os meus gostos e opiniões não são realmente meus, mas que foram emprestados de outras pessoas.					
8. Sinto que os meus desejos ou pensamentos se tornarão realidade como que por magia.					
9. As pessoas dizem-me que as provooco ou engano para que as coisas sejam como eu quero.					
10. Não tenho a certeza de se uma voz que ouvi, ou alguma coisa que vi, é algo da minha imaginação ou não.					
11. Penso que vejo coisas que, depois de olhar melhor, são afinal uma outra coisa.					
12. Não consigo explicar as mudanças no meu comportamento.					
13. Consigo ver coisas ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir.					
14. Dou comigo a fazer coisas que noutras alturas penso não serem boa ideia como ter relações sexuais promíscuas, mentir, beber, fazer birras ou infringir a Lei de formas menores.					
15. As pessoas dizem-me que me comporto de forma contraditória					
16. Não consigo dizer se determinada sensação física que estou a ter é real ou se a estou a imaginar.					
17. Ouço coisas que as outras pessoas afirmam que não estão lá.					
18. Ajo de uma maneira que os outros consideram ser errática ou imprevisível.					
19. As pessoas tendem a usar-me se não estou atento a isso.					
20. Compreendo e sei coisas que mais ninguém é capaz de compreender ou saber.					
21. Se a minha vida fosse um livro, seria mais como uma série de contos curtos escritas por vários autores, do que um longo romance.					
22. Tenho pessoas preferidas que não só admiro, como que quase idealizo.					
23. Pego em <i>hobbies</i> e interesses e depois desisto deles.					
24. Já vi coisas que não existem na realidade.					
25. Dou comigo a fazer coisas que me parecem normais enquanto as estou a fazer mas que depois quase nem me acredito que as fiz.					

	Nunca é verdadeiro	Raramente é verdadeiro	Às vezes é verdadeiro	Muitas vezes é verdadeiro	É sempre verdadeiro
26. Mesmo as pessoas que me conhecem bem não conseguem adivinhar como me vou comportar.					
27. Já ouvi ou vi coisas quando não há razão aparente para tal.					
28. É-me difícil ter a certeza acerca do que os outros pensam de mim, mesmo com pessoas que me conhecem muito bem.					
29. As pessoas tendem a reagir a mim ou avassalando-me com amor e carinho, ou abandonando-me.					
30. Tendo a sentir as coisas de forma algo extrema, experienciando ou uma grande felicidade ou um desespero imenso.					
31. Vejo-me de formas completamente diferentes em diferentes alturas.					
32. No decorrer de uma relação íntima, tenho medo de perder a minha sensação de mim.					
33. Os meus objetivos de vida mudam frequentemente de ano para ano.					
34. Sou um “venerador de heróis” mesmo se mais tarde concluo que fiz um mau julgamento.					
35. Oscilo entre ser carinhoso e cuidador nalgumas alturas, e ser frio e indiferente noutras alturas.					
36. Faço coisas impulsivamente que penso serem socialmente inaceitáveis.					
37. Os meus objetivos estão sempre a mudar.					
38. Quando tudo à minha volta está revoltado e confuso, também dentro de mim me sinto assim.					
39. As pessoas vêem-me como sendo rude ou que não levo os outros em conta, e eu não sei porquê.					
40. Sinto como se estivesse estado ou feito algo anteriormente, quando realmente não estive ou fiz.					
41. Acredito que as coisas vão acontecer por eu simplesmente pensar nelas.					

## SECÇÃO C

Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na última semana, incluindo hoje. Tenha a certeza de ler todas as afirmações de cada grupo antes de fazer uma escolha.

1	0 - Eu tenho um desejo moderado a forte de viver	
	1 - Eu tenho um desejo fraco de viver	
	2 - Eu não tenho qualquer desejo de viver	

2	0 - Eu não tenho qualquer desejo de morrer	
	1 - Eu tenho um desejo fraco de morrer	
	2 - Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer	

3	0 - As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer	
	1 - As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais	
	2 - As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver	

4	0 - Eu não tenho qualquer desejo de me matar	
	1 - Eu tenho um desejo fraco de me matar	
	2 - Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar	

5	0 - Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida	
	1 - Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida	
	2 - Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida	

**Se assinalou as afirmações 0 em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20. Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então siga para o grupo 6 na página seguinte.**

6	0 - Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente	
	1 - Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado	
	2 - Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar	

7	0 - Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar	
	1 - Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar	
	2 - Eu penso continuamente acerca de me matar	

8	0 - Eu não aceito a ideia de me matar	
	1 - Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar	
	2 - Eu aceito a ideia de me matar	

9	0 - Eu consigo conter-me a cometer suicídio	
	1 - Eu estou incerto de que consigo conter-me a cometer suicídio	
	2 - Eu não consigo conter-me a cometer suicídio	

10	0 - Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc	
	1 - - Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc	
	2 - Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc	

11	0 - As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingar-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestar-me atenção, etc	
	1 - As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas	
	2 - As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas	

12	0 - Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar	
	1 - Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes	
	2 - Eu tenho um plano específico para me matar	

13	0 - Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar	
	1 - O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo e eu não tenho realmente uma boa oportunidade para usar este método	
	2 - Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar	

14	0 – Eu não tenho coragem ou habilidade para cometer suicídio	
	1 – Eu estou incerto de que tenha a coragem ou habilidade para cometer suicídio	
	2 – Eu tenho a coragem ou habilidade para cometer suicídio	
15	0 – Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio	
	1 – Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio	
	2 – Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio	
16	0 – Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio	
	1 – Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio	
	2 – Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio	
17	0 – Eu não escrevi uma nota de suicídio	
	1 – Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei	
	2 – Eu completei uma nota de suicídio	
18	0 – Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio	
	1 – Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio	
	2 – Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio	
19	0 – Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas	
	1 – Eu contive-me de contar às pessoas acerca de me querer matar	
	2 – Eu tentei esconder, ocultar ou mentir acerca de querer cometer suicídio	
20	0 - Eu nunca tentei o suicídio	
	1 – Eu tentei o suicídio uma vez	
	2 - Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes	
<b>Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações</b>		
21	0 – O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo	
	1 – O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado	
	2 – O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado	

Se no fim deste inquérito sentir a necessidade de recorrer a um profissional especializado, podemos ser contactados pelo email: [renato.morais.consultorio@gmail.com](mailto:renato.morais.consultorio@gmail.com)

#### 4.6. Autorizações para a utilização de instrumentos

Obteve-se a autorização de uso do IPO-R através do contacto por email com o primeiro autor da publicação do instrumento, Professor Doutor Dirk Smits. Inclui-se a seguir cópia dos emails trocados:

----- Original Message -----

**Subject:**Betr.: Request of use of the IPO-R on PhD research

**Date:**Wed, 17 Jul 2013 10:09:23 +0200

**From:**Dirk Smits <dirk.smits@hubrussel.be>

**To:**Renato Morais <morais.renato@gmail.com>

Dear Renato

You can easily make up the IPO-R, as it is a subset of the original IPO. The numbers of the selected items can be found in the article in attach. I numbered the items conform their position in the IPO.

kind regards

Dirk Smits

-----  
Dirk.Smits@hubrussel.be,

Diensthooft onderzoek Prof. Opleidingen,

HUB-KAHO, Campus Brussel, E5212

Warmoesberg 26, 1000 Brussel.

Tel. 02/609.81.32 - 02/210.13.93

<http://www.HUBKAHO.be/>

>>> Renato Morais <morais.renato@gmail.com> 18:17 09/07/2013 >>>

Dear Professor Dirk Smiths,

I would like to ask your permission to use your abridged version of the IPO questioner on my PhD study, dealing with the verification of the theoretical proposition that suicidal ideation, as the onset of a suicidal process that might lead to an act out or not, tends to be more prevalent and/or stronger on people with weaker internal structures.

I'm a clinical psychologist and I've been developing my thesis in Universidade Fernando Pessoa in Portugal, under the supervision of Professor Carlos Mota Cardoso and Professor Isabel Ponte de Leão.

The study is to be conducted on higher education students in Portugal, as Heyno (2008) considers this a particular period and setting of life where structural problems tend to be more stressed out and so, more easily identifiable (identity revision, new roles, relations, difficulties and possibilities, etc. ).

With my professional background being exclusively clinical, I find your adaptation of the IPO particularly interesting and relevant, especially the way you and your colleagues combined the "Primitive Defenses"/ "Identity Diffusion" in a single thread. It's pretty much how I see it in real life on psychotherapies with patients.

I would therefore be most grateful if you would me allow the use of your work and, obviously, I could provide you in return with the Portuguese translation (already done) and the results of the said study once it's conducted and analysed.

Kind regards,

Renato Morais

Em relação à BSI, este instrumento não parece ser atualmente proprietário, encontrando-se vastamente reproduzido em livros, artigos e páginas da *internet*, sem qualquer tipo de indicação de permissão de uso obtida ou a obter se reproduzido dessas inúmeras fontes.

## V. RESULTADOS

### 5.1. Análise Descritiva

#### 5.1.i. Análise Descritiva Componente A

Conseguiram-se 103 sujeitos que colaboraram na investigação respondendo ao inquérito. As tabelas com os resultados por questão serão nomeados com um código composto pela secção do inquérito, seguida pelo número da questão. Assim, a tabela de resultados C.2, por exemplo, corresponde ao encontrado na secção 3, questão número 2. Imediatamente abaixo está a questão original do inquérito para mais fácil consulta.

Tabela 12: Análise descritiva A.1.

		<b>Género</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Masculino	54	52,4	52,4	52,4
Valid	Feminino	49	47,6	47,6	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Em termos do Género dos inquiridos, temos que 54 pessoas correspondentes a 52,4% do total são do Género Masculino, enquanto que 49 correspondentes a 47,6% dos inquiridos, são do Género Feminino. Há portanto um razoável equilíbrio entre os Géneros na nossa amostra.

Tabela 13: Análise descritiva A.2.

		<b>Idade</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	18	3	2,9	2,9	2,9
	19	9	8,7	8,7	11,7
	20	15	14,6	14,6	26,2
	21	31	30,1	30,1	56,3
Valid	22	26	25,2	25,2	81,6
	23	12	11,7	11,7	93,2
	24	4	3,9	3,9	97,1
	25	3	2,9	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Em termos de idade, temos que a idade mínima dos inquiridos é 18, com um máximo de 25, e uma média de 21,31.

Tabela 14: Análise descritiva A.3.

<b>Curso que frequenta</b>					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
	Engenharia Civil	6	5,8	5,8	5,8
	Engenharia Mecânica	6	5,8	5,8	11,7
	Engenharia Informática	5	4,9	4,9	16,5
	Engenharia Eletrotécnica	5	4,9	4,9	21,4
	Engenharia e Gestão Industrial	4	3,9	3,9	25,2
	Bioengenharia	3	2,9	2,9	28,2
	Ciências de Engenharia	1	1,0	1,0	29,1
	Economia	5	4,9	4,9	34,0
	Gestão	4	3,9	3,9	37,9
	Arquitectura	3	2,9	2,9	40,8
	Medicina	9	8,7	8,7	49,5
	Psicologia	4	3,9	3,9	53,4
	Direito	3	2,9	2,9	56,3
Valid	Ciências do Desporto	4	3,9	3,9	60,2
	Farmácia	2	1,9	1,9	62,1
	LLM	3	2,9	2,9	65,0
	História	1	1,0	1,0	66,0
	Geografia	1	1,0	1,0	67,0
	Sociologia	1	1,0	1,0	68,0
	Nutrição	1	1,0	1,0	68,9
	Enfermagem	6	5,8	5,8	74,8
	Medicina Dentária	3	2,9	2,9	77,7
	Medicina Veterinária	2	1,9	1,9	79,6
	Matemática	4	3,9	3,9	83,5
	Física	3	2,9	2,9	86,4
	Engenharia Química	4	3,9	3,9	90,3
	Biologia	3	2,9	2,9	93,2
	Química	3	2,9	2,9	96,1

Engenharia do Ambiente	2	1,9	1,9	98,1
Educação Básica	2	1,9	1,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Em termos do Curso que o inquirido frequenta, temos uma grande dispersão dos resultados. Nenhum dos cursos chega a 10% do total, sendo que o curso mais representado é o de Medicina com 8,7% dos inquiridos, seguido dos cursos de Engenharia Civil, Engenharia Mecânica, e Enfermagem, todos com 5,8% do total de inquiridos. Todos os restantes cursos apresentam um valor percentual inferior a 5% do total. De notar contudo que a área das engenharias reúne per si 36 elementos correspondentes a quase 35% do total de inquiridos.

Tabela 15: Análise descritiva A.4.

<b>Concelho do estabelecimento de ensino que frequenta</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Porto	94	91,3	91,3	91,3
Braga	5	4,9	4,9	96,1
Aveiro	4	3,9	3,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Em termos do Concelho do estabelecimento de ensino frequentado pelos inquiridos, 94 correspondentes a 91,3% são do concelho do Porto, 5 correspondentes a 4,9% são do concelho de Braga, e 4 correspondentes a 3,9% são do concelho de Aveiro.

Tabela 16: Análise descritiva A.5

<b>Habitava já neste concelho antes de matricular no seu curso atual?</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	11	10,7	10,7	10,7
Sim	92	89,3	89,3	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Do total de inquiridos, apenas 11 correspondentes a 10,7% do total tiveram que mudar de habitação para um novo concelho por força de se maticularem no curso universitário que frequentam. Os restantes 89,3% mantiveram-se no mesmo concelho.

Tabela 17: Análise descritiva A.6.

<b>Ano do curso que frequenta</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	9	8,7	8,7
	2	15	14,6	23,3
Valid	3	29	28,2	51,5
	4	28	27,2	78,6
	5	22	21,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Em termos do ano de curso frequentado, variou entre o primeiro e o quinto ano, com uma média de 3,38, ou seja, a maioria dos estudantes encontra-se no terceiro ano ou acima.

Tabela 18: Análise descritiva A.7

<b>Número de matrículas no Ensino Superior</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	4	3,9	3,9
	2	9	8,7	12,6
	3	19	18,4	31,1
Valid	4	42	40,8	71,8
	5	28	27,2	99,0
	6	1	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Em termos de matrículas no ensino superior, variam igualmente entre um mínimo de um e seis, com uma média de 3,82, o que significa que há cerca de um semestre de atraso por parte dos alunos.

Tabela 19: Análise decritiva A.8.

<b>Número de matrículas inclui inscrições anteriores noutros cursos superiores?</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Não	100	97,1	97,1
Valid	Sim	3	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Por outro lado, 100 dos 103 inquiridos, ou seja, 97,1% do total não frequentaram anteriormente qualquer outro curso superior, apenas 2,9% o fizeram.

5.1.ii. Análise Descritiva Componente B

Tabela 20: Análise decritiva B.1

**Sinto-me um falso ou como um impostor, que os outros me vêm de forma bastante diferente daquilo que realmente sou.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	80	77,7	77,7	77,7
Raramente é verdadeiro	15	14,6	14,6	92,2
Valid Às vezes é verdadeiro	7	6,8	6,8	99,0
Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Em relação à questão B1, aquilo que verificamos é que nenhum dos inquiridos identifica como sendo sempre verdadeiro sentir-se como um falso ou um impostor. Aliás, 77,7% dos inquiridos afirmam que tal nunca é verdadeiro, e 14,6% que raramente é verdadeiro, o que deixa um total de 92,2% que nunca ou quase nunca se sente como um falso ou um impostor. Apenas 6,8% afirma que tal às vezes é verdadeiro, e 1 único inquirido diz que tal muitas vezes é verdadeiro.

Tabela 21: Análise decritiva B.2.

**Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas no mundo de fora também não fazem sentido.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	48	46,6	46,6	46,6
Raramente é verdadeiro	53	51,5	51,5	98,1
Valid Às vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	99,0
Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Quanto à questão B2, temos que novamente nenhum inquirido afirma que quando está nervoso ou confuso lhe parece que as coisas no mundo de fora não façam sentido. Apenas 1 inquirido indica que isso muitas vezes é verdadeiro, e igualmente um único inquirido afirma que tal às vezes é verdadeiro. O que nos deixa com 98,1% de inquiridos que indicam que nunca ou raramente esta situação ocorre.

Tabela 22: Análise decritiva B.3.

**Sinto que sou uma pessoa diferente quando estou em casa, quando comparado a quando estou no trabalho ou escola.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	21	20,4	20,4	20,4
Raramente é verdadeiro	23	22,3	22,3	42,7
Às vezes é verdadeiro	32	31,1	31,1	73,8
Muitas vezes é verdadeiro	25	24,3	24,3	98,1
É sempre verdadeiro	2	1,9	1,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

No que se refere à questão B3, as respostas são diferentes das duas questões anteriores. Assim, quando perguntado ao inquirido se ele sente ser uma pessoa diferente em casa, quando é comparado à sua maneira de ser no trabalho ou escola, 20,4% dos inquiridos indicam que tal nunca é verdadeiro, 22,3% que o é raramente, 31,1% que o é às vezes, 24,3% que o é muitas vezes, e 1,9% que o é sempre.

Tabela 23: Análise decritiva B.4.

**Sinto que não consigo ter o que quero.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	17	16,5	16,5	16,5
Raramente é verdadeiro	29	28,2	28,2	44,7
Às vezes é verdadeiro	29	28,2	28,2	72,8
Muitas vezes é verdadeiro	23	22,3	22,3	95,1
É sempre verdadeiro	5	4,9	4,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Quanto à questão B4, “Sinto que não consigo ter o que quero”, verificamos que temos uma grande dispersão de respostas. 16,5% dos inquiridos afirmam que tal nunca é verdadeiro, 28,2% que raramente é verdadeiro, a mesma percentagem que diz que isso às vezes é verdadeiro. Por sua vez, 22,3% dos inquiridos dizem que tal muitas vezes é verdadeiro e 4,9% que é sempre verdadeiro.

Tabela 24: Análise descritiva B.5.

**Apercebo-me de que faço coisas que perturbam as pessoas e não sei porque essas coisas as perturbam.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	67	65,0	65,0	65,0
Raramente é verdadeiro	22	21,4	21,4	86,4
Valid Às vezes é verdadeiro	13	12,6	12,6	99,0
Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Referentemente à questão B5, verificamos que nenhum inquirido afirma aperceber-se de que faça coisas que perturbem as pessoas e desconhecer o porquê dessas coisas as perturbarem. 65% dos inquiridos afirma que tal nunca é verdadeiro, e 21,4% dos inquiridos que raramente é verdadeiro, 12,6% afirma que isso ocorre às vezes, e apenas um inquirido que isso ocorre muitas vezes.

Tabela 25: Análise descritiva B.6.

**Alguns amigos meus ficariam surpreendidos se soubessem o quão diferente eu me comporto em diferentes situações.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	48	46,6	46,6	46,6
Raramente é verdadeiro	39	37,9	37,9	84,5
Valid Às vezes é verdadeiro	11	10,7	10,7	95,1
Muitas vezes é verdadeiro	4	3,9	3,9	99,0
É sempre verdadeiro	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Na questão B6, uma vez mais a larga maioria das respostas centrou-se nos limites inferiores de pontuação. Assim, 46,6% dos inquiridos, dizem nunca ser verdadeiro que amigos seus ficassem surpreendidos com diferentes comportamentos em diferentes situações, e 37,9% indicam que tal raramente é verdadeiro, 10,7% indicam que isso às vezes é verdadeiro, enquanto 3,9% indicam que o é muitas vezes, apenas um inquirido afirma que a situação descrita é sempre verdadeira.

Tabela 26: Análise decritiva B.7.

**Sinto que os meus gostos e opiniões não são realmente meus, mas que foram emprestados de outras pessoas.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Nunca é verdadeiro	62	60,2	60,2	60,2
Raramente é verdadeiro	28	27,2	27,2	87,4
Às vezes é verdadeiro	8	7,8	7,8	95,1
Muitas vezes é verdadeiro	3	2,9	2,9	98,1
É sempre verdadeiro	2	1,9	1,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

No que se refere a esta questão, 60,2% dos inquiridos afirma nunca ser verdadeiro que os seus gostos e opiniões sejam emprestados de outras pessoas, enquanto que 27,2% afirmam que esse comportamento raramente é verdadeiro. Por seu turno, 7,8% dos inquiridos dizem que isso às vezes é verdadeiro, 2,9% dos inquiridos que tal situação ocorre muitas vezes, e 1,9% que isso é sempre verdadeiro. Assim, temos um total de 5 elementos que com muita frequência sentem a sua personalidade ser moldada com base na personalidade de outras pessoas.

Tabela 27: Análise decritiva B.8.

**Sinto que os meus desejos ou pensamentos se tornarão realidade como que por magia.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Nunca é verdadeiro	81	78,6	78,6	78,6
Raramente é verdadeiro	14	13,6	13,6	92,2
Às vezes é verdadeiro	3	2,9	2,9	95,1
Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	1,9	97,1
É sempre verdadeiro	3	2,9	2,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

No que diz respeito à questão B8, 78,6% dos inquiridos afirmam como nunca é verdadeiro sentirem que os seus desejos e pensamentos se tornarão realidade como que por magia, 13,6% dos inquiridos sente que tal é raramente verdadeiro, 2,9% em ambos os casos afirmam como às vezes e é sempre verdadeiro. Apenas 1,9% dos inquiridos indicam como sendo muitas vezes verdadeira tal afirmação.

Tabela 28: Análise decritiva B.9.

<b>As pessoas dizem-me que as provoço ou engano para que as coisas sejam como eu quero.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	28	27,2	27,2	27,2
Raramente é verdadeiro	27	26,2	26,2	53,4
Às vezes é verdadeiro	32	31,1	31,1	84,5
Muitas vezes é verdadeiro	12	11,7	11,7	96,1
É sempre verdadeiro	4	3,9	3,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Na questão B9, as opiniões divergem, com 27,2% dos inquiridos a afirmar que nunca é verdadeiro que as pessoas lhes digam que o inquirido as provoca ou engana para que as coisas sejam como ele quer, 26,2% indicando tal raramente ser verdadeiro, 31,1% dos inquiridos afirmando que essa situação às vezes é verdadeira, 11,7% como sendo muitas vezes verdadeiro, e por fim, apenas 3,9% dos inquiridos indicando que tal afirmação é sempre verdadeira.

Tabela 29: Análise decritiva B.10.

<b>Não tenho a certeza de se uma voz que ouvi, ou alguma coisa que vi, é algo da minha imaginação ou não.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	96	93,2	93,2	93,2
Raramente é verdadeiro	4	3,9	3,9	97,1
Muitas vezes é verdadeiro	3	2,9	2,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

No que diz respeito à questão B10, a larga maioria dos inquiridos afirmou nunca ser verdadeiro não terem a certeza de se uma voz que ouviram, ou alguma coisa que viram, ser algo da sua imaginação ou não, com uma percentagem de 93,2%. Temos ainda que 3,9% dos inquiridos a afirmam que tal é raramente verdadeiro. Apenas 2,9% dos inquiridos indicam essa situação ser muitas vezes verdadeira.

Tabela 30: Análise decritiva B.11.

<b>Penso que vejo coisas que, depois de olhar melhor, são afinal uma outra coisa.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	52	50,5	50,5
	Raramente é verdadeiro	29	28,2	78,6
Valid	Às vezes é verdadeiro	11	10,7	89,3
	Muitas vezes é verdadeiro	11	10,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que concerne à questão B11, perante a afirmação “Penso que vejo coisas que, depois de olhar melhor, são afinal uma outra coisa.”, 50,5% dos inquiridos afirmaram nunca ser verdadeiro, 28,2% afirmaram raramente ser verdadeiro. 10,7% é a percentagem quer dos que afirmam ser às vezes verdadeiro, quer dos que afirmam ser muitas vezes verdadeiro.

Tabela 31: Análise decritiva B.12.

<b>Não consigo explicar as mudanças no meu comportamento.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	69	67,0	67,0
	Raramente é verdadeiro	23	22,3	89,3
Valid	Às vezes é verdadeiro	10	9,7	99,0
	É sempre verdadeiro	1	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Referente à questão B12, para 67% dos inquiridos nunca é verdadeiro que não consigam explicar as mudanças no seu comportamento, assim como 22,3% afirmaram que raramente é verdadeiro que tal aconteça. 9,7% indicam que às vezes não conseguem explicar as mudanças no seu comportamento. Apenas para 1% dos inquiridos é sempre verdadeiro que não consigam explicar as mudanças no seu comportamento.

Tabela 32: Análise decritiva B.13.

<b>Consgo ver coisas ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca é verdadeiro	83	80,6	80,6
	Raramente é verdadeiro	12	11,7	92,2
	Às vezes é verdadeiro	2	1,9	94,2
	Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	96,1
	É sempre verdadeiro	4	3,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

No que respeita à questão B13, há uma concentração de respostas no limite inferior, com 80,6% dos inquiridos a afirmar que nunca é verdadeiro que consigam ver coisas ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir, enquanto que 11,7% afirmam que tal é raramente verdadeiro. 1,9% indicam que tal ocorre às vezes e a mesma percentagem afirma que tal ocorre muitas vezes verdadeiro. Por fim, 3,9% dos inquiridos afirma que tal é sempre verdadeiro. Temos um conjunto de 8 indivíduos que com média ou elevada frequência afirma conseguir ver ou ouvir coisas que acham que os outros não conseguem.

Tabela 33: Análise decritiva B.14.

<b>Dou comigo a fazer coisas que noutras alturas penso não serem boa ideia como ter relações sexuais promíscuas, mentir, beber, fazer birras ou infringir a Lei de formas menores.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca é verdadeiro	27	26,2	26,2
	Raramente é verdadeiro	26	25,2	51,5
	Às vezes é verdadeiro	40	38,8	90,3
	Muitas vezes é verdadeiro	7	6,8	97,1
	É sempre verdadeiro	3	2,9	100,0
	<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Na questão B14, mais uma vez existe uma divergência de opiniões, com 26,2% a indicar que nunca é verdadeiro que façam coisas que em outras alturas pensam não ser boa ideia, e 25,2% a indicar que tal raramente é verdadeiro. 38,8% dos inquiridos afirma fazê-lo por vezes, 6,8% dos inquiridos indica fazê-lo muitas vezes verdadeira, sendo que 2,9% dos inquiridos afirma fazê-lo sempre.

Tabela 34: Análise descritiva B.15.

<b>As pessoas dizem-me que me comporto de forma contraditória.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	51	49,5	49,5
	Raramente é verdadeiro	43	41,7	91,3
	Às vezes é verdadeiro	6	5,8	97,1
Valid	Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	98,1
	É sempre verdadeiro	2	1,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Quanto à questão B15, 49,5% dos inquiridos afirma que nunca é verdadeiro as pessoas dizerem-lhe que se comporta de forma contraditória, com 41,7% dos inquiridos a afirmar que tal raramente é verdadeiro, e para 5,8% dos inquiridos às vezes é verdadeira a afirmação. As respostas do limite superior tiveram uma percentagem pequena por parte dos inquiridos, com apenas 1% destes a afirmarem que consideram a afirmação muitas vezes verdadeira, e para 1,9% dos inquiridos tal é sempre verdadeiro.

Tabela 35: Análise descritiva B.16.

<b>Não consigo dizer se determinada sensação física que estou a ter é real ou se a estou a imaginar.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	83	80,6	80,6
	Raramente é verdadeiro	13	12,6	93,2
	Às vezes é verdadeiro	1	1,0	94,2
Valid	Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	96,1
	É sempre verdadeiro	4	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No referente à questão B16, a maioria dos inquiridos, com 80,6% considera que nunca é verdadeiro que não consigam dizer se determinada sensação física que estão a ter é real ou se a estão a imaginar, assim como para 12,6% dos inquiridos tal raramente é verdadeiro. Apenas para 1% dos inquiridos tal é às vezes verdadeiro, e 1,9% dos inquiridos afirmam ser muitas vezes verdadeiro. 3,9% dos inquiridos considera a afirmação sempre verdadeira.

Tabela 36: Análise decritiva B.17.

<b>Ouço coisas que as outras pessoas afirmam que não estão lá.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	92	89,3	89,3
	Raramente é verdadeiro	6	5,8	95,1
Valid	Às vezes é verdadeiro	2	1,9	97,1
	É sempre verdadeiro	3	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Referentemente à questão B17, mais uma vez há uma predominância de respostas no limite inferior, com 89,3% dos inquiridos a afirmar que nunca é verdadeiro que ouçam coisas que as outras pessoas afirmam que não estão lá, e 5,8% a afirmar que tal raramente é verdadeiro. 1,9% indicam que tal às vezes é verdadeiro, e para apenas 2,9% dos inquiridos a afirmação é sempre verdadeira.

Tabela 37: Análise decritiva B.18.

<b>Ajo de uma maneira que os outros consideram ser errática ou imprevisível.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	73	70,9	70,9
	Raramente é verdadeiro	25	24,3	95,1
Valid	Às vezes é verdadeiro	1	1,0	96,1
	Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	98,1
	É sempre verdadeiro	2	1,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que diz respeito à questão B18, novamente a maioria dos inquiridos com 70,9% afirmam que nunca é verdadeiro agirem de uma maneira que os outros consideram ser errática ou imprevisível, e para 24,3% tal é raramente verdadeiro. Para 1% dos inquiridos tal comportamento é às vezes verdadeiro, e para apenas 1,9% dos inquiridos muitas vezes é verdadeiro, a mesma percentagem que indica ser sempre verdadeira a afirmação.

Tabela 38: Análise decritiva B.19.

<b>As pessoas tendem a usar-me se não estou atento a isso.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	68	66,0	66,0
	Raramente é verdadeiro	14	13,6	79,6
	Às vezes é verdadeiro	14	13,6	93,2
Valid	Muitas vezes é verdadeiro	4	3,9	97,1
	É sempre verdadeiro	3	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que toca à questão B19, 66% dos inquiridos afirmam nunca ser verdadeiro que as pessoas os tendam a usar se eles não estiverem atentos a isso. 13,6% afirmam que tal situação raramente é verdadeira, a mesma percentagem que afirma que isso ocorre às vezes. 3,9% dos inquiridos indicam que muitas vezes é verdadeiro serem usados pelos outros, e 2,9% que tal é sempre verdadeiro.

Tabela 39: Análise decritiva B.20.

<b>Compreendo e sei coisas que mais ninguém é capaz de compreender ou saber.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	83	80,6	80,6
	Raramente é verdadeiro	12	11,7	92,2
	Às vezes é verdadeiro	2	1,9	94,2
Valid	Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	96,1
	É sempre verdadeiro	4	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que diz respeito à questão B20, 80,6% dos inquiridos dizem nunca acontecer que eles compreendam ou saibam coisas que mais ninguém é capaz de compreender ou saber, enquanto 11,7% afirmam que isso raramente é verdadeiro. Apenas 1,9% indica que tal ocorre por vezes, enquanto outros 1,9% afirmam que essa situação acontece muitas vezes. Há 3,9% dos inquiridos que dizem que o descrito na questão é sempre verdadeiro.

Tabela 40: Análise descritiva B.21.

**Se a minha vida fosse um livro, seria mais como uma série de contos curtos escritas por vários autores, do que um longo romance.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	23	22,3	22,3	22,3
Raramente é verdadeiro	26	25,2	25,2	47,6
Às vezes é verdadeiro	21	20,4	20,4	68,0
Muitas vezes é verdadeiro	17	16,5	16,5	84,5
É sempre verdadeiro	16	15,5	15,5	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Referentemente à questão B21, as respostas divergem, com 22,3% dos inquiridos a afirmar que nunca é verdadeiro que se a vida deles fosse um livro, seria mais como uma série de contos curtos escritas por vários autores, do que um longo romance, e 25,2% a indicar que tal afirmação é raramente verdadeira. Para 20,4% tal interpretação da sua vida é às vezes verdadeiro, e para 16,5% dos inquiridos a afirmação é muitas vezes verdadeira. 15,5% Interpretam a afirmação como sendo sempre verdadeira.

Tabela 41: Análise descritiva B.22.

**Tenho pessoas preferidas que não só admiro, como que quase idealizo.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	31	30,1	30,1	30,1
Raramente é verdadeiro	18	17,5	17,5	47,6
Às vezes é verdadeiro	15	14,6	14,6	62,1
Muitas vezes é verdadeiro	22	21,4	21,4	83,5
É sempre verdadeiro	17	16,5	16,5	100,0
Total	103	100,0	100,0	

No tocante à questão B22, 30,1% dos inquiridos afirma que nunca é verdadeiro que tenham pessoas preferidas que não só admiram, como quase que idealizam, e 17,5% indicam que tal raramente é verdadeiro. Para 14,6% a afirmação antes descrita por vezes é verdadeira, e 21,4% indicou ser muitas vezes verdadeira. Para 16,5% dos inquiridos é sempre verdadeira a asserção descrita.

Tabela 42: Análise decritiva B.23.

<b>Pego em hobbies e interesses e depois desisto deles.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	19	18,4	18,4
	Raramente é verdadeiro	34	33,0	51,5
Valid	Às vezes é verdadeiro	31	30,1	81,6
	Muitas vezes é verdadeiro	15	14,6	96,1
	É sempre verdadeiro	4	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que se refere à questão B23, as respostas voltam a divergir, com 18,4% dos inquiridos a afirmar que nunca é verdadeiro que peguem em hobbies e interesses e depois desistam deles, assim como para 33% tal é raramente verdadeiro. Já 30,1% dos inquiridos admite que tal situação por vezes acontece, e para 14,6% dos inquiridos isto é muitas vezes verdadeiro. Apenas 3,9% dos inquiridos entende como sendo sempre verdadeiro pegar em hobbies e interesses e desistir deles.

Tabela 43: Análise decritiva B.24.

<b>Já vi coisas que não existem na realidade.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	93	90,3	90,3
	Raramente é verdadeiro	7	6,8	97,1
Valid	Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	98,1
	É sempre verdadeiro	2	1,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Na questão B24, 90,3% dos inquiridos afirma nunca ter visto coisas que não existam na realidade, enquanto 6,8% indica que tal ocorrência é rara. 1% dos inquiridos afirma muitas vezes já ter visto coisas que não existem na realidade, e 1,9% que tal ocorre sempre.

Tabela 44: Análise decritiva B.25.

**Dou comigo a fazer coisas que me parecem normais enquanto as estou a fazer mas que depois quase nem me acredito que as fiz.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca é verdadeiro	98	95,1	95,1	95,1
Raramente é verdadeiro	1	1,0	1,0	96,1
Às vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	97,1
Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	98,1
É sempre verdadeiro	2	1,9	1,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Nas respostas à questão B25, houve uma grande concentração no limite inferior, pois 95,1% dos inquiridos afirmam nunca terem dado com eles a fazerem coisas que lhes parecem normais enquanto as fazem, mas que depois quase nem se acreditam que as tenham feito. Os restantes 5 inquiridos, distribuem-se pelas outras opções, um afirma que essa situação raramente é verdadeira, outro que o é às vezes, e ainda outro que o é muitas vezes. Dois inquiridos correspondentes a 1,9% do total, afirmam ser sempre verdadeiro fazerem o que descreve o enunciado da questão.

Tabela 45: Análise decritiva B.26.

**Mesmo que as pessoas que me conhecem bem não conseguem adivinhar como me vou comportar.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca é verdadeiro	48	46,6	46,6	46,6
Raramente é verdadeiro	25	24,3	24,3	70,9
Às vezes é verdadeiro	21	20,4	20,4	91,3
Muitas vezes é verdadeiro	5	4,9	4,9	96,1
É sempre verdadeiro	4	3,9	3,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

No que diz respeito à questão B26, 46,6% dos inquiridos afirma nunca ocorrer que as pessoas que os conheçam bem não consigam adivinhar como eles se vão comportar. Já 24,3% dos inquiridos afirmam que tal raramente é verdadeiro, enquanto 20,4% indicam que o é às vezes. Apenas 4,9% indicam ser muitas vezes verdadeiro o proposto no enunciado, havendo 3,9% que indicam que tal ocorre sempre.

Tabela 46: Análise descritiva B.27.

<b>Já ouvi ou vi coisas quando não há razão aparente para tal.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	94	91,3	91,3
	Raramente é verdadeiro	5	4,9	96,1
Valid	Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	97,1
	É sempre verdadeiro	3	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Na questão B27, “Já ouvi ou vi coisas quando não há razão aparente para tal”, 91,3% dos inquiridos afirmam que isso nunca é verdadeiro, enquanto 4,9% afirmam que isso apenas raramente ocorre. 1% dos inquiridos indicam essa situação como de ocorrência muito frequente, e 2,9% como sendo uma situação de ocorrência permanente.

Tabela 47: Análise descritiva B.28.

<b>É-me difícil ter a certeza acerca do que os outros pensam de mim, mesmo com pessoas que me conhecem muito bem.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	46	44,7	44,7
	Raramente é verdadeiro	22	21,4	66,0
Valid	Às vezes é verdadeiro	25	24,3	90,3
	Muitas vezes é verdadeiro	6	5,8	96,1
	É sempre verdadeiro	4	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que se refere à questão B28, temos que 44,7% dos inquiridos afirmam nunca ser-lhes difícil ter a certeza acerca do que os outros pensam deles, mesmo com pessoas que os conheçam muito bem. Para 21,4% tal raramente é verdadeiro, enquanto para 24,3% o é às vezes. Há 5,8% de respostas que indicam ser muitas vezes verdadeira a situação descrita, e 3,9% que indicam o ser sempre.

Tabela 48: Análise decritiva B.29.

**As pessoas tendem a reagir a mim ou avassalando-me com amor e carinho, ou abandonando-me.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca é verdadeiro	36	35,0	35,0	35,0
Raramente é verdadeiro	35	34,0	34,0	68,9
Às vezes é verdadeiro	25	24,3	24,3	93,2
Muitas vezes é verdadeiro	3	2,9	2,9	96,1
É sempre verdadeiro	4	3,9	3,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

A análise da questão B29, mostra que para 35% dos inquiridos nunca é verdadeiro que as pessoas tendam a avassalá-los com amor e carinho ou a abandoná-los. Já para 34% essa situação raramente é verdadeira, enquanto para 24,3% o é às vezes. Para 2,9% o descrito ocorre muitas vezes, e para 3,9% ocorre sempre.

Tabela 49: Análise decritiva B.30.

**Tendo a sentir as coisas de forma algo extrema, experienciando ou uma grande felicidade ou um desespero imenso.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca é verdadeiro	72	69,9	69,9	69,9
Raramente é verdadeiro	18	17,5	17,5	87,4
Às vezes é verdadeiro	5	4,9	4,9	92,2
Muitas vezes é verdadeiro	5	4,9	4,9	97,1
É sempre verdadeiro	3	2,9	2,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Na questão B30, 69,9% das respostas apontam para que nunca seja verdadeiro os inquiridos tenderem a sentir as coisas de forma algo extrema, quer com grande felicidade, quer com desespero imenso. 17,5% apontam essa situação como ocorrendo raramente, 4,9% como ocorrendo por vezes, e também 4,9% como ocorrendo muitas vezes. Apenas 2,9% indicam que essa forma de sentir é sempre verdadeira.

Tabela 50: Análise decritiva B.31.

<b>Vejo-me de formas completamente diferentes em diferentes alturas</b>					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Nunca é verdadeiro	52	50,5	50,5	50,5
	Raramente é verdadeiro	27	26,2	26,2	76,7
	Às vezes é verdadeiro	12	11,7	11,7	88,3
	Muitas vezes é verdadeiro	7	6,8	6,8	95,1
	É sempre verdadeiro	5	4,9	4,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Observando as respostas à questão B31, temos que 50,5% dos inquiridos indica nunca ver-se de formas completamente diferentes em diferentes alturas, enquanto 26,2% indica essa situação como raramente ocorrendo. Para 11,7% essa forma de se ver é verdadeira por vezes, e para 6,8% é verdadeira muitas vezes. Há 4,9% de inquiridos que afirma ver-se sempre de forma completamente diferente consoante a altura.

Tabela 51: Análise decritiva B.32.

<b>No decorrer de uma relação íntima, tenho medo de perder a minha sensação de mim.</b>					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Nunca é verdadeiro	76	73,8	73,8	73,8
	Raramente é verdadeiro	21	20,4	20,4	94,2
	Às vezes é verdadeiro	2	1,9	1,9	96,1
	Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	1,9	98,1
	É sempre verdadeiro	2	1,9	1,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

A questão B32, é referente ao comportamento dos inquiridos no decorrente de uma relação íntima, em que estes sintam medo de perder a sensação de si. 73,8% afirma que tal nunca ocorre, sendo que 20,4% indica que isso raramente é verdadeiro. Os restantes inquiridos distribuem-se de forma homogénea pelas restantes hipóteses, 1,9% para cada uma, ou seja, para aqueles que indicam que às vezes é verdadeira essa situação, para aqueles para quem o é muitas vezes, e para aqueles para quem o é sempre.

Tabela 52: Análise decritiva B.33.

<b>Os meus objectivos de vida mudam frequentemente de ano para ano.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	31	30,1	30,1
	Raramente é verdadeiro	17	16,5	46,6
Valid	Às vezes é verdadeiro	31	30,1	76,7
	Muitas vezes é verdadeiro	14	13,6	90,3
	É sempre verdadeiro	10	9,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que toca à questão B33, 30,1% dos inquiridos afirma que os seus objetivos de vida nunca mudam frequentemente de ano para ano. Já 16,5% afirmam que raramente seja verdadeiro que isso aconteça. 30,1% indicam que por vezes os seus objetivos de vida mudem de ano para ano, e 13,6% que isso ocorre muitas vezes. 9,7% dizem mudar sempre de objetivos de ano para ano.

Tabela 53: Análise decritiva B.34.

<b>Sou um "venerador de heróis" mesmo se mais tarde concluo que fiz um mau julgamento.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	84	81,6	81,6
	Raramente é verdadeiro	13	12,6	94,2
Valid	Às vezes é verdadeiro	3	2,9	97,1
	Muitas vezes é verdadeiro	3	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Na questão B34, 81,6% dos inquiridos indica nunca ser um venerador de heróis, enquanto 12,6% afirma que tal raramente é verdadeiro. 2,9% afirma que às vezes o é, mesmo que mais tarde conclua que fez um mau julgamento, a mesma percentagem que afirma que isso muitas vezes é verdadeiro.

Tabela 54: Análise descritiva B.35.

**Oscilo entre ser carinhoso e cuidador nalgumas alturas, e ser frio e indiferente noutras alturas.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca é verdadeiro	42	40,8	40,8	40,8
Raramente é verdadeiro	12	11,7	11,7	52,4
Às vezes é verdadeiro	28	27,2	27,2	79,6
Muitas vezes é verdadeiro	11	10,7	10,7	90,3
É sempre verdadeiro	10	9,7	9,7	100,0
Total	103	100,0	100,0	

A questão B35 referia-se à oscilação que o inquirido poderia ter entre ser carinhoso e cuidador nalgumas alturas, e frio e indiferente noutras. 40,8% afirmam que isso nunca acontece, 11,7% que acontece raramente, 27,2% que ocorre às vezes. Para 10,7% isso muitas vezes é verdadeiro, e para 9,7% é-o sempre.

Tabela 55: Análise descritiva B.36.

**Faço coisas impulsivamente que penso serem socialmente inaceitáveis.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca é verdadeiro	73	70,9	70,9	70,9
Raramente é verdadeiro	18	17,5	17,5	88,3
Às vezes é verdadeiro	3	2,9	2,9	91,3
Muitas vezes é verdadeiro	5	4,9	4,9	96,1
É sempre verdadeiro	4	3,9	3,9	100,0
Total	103	100,0	100,0	

A questão B36 pretendia verificar se os inquiridos faziam coisas impulsivamente que pensassem ser socialmente inaceitáveis. Para 70,9% dos inquiridos, essa asserção nunca é verdadeira, e para 17,5% raramente o é. Há 2,9% que afirma que isso ocorre às vezes, 4,9% que ocorre muitas vezes, e 3,9% que ocorre sempre. Estamos perante um total de 8,7% de inquiridos que afirmam ter com elevada frequência comportamentos impulsivos que eles classificariam como socialmente inaceitáveis.

Tabela 56: Análise decritiva B.37.

<b>Os meus objectivos estão sempre a mudar.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca é verdadeiro	34	33,0	33,0
	Raramente é verdadeiro	19	18,4	51,5
	Às vezes é verdadeiro	29	28,2	79,6
	Muitas vezes é verdadeiro	12	11,7	91,3
	É sempre verdadeiro	9	8,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Na análise à questão B37, verificamos que para 33% dos inquiridos nunca é verdadeiro que os seus objetivos estejam sempre a mudar. Há 18,4% de inquiridos para os quais isto raramente é verdadeiro, e 28,2% para os quais o é às vezes. 11,7% dos inquiridos afirma ser muitas vezes verdadeira a mudança de objetivos, e 8,7% afirma que é sempre verdadeiro que os seus objetivos mudem sempre.

Tabela 57: Análise decritiva B.38.

<b>Quanto tudo à minha volta está revoltado e confuso, também dentro de mim me sinto assim.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca é verdadeiro	59	57,3	57,3
	Raramente é verdadeiro	32	31,1	88,3
	Às vezes é verdadeiro	5	4,9	93,2
	Muitas vezes é verdadeiro	3	2,9	96,1
	É sempre verdadeiro	4	3,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Na questão B38, 57,3% dos inquiridos afirma nunca ser verdadeiro que se sintam interiormente revoltos e confusos quando à volta deles tudo está dessa forma. 31,1% afirma que isso raramente é verdadeiro, enquanto 4,9% afirma que às vezes o é. Há 2,9% de inquiridos que entendem essa situação como muitas vezes verdadeira, e 3,9% como sendo sempre verdadeira.

Tabela 58: Análise decritiva B.39.

**As pessoas vêm-me como sendo rude ou que não levo os outros em conta, e eu não sei porquê.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	68	66,0	66,0	66,0
Raramente é verdadeiro	21	20,4	20,4	86,4
Valid Às vezes é verdadeiro	13	12,6	12,6	99,0
Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Nesta questão, 66% dos inquiridos afirmam nunca ser verdadeiro que as pessoas os vejam como sendo rudes ou que não levem os outros em conta sem eles saberem porquê. Já 20,4% indicam que tal situação raramente é verdadeira, e 12,6% que é verdadeiro por vezes. Há 1% dos inquiridos para os quais tal situação ocorre muitas vezes.

Tabela 59: Análise decritiva B.40.

**Sinto como se estivesse estado ou feito algo anteriormente, quando realmente não estive ou fiz.**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca é verdadeiro	82	79,6	79,6	79,6
Raramente é verdadeiro	15	14,6	14,6	94,2
Valid Às vezes é verdadeiro	4	3,9	3,9	98,1
Muitas vezes é verdadeiro	1	1,0	1,0	99,0
É sempre verdadeiro	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Na análise à questão B40, 79,6% afirmam nunca ser verdadeiro o descrito na questão, enquanto 14,6% indicam que essa situação raramente é verdadeira. Há 3,9% que apontam como sendo verdadeira às vezes, 1% como sendo muitas vezes, e também 1% como sendo sempre.

Tabela 60: Análise decritiva B.41.

<b>Acredito que as coisas vão acontecer por eu simplesmente pensar nelas.</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Nunca é verdadeiro	80	77,7	77,7
	Raramente é verdadeiro	15	14,6	92,2
Valid	Às vezes é verdadeiro	3	2,9	95,1
	Muitas vezes é verdadeiro	2	1,9	97,1
	É sempre verdadeiro	3	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0

No que se refere à questão B41, 77,7% dos inquiridos dizem que nunca é verdadeiro acreditarem que as coisas irão acontecer por eles simplesmente pensarem nelas, enquanto 14,6% indicam que isso raramente ocorre. Para 2,9% o descrito às vezes é verdadeiro, e 1,9% afirma que muitas vezes as coisas irão acontecer por eles simplesmente pensarem nelas. Há 2,9% de pessoas inquiridas que indicam esta situação como de ocorrência permanente.

5.1.iii. Análise Descritiva Componente C:Tabela 61: Análise descritiva C.1.

		<b>C1</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu tenho um desejo moderado a forte de viver	96	93,2	93,2	93,2
	Eu tenho um desejo fraco de viver	4	3,9	3,9	97,1
	Eu não tenho qualquer desejo de viver	3	2,9	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Observando as respostas à questão C1, verificamos que 93,2% dos inquiridos indicam ter um desejo moderado a forte de viver, 3,9% afirmam ter um desejo fraco de viver, e 2,9% afirmam não ter qualquer desejo de viver. Ou seja, há um total de 6,8% de inquiridos que afirma ter uma vontade fraca ou nula de viver.

Tabela 62: Análise descritiva C.2.

		<b>C2</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não tenho qualquer desejo de morrer	94	91,3	91,3	91,3
	Eu tenho um desejo fraco de morrer	6	5,8	5,8	97,1
	Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer	3	2,9	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

A análise à questão C2 mostra que 91,3% dos inquiridos afirma não ter qualquer desejo de morrer, 5,8% afirma ter um desejo fraco de morrer, e 2,9% afirma ter um desejo moderado a forte de morrer. Assim, podemos observar que 8,7% dos indivíduos apresentam algum desejo de morrer.

Tabela 63: Análise descritiva C.3.

C3					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer	95	92,2	92,2	92,2
	As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais	5	4,9	4,9	97,1
	As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver	3	2,9	2,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Os dados da questão C3 apontam para que 92,2% dos inquiridos afirmem que as suas razões para viver superem as suas razões para morrer, enquanto 4,9% as equalizam. Apenas 2,9% da amostra afirma que as suas razões para morrer sejam superiores às suas razões para viver.

Tabela 64: Análise descritiva C.4.

C4					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Eu não tenho qualquer desejo de me matar	93	90,3	90,3	90,3
	Eu tenho um desejo fraco de me matar	9	8,7	8,7	99,0
	Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar	1	1,0	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

Relativamente à questão C4, verificamos que 90,3% dos inquiridos afirma não ter qualquer desejo de se matar, 8,7% dos mesmos indica ter um desejo fraco de se matar, e apenas 1% da amostra afirma possuir um desejo moderado a forte de se matar.

Tabela 65: Análise decritiva C.5.

C5					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida	94	91,3	91,3	91,3
	Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida	7	6,8	6,8	98,1
	Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida	2	1,9	1,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

No tocante à questão C5, 91,3% dos elementos amostrais dizem que tentariam salvar a sua vida se se encontrassem numa situação de ameaça da mesma. Já 6,8% afirmam que deixariam ao acaso viver ou morrer se se encontrassem numa situação que lhes ameçasse a vida, e apenas 1,9% dos inquiridos diz que não tomaria os passos necessários para evitar a morte se se encontrasse numa situação de ameaça de vida.

Para a análise das seguintes questões dever-se-á ter em conta que os únicos que responderam são aqueles que numa das duas questões anteriores não se enquadraram nas categorias “Eu não tenho qualquer desejo de me matar” (C4) e “Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida” (C5). Isto deixa-nos com 10 elementos que respondem às questões que vão da C6 à C20, o que explica o reduzido número de respostas.

Tabela 66: Análise descritiva C.6.

		<b>C6</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente	5	4,9	50,0	50,0
Valid	Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado	5	4,9	50,0	100,0
	Total	10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
	Total	103	100,0		

Na questão C6 verificamos que há um equilíbrio entre duas das categorias de resposta. Assim, 5 elementos (50% do total considerado) afirmam que têm breves períodos de pensamento acerca de se matarem que passam rapidamente, enquanto outros 5 afirmam terem períodos de pensamento acerca de se matarem que duram um tempo moderado.

Tabela 67: Análise descritiva C.7.

		<b>C7</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar	9	8,7	90,0	90,0
Valid	Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar	1	1,0	10,0	100,0
	Total	10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
	Total	103	100,0		

Relativamente à questão C7, verificamos que 9 elementos (90% do total) dizem que raramente ou apenas ocasionalmente pensam acerca de se matarem, enquanto 1 elemento (10% da amostra) afirma ter pensamentos constantes acerca de se matar.

Tabela 68: Análise descritiva C.8.

		<b>C8</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não aceito a ideia de me matar	4	3,9	40,0	40,0
	Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar	2	1,9	20,0	60,0
	Eu aceito a ideia de me matar	4	3,9	40,0	100,0
Total		10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
Total		103	100,0		

No que concerne à questão C8, temos que 4 elementos (40%) afirmam não aceitarem a ideia de se matarem, dois elementos (20%) não aceitarem nem rejeitarem a ideia de se matarem, e 4 elementos (40%) aceitarem a ideia de se matarem. Deve-se notar no entanto, que esta ideia de pôr termo à própria vida pode ter sido encarada de forma filosófica e não pragmática pelos inquiridos.

Tabela 69: Análise descritiva C.9.

		<b>C9</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu consigo conter-me a cometer suicídio	7	6,8	70,0	70,0
	Eu estou incerto de que consigo conter-me a cometer suicídio	2	1,9	20,0	90,0
	Eu não consigo conter-me a cometer suicídio	1	1,0	10,0	100,0
Total		10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
Total		103	100,0		

Referentemente à questão C9, temos que 7 elementos (70% do total) afirmam que conseguem conter-se a cometer suicídio, enquanto que dois elementos (20%) afirmam estarem incertos que consigam conter-se nessas circunstâncias. Um elemento (10% do total) afirma não conseguir conter-se a cometer suicídio.

Tabela 70: Análise decritiva C.10.

		<b>C10</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.	8	7,8	80,0	80,0
	Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis...	1	1,0	10,0	90,0
	Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos ...	1	1,0	10,0	100,0
Total		10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
Total		103	100,0		

Os dados da questão C10 mostram-nos que oito elementos afirmam que não se matariam por causa da sua família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc. Um elemento indica estar algo preocupado acerca de se matar por esses motivos, enquanto um outro elemento afirma não estar preocupado ou apenas um pouco acerca de se matar por essas razões.

Tabela 71: Análise descritiva C.11.

		<b>C11</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas ... representam um meio de resolver os meus problemas.	2	1,9	50,0	50,0
	As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas.	2	1,9	50,0	100,0
	Total	4	3,9	100,0	
Missing	System	99	96,1		
Total		103	100,0		

A questão C11 pautou-se por uma razoável ausência de respostas. Dos 10 inquiridos, 6 optaram por não responder, sendo que 2 dizem que as suas razões para querer cometer suicídio não representam um meio de resolver os seus problemas, enquanto que outros dois afirmam que as suas razões são baseadas primariamente em escapar aos seus problemas.

Tabela 72: Análise descritiva C.12.

		<b>C12</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar	10	9,7	100,0	100,0
Missing	System	93	90,3		
Total		103	100,0		

Os dados da questão C12 mostram uma situação de unanimidade. Os 10 elementos (100% do total) afirmam não ter um plano específico acerca de como se matar.

Tabela 73: Análise descritiva C.13.

		<b>C13</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar	9	8,7	90,0	90,0
Valid	O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo e eu não tenho realmente uma boa oportunidade ...	1	1,0	10,0	100,0
	Total	10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
	Total	103	100,0		

As respostas à questão C13 mostram que 9 indivíduos (90%) afirmam que não têm acesso a um método ou a uma oportunidade para se matarem, enquanto um elemento (10%) afirma que o método que usaria demoraria tempo e essa pessoa não dispõe de uma boa oportunidade.

Tabela 74: Análise descritiva C.14.

		<b>C14</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Eu não tenho coragem ou habilidade para cometer suicídio	2	1,9	20,0	20,0
Valid	Eu estou incerto de que tenha a coragem ou habilidade para cometer suicídio	7	6,8	70,0	90,0
	Eu tenho a coragem ou habilidade para cometer suicídio	1	1,0	10,0	100,0
	Total	10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
	Total	103	100,0		

Referentemente à questão C14, 2 elementos (20% do total) afirmam não ter coragem ou habilidade para cometer suicídio, enquanto 7 elementos (70%) dizem estar incertos que tenham a coragem ou habilidade para o fazer. Apenas um elemento (10%) afirma ter a coragem ou habilidade para cometer suicídio.

Tabela 75: Análise decritiva C.15.

		<b>C15</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio	8	7,8	80,0	80,0
Valid	Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio	2	1,9	20,0	100,0
	Total	10	9,7	100,0	
Missing	System	93	90,3		
	Total	103	100,0		

As respostas à questão C15 indicam-nos que 8 elementos (80% do total) dizem que não esperam fazer uma tentativa de suicídio, enquanto dois elementos (20% do total) afirmam estarem incertos que a farão.

Tabela 76: Análise decritiva C.16.

		<b>C16</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio	10	9,7	100,0	100,0
Missing	System	93	90,3		
	Total	103	100,0		

A questão C16 foi outra que suscitou unanimidade. Os 10 inquiridos (100% do total) afirmam não ter feito quaisquer preparativos para cometer suicídio.

Tabela 77: Análise decritiva C.17.

		<b>C17</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não escrevi uma nota de suicídio	10	9,7	100,0	100,0
Missing	System	93	90,3		
<b>Total</b>		<b>103</b>	<b>100,0</b>		

O que foi dito para a questão C16 pode ser transcrito para a questão C17. Os 10 elementos (100% do total) dizem não ter escrito uma nota de suicídio.

Tabela 78: Análise decritiva C.18.

		<b>C18</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio	10	9,7	100,0	100,0
Missing	System	93	90,3		
<b>Total</b>		<b>103</b>	<b>100,0</b>		

A questão C18 mantém a toada das questões anteriores, ou seja, os 10 inquiridos (100% do total) afirmam não ter feito quaisquer preparativos para o que acontecerá após terem cometido suicídio.

Tabela 79: Análise decritiva C.19.

		<b>C19</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas	8	7,8	80,0	80,0
	Eu contive-me de contar às pessoas acerca de me querer matar	2	1,9	20,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>9,7</b>	<b>100,0</b>	
Missing	System	93	90,3		
<b>Total</b>		<b>103</b>	<b>100,0</b>		

No tocante à questão C19, temos que 8 elementos (80% do total) afirmam não ter escondido o seu desejo de se matarem das outras pessoas, enquanto 2 elementos (20% do total) indica ter-se contido de contar às pessoas acerca de se quererem matar.

Tabela 80: Análise decritiva C.20.

		<b>C20</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Eu nunca tentei o suicídio	10	9,7	100,0	100,0
Missing	System	93	90,3		
<b>Total</b>		<b>103</b>	<b>100,0</b>		

As respostas à questão C20 mostram-nos que os 10 elementos (100% do total) afirmam nunca terem tentado o suicídio.

Não houve respostas na questão 21 o que, de acordo com as instruções, significa que nenhum dos inquiridos tentou anteriormente o suicídio.

## 5.2. Análise Inferencial

### 5.2.i. Introdução

Para a Análise Inferencial torna-se necessário averiguar se as respostas às questões seguem uma distribuição Normal ou aproximável à Normal, por forma a possibilitar a aplicação de Testes Paramétricos<sup>52</sup>.

Para avaliar se uma dada distribuição de dados é Normal, um dos testes utilizados é o de Kolmogorov-Smirnov. Este teste avalia se o conjunto de dados de uma distribuição se assemelha ao de uma distribuição Normal. Se for o caso, isso permitirá a aplicação de testes de hipóteses paramétricos, que se baseiam numa distribuição Normal de dados. Se não for o caso, esses testes de hipóteses, ou estarão inviabilizados, ou deverão ser lidos com cautela. Para um nível de confiança de 95%, o mais usualmente utilizado, valores de prova inferiores a 0,05 levarão a uma rejeição da hipótese de normalidade dos dados.

Aplicando o Teste de Kolmogorov-Smirnov, aquilo que se verifica a um nível de confiança de 95% é que quando é considerado que as respostas às questões seguem uma distribuição de Poisson, apenas a questão “Oscilo entre ser carinho e cuidador nalgumas alturas e ser frio e indiferente noutras alturas” não segue uma distribuição de Poisson, com um nível de prova de 0,016. Todas as outras questões seguem o tipo de distribuição indicada, com exceção de C12, C16, C17, C18, e C20, por apenas terem respostas numa categoria, e da questão C21 por não ter qualquer tipo de resposta. Tendo em conta que para a amostra considerada esta reúne as condições de aproximação à distribuição Normal, concluímos que com exceção de uma questão poderão ser usados Testes Paramétricos na Análise Inferencial.

Os testes paramétricos utilizados, quando aplicáveis, são o Teste T de Student à média, que permite avaliar, para um dado nível de confiança (usualmente 95%), se a média de uma dada variável de uma dada população é X. No caso de se rejeitar a hipótese nula, conclui-se que a média não é X, encontrando-se a verdadeira média no interior de um dado

---

<sup>52</sup> Tentou-se apresentar os passos, valores e tabelas estatísticas de forma sequencial e relevante. Assim, algumas tabelas com cálculos intermédios ou que provaram não ter relevância foram remetidos para o Apendice.

intervalo, que se designa de intervalo de confiança para a média. No caso de não se rejeitar a hipótese nula, isso não significa que a média seja  $X$ , mas sim que não se pode dizer que não o seja (ou seja, é mais provável que seja  $X$  do que não o ser).

O mesmo tipo de lógica é aplicável ao teste de Análise de Variância (ANOVA). Este teste permite avaliar se, entre três ou mais grupos (subamostras) independentes, existem diferenças em termos de comportamento. Essas diferenças são medidas pelas médias e pelos afastamentos em relação às médias. No caso de se rejeitar a hipótese nula, isso significa que pelo menos um grupo assume um comportamento diferente dos restantes, com um dado nível de confiança. Se não se rejeitar a hipótese nula, então, para esse mesmo nível de confiança, considera-se que não se pode afirmar que os comportamentos dos diferentes grupos diverjam.

Para além disso, serão utilizadas correlações entre as variáveis quando tal se justificar. Tendo em conta a natureza dos dados, as correlações serão medidas pelo rho de Spearman, no caso de as variáveis em causa não serem contínuas e/ou terem curta amplitude de valores, e serão medidas pelo  $r$  de Pearson quando as variáveis forem contínuas e/ou possuírem maior amplitude de valores. Por exemplo, uma questão da componente B, ao ser correlacionada com outra variável, deverá sê-lo através do rho de Spearman, pois apenas assume os valores inteiros de 0 a 4. Em contrapartida, a soma de pontos da componente B, se correlacionada com outra variável da mesma natureza, deverá sê-lo através do  $r$  de Pearson, visto a sua amplitude de valores ser elevada, indo de 0 a 164. As correlações apenas são indicadas quando são válidas, ou seja, após serem testadas.

É importante que se esclareça este ponto. O que significa aplicar um teste às correlações? Significa que uma dada correlação pode ser fraca, média ou forte, mas, se não for significativa, isso significa que não é “resistente”. Ou seja, se utilizássemos uma amostra diferente, com 95% de probabilidade, o valor da correlação se alteraria.

Para ser possível aplicar devidamente testes de hipóteses tornou-se necessário averiguar a globalidade da pontuação atribuída às questões das componentes B e C, e respetivas categorias. Assim, criaram-se as variáveis Score Questões B, que nos indica o somatório das pontuações a todas as questões da componente B, e Score Questões C, que nos indica o somatório das pontuações a todas as questões da componente C.

Para além disso, a componente B foi segmentada em duas, referentes às duas categorias de questões que faziam parte do inquérito. Assim, surgem mais duas variáveis: Score PD/ID, e Score RT.

A componente C foi também dividida em duas partes, tendo em conta que apenas as cinco primeiras questões eram respondíveis por todos os inquiridos. Aqueles que respondessem com 0 a ambas as questões C4 e C5 eram direcionadas para a última questão (C21), pelo que evitavam as questões C6 a C20. Assim, foram criadas as variáveis Score C1 a C5 e Score C6 a C20.

Tabela 81: Score Questões B

<b>Statistics</b>		
<u>Score Questões B</u>		
N	Valid	103
	Missing	0
Mean		30,98
Mode		31
Minimum		7
Maximum		75

Começando a análise pelo Score de Questões B verificamos que obtemos uma média de pontuação de 30,98, variando entre um mínimo de 7 e um máximo de 75. A pontuação obtida mais vezes foi de 31 pontos, praticamente coincidente com a média.

Segmentando o Score de Pontuações B em duas componentes diferentes, iremos analisar agora a variável Score de Questões PD/ID.

Tabela 82: Score Questões PD/ID

<b>Statistics</b>		
<u>Score Questões PD/ID</u>		
N	Valid	103
	Missing	0
Mean		27,32
Mode		30
Minimum		7
Maximum		62

Esta variável apresenta uma média de 27,32, com uma amplitude que vai entre um mínimo de 7 e um máximo de 62 pontos. O valor que mais se verifica é o 30, tendo surgido 7 vezes.

Tabela 83: Score Questões RT

<b>Statistics</b>		
<u>Score Questões RT</u>		
N	Valid	103
	Missing	0
Mean		3,66
Mode		0
Minimum		0
Maximum		27

Já a categoria RT, apresenta uma média de 3,66 pontos, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 27 pontos. O valor que mais se verifica nas respostas é o 0, tendo surgido 25 vezes.

Tabela 84: Score Questões C

<b>Statistics</b>		
<u>Score Questões C</u>		
N	Valid	103
	Missing	0
Mean		,95
Mode		0
Minimum		0
Maximum		21

Passando a nossa análise para a componente C verificamos existir uma média de pontuação de 0,95, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 21 pontos. O valor que mais se verifica é uma soma de 0 pontos.

Considerando que é necessário identificar quantos elementos existem que tenham obtido uma pontuação igual ou superior a 6, temos um total de 6 elementos, conforme tabela em anexo. Um com uma pontuação de 6, outro com uma pontuação de 7, outro com uma pontuação de 10, outro com uma pontuação de 12, outro com uma pontuação de 20, e ainda outro com a citada pontuação máxima de 21. Em tese são estes 6 elementos que mais apresentam nas suas respostas ter a existência de um Ideação Suicida.

É necessário levar em conta no entanto que as respostas ao inquérito das questões 6 em diante apenas eram efetuadas por todos aqueles que respondessem 1 ou 2 às questões C4 ou C5. Isto conduziu a que houvesse 103 pessoas a responder às cinco primeiras questões, mas apenas 10 a responder às 15 questões subsequentes. Desta forma, faz sentido desagregar as respostas em dois grupos.

Tabela 85: Score Questões C.1 a C.5

<b>Statistics</b>		
<b>Score Questões C 1 a 5</b>		
N	Valid	103
	Missing	0
Mean		,53
Mode		0
Minimum		0
Maximum		10

Ao desagregarmos a componente C nas componentes das 5 primeiras questões e das 15 questões seguintes, verificamos que no primeiro caso obtemos uma média de pontuação de 0,53, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 10. O valor mais frequente foi o 0. Se considerássemos apenas estas questões, 2 únicos sujeitos teriam pontuações iguais ou superiores a 6, um com 6, e outro com 10.

Tabela 86: Score Questões C.6 A C.20

<b>Statistics</b>		
<b>Score Questões C 6 a 20</b>		
N	Valid	10
	Missing	93
Mean		4,30
Mode		4
Minimum		0
Maximum		12

Relativamente às 15 questões subsequentes a média de pontuação foi de 4,3, variando entre um mínimo de 0 e um máximo de 12. O valor mais frequente obtido foi de 4 pontos.

#### 5.2.ii. Análise de Consistência Interna

Começamos por analisar a consistência interna do inquérito recorrendo ao Alfa de Cronbach.

Tabela 87: Análise de consistência interna secção B

<b>Consistência Interna</b>	
Cronbach's	N de Itens B
Alpha	
,821	41

O valor desta estatística é de 0,821, o que significa que o inquérito tem uma elevada consistência interna na sua componente B.

Tabela 88: Análise de consistência interna secção C

<b>Consistência Interna</b>	
Cronbach's	N de Itens C
Alpha	
,918	20

Aplicando a mesma análise para a componente C, obtemos um valor da estatística do Alfa de Cronbach de 0,918, tendo sido excluída a questão C21, pois não houve uma única resposta à mesma. Conclui-se que o inquérito possui uma elevada consistência interna na sua componente C.

Devido à natureza das questões da componente A (dados sócio-demográficos genéricos), não faz sentido efetuar uma análise de consistência interna.

### 5.2.iii. Análise Correlacional da componente B

Em termos de correlações entre variáveis, devemos começar por distinguir os diferentes tipos de correlação que existem.

Tabela 89: Classificação de correlações

<b>R</b>	<b>Grau</b>	<b>Sentido</b>
-1	Perfeita	Inverso
] -1, -0,6]	Forte	Inverso
] -0,6 -0,3]	Moderada	Inverso
] -0,3, 0[	Fraca	Inverso
0	Nula	Nenhum
] 0, 0,3[	Fraca	Direto
] 0,3, 0,6[	Moderada	Direto
] 0,6, 1[	Forte	Direto
1	Perfeita	Direto

De acordo com a tabela acima verificamos que com exceção dos casos extremos, as correlações podem ser classificadas como sendo fortes, moderadas, ou fracas, podendo ainda ser diretas ou inversas.

Uma correlação forte direta significa que há uma relação numérica expressiva entre duas variáveis, e que estas atuam no mesmo sentido. Notemos contudo, e esta observação fica para o resto da análise, que uma relação forte não é necessariamente uma relação causal, em que A gera um efeito em B.

Evidentemente que uma correlação poderá ser forte e inversa, ou seja, à medida que uma das variáveis aumenta, a outra sofre uma diminuição de magnitude semelhante.

Quando as correlações são moderadas, independentemente do sentido, uma variação numa das variáveis implica uma variação ainda significativa mas menor que no caso anterior, na outra variável. Se for direta, ambas variam no mesmo sentido. Se for inversa, se uma aumenta, a outra diminuí.

Quando uma correlação é fraca, significa que estamos perante uma situação em que as variáveis estão pouco ou nada relacionadas. Quanto mais o valor da correlação se aproximar de zero, menos provável se torna a existência de qualquer relação entre elas.

Os casos extremos são três: correlação igual a 1, em que existe uma relação perfeita direta entre as variáveis; correlação igual a -1, quando existe uma relação perfeita inversa entre as variáveis; e correlação igual a 0, quando existe total ausência de relação entre as variáveis. Estes três casos muito raramente se verificam em situações não abstratas.

No entanto, uma correlação para além da sua força, terá que ser estatisticamente significativa. Torna-se então necessário além do cálculo das correlações, aplicar um teste à significância das mesmas. Apenas as correlações que sejam estatisticamente significativas (um caso standard será do valor de prova ser inferior a 0,005) deverão ser consideradas para efeitos de análise. Todas as outras deverão ser ignoradas.

Coloca-se ainda outra situação que é o de saber que tipo de correlação utilizar. Conforme sabemos apenas variáveis quantitativas admitem correlações. No entanto, quando as variáveis são ordinais, ou discretas, com pouca amplitude de valores possíveis, não é aconselhada a utilização da correlação paramétrica de Pearson, devendo ser em sua substituição utilizada a correlação não paramétrica de Spearman.

No nosso caso, irá ser utilizada a correlação de Spearman na secção B, nas suas questões individuais, não sendo aplicada qualquer análise correlacional à componente C, devido ao facto de a escala de Likert (0,1,2) assumir uma exiguidade de valores possíveis que impede uma utilização estatisticamente correta do coeficiente correlacional de Spearman.

Por outro lado, ainda na componente B, serão deixadas de parte todas as correlações fracas e/ou estatisticamente não significativas. Isto porque correlações fracas mostram a existência de escassa ou nula relação entre as variáveis. Desta forma, por defeito optando por realçar apenas as correlações moderadas e fortes, ficará estabelecido que todas as restantes são fracas e/ou não significativas.

Tabela 90: Correlações na secção B

Par de Variáveis	Correlação de Spearman
B1 - B3	0,510
B1 - B6	0,396
B1 - B7	0,323
B1 - <b><u>B8</u></b>	0,398
B1 - <b><u>B10</u></b>	0,371
B1 - B30	0,303
B1 - <b><u>B41</u></b>	0,383
B2 - B14	0,334
B3 - B5	0,328
B3 - <b><u>B10</u></b>	0,348
B3 - B14	0,421
B3 - B26	0,414
B4 - B7	0,487
B4 - B19	0,372
B4 - B38	0,394
B5 - B6	0,401
B5 - B7	0,377
B5 - <b><u>B10</u></b>	0,354
B6 - <b><u>B10</u></b>	0,384
B6 - B14	0,348
B6 - <b><u>B41</u></b>	0,311
B7 - <b><u>B8</u></b>	0,399
B7 - B30	0,367
B7 - B31	0,309
B7 - <b><u>B41</u></b>	0,378
<b><u>B8</u></b> - B19	0,359
<b><u>B8</u></b> - <b><u>B20</u></b>	0,328
B11 - <b><u>B16</u></b>	0,326
B12 - B19	0,306
B12 - <b><u>B20</u></b>	0,314
<b><u>B13</u></b> - <b><u>B16</u></b>	0,313
B15 - B36	0,580
<b><u>B16</u></b> - <b><u>B17</u></b>	0,494
<b><u>B16</u></b> - <b><u>B20</u></b>	0,366
<b><u>B17</u></b> - B22	0,341
B17 - B31	0,346
B18 - <b><u>B40</u></b>	0,315
B18 - <b><u>B41</u></b>	0,303
B19 - <b><u>B41</u></b>	0,351
<b><u>B20</u></b> - <b><u>B41</u></b>	0,323
B21 - B30	0,326
B22 - B23	-0,382
B26 - B34	0,311
B30 - B31	0,378
B30 - B35	0,332
B36 - <b><u>B41</u></b>	0,311

Analisando a tabela acima, verificamos que se encontram 46 correlações moderadas entre pares de variáveis. A primeira observação que deve ser feita, é que existe apenas uma correlação de sinal negativo, entre as variáveis B22 e B23, ou seja, há uma relação estatisticamente significativa, moderada, entre os inquiridos que afirmam ter pessoas preferidas que não só admiram como que quase idealizam, e os inquiridos que afirmam pegar em hobbies e interesses e depois desistir deles. Neste caso, relativamente a este par de variáveis, o que verificamos é que à medida que é maior a concordância com a primeira afirmação, é menor a concordância com a segunda. Ou seja, quanto mais um indivíduo do ensino superior tende a ter pessoas que quase idealize, menos tenderá a desistir dos seus hobbies e interesses.

Todas as restantes 45 correlações são positivas moderadas. Tendo em conta que seria exaustivo e eventualmente não relevante encarar a análise de cada par caso a caso, centremo-nos apenas no facto do número de correlações moderadas se distribuir entre correlações dentro da mesma categoria (PD/ID ou RT), ou inter-categorias. Tal é verificável na tabela, pois as variáveis correspondentes à categoria PD/ID encontram-se no estilo de letra regular, e as variáveis correspondentes à categoria RT encontram-se a negrito, itálico e sublinhadas.

É também notório um maior número de presença de variáveis do início do inquérito, em termos de correlações estatisticamente significativas do que do final, com exceção da última questão da componente B.

Uma das causas que poderá contribuir para esta circunstância terá a ver com o foco de concentração que tende a ser maior no início de um documento que no fim, e o mesmo é aplicável para inquéritos.

Não poderemos afirmar que se invertêssemos a ordem das questões, os resultados seriam exatamente os mesmos.

Tabela 91: Correlações elevadas na secção B

<b>Par de Variáveis</b>	<b>Correlação de Spearman</b>
B3 - B6	0,609
B6 - B26	0,681
B7 - B19	0,815
<b><u>B8 - B41</u></b>	0,927
<b><u>B13 - B17</u></b>	0,681
<b><u>B13 - B20</u></b>	0,885
B15 - B18	0,608
<b><u>B17 - B20</u></b>	0,658
B18 - B36	0,818
B23 - B33	0,735
B23 - B37	0,601
<b><u>B24 - B27</u></b>	0,839
B28 - B39	0,776
B29 - B35	0,778
B33 - B37	0,855

Relativamente às correlações elevadas, e de acordo com a tabela acima, verificamos que elas são em muito menor grau do que as correlações moderadas. Estas correlações mostram relações muito fortes entre as variáveis. Observando a tabela, dois fatores saltam à vista. O primeiro é numérico, não existem correlações elevadas com sentido oposto, ou seja, todas são positivas, todas as variáveis apresentam o mesmo sentido de variação. A segunda, é relativa à ausência de qualquer par de variáveis com correlações elevadas, inter-categorias. Existem 10 correlações elevadas no interior da categoria PD/ID, e 5 correlações elevadas no interior da categoria RT.

Isto mostra que se segmentássemos a componente B em duas componentes distintas, as respostas entre ambas estariam apenas moderadamente relacionadas entre si, quando analisadas questão a questão. Veremos adiante se quando se considera o tratamento das variáveis de forma agregada, os resultados são os mesmos.

Fazendo agora uma análise sumária de variáveis par a par, e tendo em conta uma vez mais que todas as correlações são elevadas e positivas, podemos afirmar que há uma relação forte entre a forma como as pessoas respondem às questões 3 e 6. Ou seja, o inquirido que afirma sentir ser uma pessoa diferente quando está em casa se comparado ao trabalho ou à escola, também tende a demonstrar ter consciência que alguns amigos seus ficariam surpreendidos se soubessem de que forma diferente ele se comporta.

Da mesma forma, existe uma correlação muito forte entre esta última variável e o facto de as pessoas que conhecem bem o inquirido não conseguirem adivinhar como ele se irá comportar. Outra correlação forte que existe é entre os indivíduos que afirmam que os seus gostos e opiniões não são realmente deles mas que foram emprestados de outras pessoas, e os indivíduos que afirmam que as pessoas tendem a usá-los se não estão atentos a isso.

De forma nada surpreendente também existe uma correlação forte entre as respostas à questão “Sinto que os meus desejos ou pensamentos se tornarão realidade como que por magia”, e a variável “Acredito que as coisas vão acontecer por eu simplesmente pensar nelas”. Esta inclusive é a correlação mais forte encontrada, com um valor de 0,927.

Outras correlações fortes são as que existem entre as variáveis “Consigo ver coisas ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir”; “Ouço coisas que as pessoas afirmam que não estão lá”; “Compreendo e sei coisas que mais ninguém é capaz de compreender ou saber”. Estas três variáveis apresentam todas correlações elevadas entre si, o que não surpreende tendo em conta que possuem significados afins.

Outro par de variáveis com correlação elevada é o das seguintes variáveis: “As pessoas dizem-me que me comporto de forma contraditória” e “Ajo de uma maneira que os outros consideram ser errática ou imprevisível”. Esta última variável apresenta também uma correlação elevada com a variável “Faço coisas impulsivamente que penso serem socialmente inaceitáveis”.

As pessoas que afirmam pegar em hobbies e interesses e depois desistirem deles, tendem a igualmente afirmar que os seus objetivos de vida mudam frequentemente de ano para ano (B33), e que os seus objetivos estão sempre a mudar (B37). Estas duas últimas variáveis apresentam uma correlação fortíssima entre si.

Outras duas variáveis que se encontram fortemente relacionadas são “Já vi coisas que não existem na realidade” e “Já ouvi ou vi coisas quando não há razão aparente para tal”.

Dentro da categoria PD/ID existem ainda mais duas correlações fortes. Uma delas entre as variáveis “É-me difícil ter a certeza acerca do que os outros pensam de mim, mesmo com pessoas que me conhecem muito bem” e “As pessoas vêem-me como sendo rude ou que

não levo os outros em conta e eu não sei porquê”. Ou seja, pessoas que afirmam ser apontadas pelos outros como egoístas ou rudes, tendem a ser as mesmas que afirmam ter dificuldade em perceber o que os outros pensam delas.

A outra correlação elevada é entre as variáveis “As pessoas tendem a reagir a mim ou avassalando-me com amor e carinho ou abandonando-me” e “Oscilo entre ser carinhoso e cuidador nalgumas alturas, e ser frio e indiferente noutras alturas”.

Já foi dito anteriormente que as variáveis mais presentes em termos de correlações significativas se situam na primeira metade do inquérito, com exceção da questão B41. Vamos tentar explorar um pouco mais este tipo de análise. Para tal, vamos construir uma tabela no qual sejam evidenciadas todas as questões que apresentem com outras questões cinco ou mais correlações estatisticamente significativas, moderadas ou elevadas (Conferir tabela 96 em anexo para número de correlações por questão).

Tabela 92: Questões com cinco ou mais correlações moderadas ou elevadas

<b>Número de Correlações Significativas</b>	<b>Questões</b>	<b>Total</b>
8	B7, B41	2
7	B1, B6	2
6	B3, B20	2
5	B8, B17, B19, B30	4

Observando a tabela, verificamos que com 8 correlações significativas existem duas questões, a B7 e a B41, com 7 correlações significativas existem também duas questões, a B1 e a B6, o mesmo número de questões que apresentam 6 correlações significativas, e que são a B3 e a B20. Com 5 correlações significativas, existem 4 questões, e são elas, a B8, a B17, a B19, e a B30. Observamos assim que nas primeiras 10 questões do inquérito, 5 delas apresentam correlações significativas moderadas ou fortes. Nas 10 questões seguintes, existem 3 nas mesmas condições, ou seja, nas primeiras 20 questões, 8 apresentam número elevado de correlações moderadas ou fortes estatisticamente significativas, enquanto nas subsequentes 21 questões, apenas duas (B30 e B41) apresentam um número elevado de correlações significativas.

Foi ainda analisado se existiria alguma diferença correlacional em termos das duas categorias. Para tal construiu-se a seguinte tabela:

Tabela 93: Correlações internas de PD/ID e RT e correlações cruzadas

<b>Tipo de Questão</b>	<b>Correlações Moderadas</b>	<b>Correlações Elevadas</b>	<b>Total</b>
PD/ID	24	10	34
RT	5	5	10
PD/ID - RT	17	0	17

De acordo com esta tabela verificamos que as correlações internas da categoria PD/ID são num total de 34, sendo 24 delas moderadas e 10 elevadas.

No interior da categoria RT, temos 10 correlações significativas, sendo 5 moderadas e 5 elevadas. Em termos de correlações cruzadas, ou seja, com uma questão de cada categoria, temos um total de 17 correlações, todas elas moderadas.

Primeira observação: não existem correlações elevadas entre questões das diferentes categorias. Isto significa que as relações internas entre respostas são maiores em pares de questões dentro de uma dada categoria, do que entre categorias. Segunda observação: no interior da categoria RT há tantas correlações elevadas quanto moderadas, o que significa que no caso de correlação entre variáveis, esta tende a ser mais forte no interior da categoria RT, do que no interior da categoria PD/ID, ou inter-categorias. Por fim, o número total de correlações é mais elevado no interior da categoria PD/ID. No entanto, há que ter em linha de conta que o número de questões de cada categoria não é igual. A categoria PD/ID é constituída por um total de 30 questões, enquanto a categoria RT é constituída por um total de 11 questões.

Para se poder fazer uma correta comparação, é necessário calcular a taxa de presença de correlações significativas em relação ao total possível de correlações em cada caso.

Tabela 94: Taxas de correlações significativas

<b>Tipo de Questão</b>	<b>Taxa de presença de correlações significativas</b>
PD/ID	0,07816092
RT	0,181818182
PD/ID - RT	0,051515152

No interior da categoria PD/ID, a taxa de presença foi de 7,82%, enquanto no interior da categoria RT, a taxa de presença foi de 18,18%. Em termos de correlações inter-categorias, a taxa de presença foi de 5,15%. Estes resultados mostram claramente que as respostas no interior da categoria RT possuem maior correlação interna, sendo bastante mais baixas nos outros casos. Há uma possível razão para tal, um menor número de questões implica uma menor dispersão nas respostas. Se a isto, for aliado o facto de que das 11 questões da categoria RT, 7 pertenciam à primeira parte do inquérito que foi aquela em que se encontrou um maior número de questões com correlações elevadas, verificamos que é natural esta diferença na presença de correlações significativas em relação ao total de questões.

A análise correlacional pretendeu-se de forma igualmente de forma global. Assim, no âmbito da componente B, avaliou-se a correlação entre ambas as categorias. Para tal, criaram-se duas variáveis, Score de Pontuações PD/ID correspondente à soma das pontuações de todas as questões desta categoria, e o Score de Pontuações RT, uma variável análoga à anterior.

A correlação obtida foi de 0,465, com um valor de prova de 0,000, o que significa que existe uma correlação moderada direta entre ambas as variáveis, ou seja, a forma como um indivíduo responde às questões da categoria PD/ID, está associada à forma como esse mesmo indivíduo responde às questões da categoria RT. Ele tende a dar respostas que vão moderadamente no mesmo sentido num caso e noutro. Ou seja, quanto maior a pontuação atribuída às questões PD/ID, algo maior será a pontuação atribuída às questões RT e vice-versa. Tendo em conta a análise particularizada efetuada anteriormente, verificamos que o valor da correlação ser moderado e não elevado, está de acordo com a baixa taxa de correlações moderadas e elevadas entre pares de variáveis.

Para além de analisarmos as relações dentro da componente B do inquérito, foi igualmente importante efetuar uma análise entre as componentes B e C. Tendo em conta que na componente C apenas alguns inquiridos responderam à totalidade desta componente, decidiram-se criar duas variáveis novas, a variável Score de Questões C, para a totalidade da componente, e Score de Questões C1 a C5, para quem respondesse apenas às 5 primeiras questões.

Aquilo que se observa é que a categoria PD/ID apresenta correlações fortes quer com a variável Score de Questões C ( $R=0,636$ ;  $p=0,000$ ), quer com a variável Score de Questões C1 a C5 ( $R=0,642$ ;  $p=0,000$ ). Assim se verifica que toda a categoria PD/ID está fortemente relacionada com a forma como os inquiridos respondem às questões da componente C. Quanto maior a pontuação atribuída às questões da categoria PD/ID, maior a pontuação atribuída às questões da componente C.

Se fizermos o mesmo tipo de análise mas agora com a categoria RT, os resultados alteram-se em termos de força da correlação. Assim, a pontuação atribuída às questões RT pelo inquirido, encontra-se moderadamente correlacionada com a pontuação atribuída quer ao total das questões da componente C ( $R=0,399$ ;  $p=0,000$ ), quer apenas à pontuação das cinco primeiras questões ( $R=0,386$ ;  $p=0,000$ ). Isto significa que a forma como o inquirido responde às questões da categoria RT apresenta uma relação muito mais ténue com a forma como ele responde às questões da componente C, quando comparado ao mesmo tipo de análise relacionando a categoria PD/ID e a componente C.

Quisemos ainda verificar se existia alguma relação entre as categorias PD/ID e RT, e as questões C6 a C20. Como o número de elementos era muito mais reduzido, pois apenas 10 transitaram para a parte final do inquérito, o que se verificou foi que não existiam correlações estatisticamente significativas entre nenhuma das categorias e o total de pontuação atribuído às questões C6 a C20. Este tipo de conclusão poderá ser modificado se for aplicado um inquérito com uma amostra significativamente superior à analisada.

Quisemos também analisar se existiria alguma correlação significativa entre o total de pontuação atribuído às questões da componente B e o total de pontuação atribuído às questões da componente C. O valor da correlação de Pearson foi de 0,639, com um valor de prova de 0,000, ou seja, existe evidência estatística suficiente para concluir que as pontuações atribuídas à globalidade de cada uma das componentes se encontram relacionadas de forma directa e forte. Ou seja, quanto maior a pontuação atribuída a uma das componentes, maior a pontuação atribuída à outra componente. Isto mostra que a sequência do inquérito como um todo apresenta sentido sob o ponto de vista estatístico. De um ponto de vista mais teórico, podemos afirmar que um indivíduo que apresente maior grau de difusão de identidade e que se encontre mais desfasado da realidade, terá um maior número de pensamentos e sintomas que comumente são associados a pensamentos pró-suicidas.

Para encerrarmos este capítulo das correlações, quisemos avaliar até que ponto é que existiria algum tipo de correlação entre as questões numéricas da componente A do inquérito, e o Score de Pontuações das componentes B e C. Tendo em conta a pequena amplitude das variáveis Idade, Ano de curso que frequenta, e Número de matrículas no ensino superior, optou-se pela utilização da correlação não paramétrica de Spearman. Nenhuma das correlações entre qualquer uma destas variáveis e o Score das questões B e C se revelou como estatisticamente significativa, pelo que não há qualquer tipo de evidência que aponte para relações entre a Idade, o Ano de curso, ou o Número de matrículas, e a forma como os inquiridos respondem à componente B e à componente C do inquérito.

#### 5.2.iv. Aplicação de Testes de Hipóteses

Em termos teóricos, quando uma questão admite uma pontuação de 0 a 4, e se encontra normalmente distribuída, o seu valor médio tenderá a ser 2. Dizemos em termos teóricos porque em termos efetivos muitas vezes o que sucede é que as respostas se encontram polarizadas, ou a distribuição não é normal, ou existe um enviesamento provocado pelo tipo de questão.

Conforme vimos na introdução, as variáveis da componente B do inquérito seguem uma distribuição de Poisson, que é aproximável à Normal, pelo que utilizaremos o teste T à média das variáveis.

Aplicando o teste T às questões da componente B do presente inquérito, para uma média de 2, com 95% de confiança, aquilo que nós verificamos é que se rejeita a hipótese de todas as questões, exceto duas, apresentarem uma média de 2.

Tabela 95: Teste T das questões secção B

Questão	Estatística t	Valor de Prova
Sinto-me um falso ou como um impostor, que os outros me veem de forma bastante diferente daquilo que realmente sou.	-26,700	,000
Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas no mundo de fora também não fazem sentido.	-25,507	,000
Sinto que sou uma pessoa diferente quando estou em casa, quando comparado a quando estou no trabalho ou escola.	-3,174	,002
Sinto que não consigo ter o que quero.	-2,606	,011
Apercebo-me de que faço coisas que perturbam as pessoas e não sei porque essas coisas as perturbam.	-20,298	,000
Alguns amigos meus ficariam surpreendidos se soubessem o quão diferente eu me comporto em diferentes situações.	-14,588	,000
Sinto que os meus gostos e opiniões não são realmente meus, mas que foram emprestados de outras pessoas.	-15,850	,000
Sinto que os meus desejos ou pensamentos se tornarão realidade como que por magia.	-18,932	,000
As pessoas dizem-me que as provoco ou engano para que as coisas sejam como eu quero.	-5,531	,000
Não tenho a certeza de se uma voz que ouvi, ou alguma coisa que vi, é algo da minha imaginação ou não.	-35,446	,000
Penso que vejo coisas que, depois de olhar melhor, são afinal uma outra coisa.	-11,934	,000
Não consigo explicar as mudanças no meu comportamento.	-20,857	,000
Consigo ver coisas ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir.	-17,824	,000
Dou comigo a fazer coisas que noutras alturas penso não serem boa ideia como ter relações sexuais promíscuas, mentir, beber, fazer birras ou infringir a Lei de formas menores.	-6,374	,000
As pessoas dizem-me que me comporto de forma contraditória.	-17,187	,000
Não consigo dizer se determinada sensação física que estou a ter é real ou se a estou a imaginar.	-18,166	,000
Ouçó coisas que as outras pessoas afirmam que não estão lá.	-24,189	,000
Ajo de uma maneira que os outros consideram ser errática ou imprevisível.	-20,740	,000
As pessoas tendem a usar-me se não estou atento a isso.	-13,182	,000
Compreendo e sei coisas que mais ninguém é capaz de compreender ou saber.	-17,824	,000
Se a minha vida fosse um livro, seria mais como uma série de contos curtos escritas por vários autores, do que um longo romance.	-1,644	,103
Tenho pessoas preferidas que não só admiro, como que quase idealizo.	-1,587	,116
Pego em hobbies e interesses e depois desisto deles.	-4,495	,000
Já vi coisas que não existem na realidade.	-27,934	,000
Dou comigo a fazer coisas que me parecem normais enquanto as estou a fazer mas que depois quase nem me acredito que as fiz.	-28,773	,000
Mesmo que as pessoas que me conhecem bem não conseguem adivinhar como me vou comportar.	-9,622	,000
Já ouvi ou vi coisas quando não há razão aparente para tal.	-24,280	,000
É-me difícil ter a certeza acerca do que os outros pensam de mim, mesmo com pessoas que me conhecem muito bem.	-8,697	,000

As pessoas tendem a reagir a mim ou avassalando-me com amor e carinho, ou abandonando-me.	-9,170	,000
Tendo a sentir as coisas de forma algo extrema, experienciando ou uma grande felicidade ou um desespero imenso.	-14,905	,000
Vejo-me de formas completamente diferentes em diferentes alturas	-9,734	,000
No decorrer de uma relação íntima, tenho medo de perder a minha sensação de mim.	-20,736	,000
Os meus objectivos de vida mudam frequentemente de ano para ano.	-3,382	,001
Sou um "venerador de heróis" mesmo se mais tarde concluo que fiz um mau julgamento.	-26,587	,000
Oscilo entre ser carinhoso e cuidador nalgumas alturas, e ser frio e indiferente noutras alturas.	-4,693	,000
Faço coisas impulsivamente que penso serem socialmente inaceitáveis.	-14,351	,000
Os meus objectivos estão sempre a mudar.	-4,332	,000
Quanto tudo à minha volta está revoltado e confuso, também dentro de mim me sinto assim.	-13,873	,000
As pessoas vêem-me como sendo rude ou que não levo os outros em conta, e eu não sei porquê.	-20,432	,000
Sinto como se estivesse estado ou feito algo anteriormente, quando realmente não estive ou fiz.	-25,476	,000
Acredito que as coisas vão acontecer por eu simplesmente pensar nelas.	-18,789	,000

As únicas questões em que não se rejeita a hipótese da sua média de respostas ser 2 serão “Se a minha vida fosse um livro, seria mais como uma série de contos curtos escritos por vários autores, do que um longo romance”, com um valor de prova de 0,103, e “Tenho pessoas preferidas que não só admiro como que quase idealizo”, com um valor de prova de 0,116. Em todos os outros casos, a hipótese de a média ser 2 é rejeitada, com valores negativos da estatística T, o que significa que a pontuação média da questão, com 95% de confiança, será sempre inferior a 2.

Tendo em conta que um dos fatores decisivos para prosseguir com o inquérito até ao fim era a resposta à questão C4, resolvemos verificar se existiria alguma diferença entre a forma como os inquiridos responderam a esta questão, consoante a sua pontuação global à parte B do inquérito.

Assim sendo, foram divididos os elementos em dois grupos. O primeiro grupo, constituído por aqueles que pontuaram a questão C4 com 1 ou 2. Este grupo continha 10 elementos. O segundo grupo, foi constituído por todos aqueles que pontuaram a questão C4

com 0. Este grupo continha 93 elementos. O objetivo era verificar se o total de pontuação da componente B seria igual entre estes dois grupos. Para tal, aplicou-se um teste T de diferença de médias com amostras independentes. Tendo em conta que o teste de Levene à igualdade de variâncias se traduziu num valor de prova de 0,952, trabalhamos com a hipótese de as variâncias dos dois grupos serem idênticas. Partindo dessa hipótese e aplicando o teste T à diferença de médias, concluímos que a hipótese de as médias serem idênticas é rejeitada com um valor de prova de 0,000.

A diferença das médias entre os dois grupos oscilará entre os 27,405 pontos e os 40,197 pontos, tendo maior pontuação os que respondem à questão C4 com 1 ou 2, para um nível de confiança de 95%. Existe, portanto, uma relação clara entre as variáveis: quanto maior a pontuação à parte B, maior a probabilidade de os inquiridos não responderem com 0 à questão C4.

Outro fator diferenciador dos grupos estava na forma como responderiam à questão C5. Assim, aplicou-se a mesma metodologia que já havia sido seguida na questão C4. O grupo de elementos que respondeu com pontuação 1 ou 2 a esta questão era constituído por 9 pessoas. O grupo de elementos que respondeu 0 a esta questão, era constituído por 94 pessoas. O objetivo era verificar se o total de pontuação da componente B seria igual entre estes dois grupos. Para tal, aplicou-se um teste T de diferença de médias com amostras independentes. Tendo em conta que o teste de Levene à igualdade de variâncias se traduziu num valor de prova de 0,971, trabalhamos com a hipótese de as variâncias dos dois grupos serem idênticas. Partindo dessa hipótese e aplicando o teste T à diferença de médias, concluímos que a hipótese de as médias serem idênticas é rejeitada com um valor de prova de 0,000.

A diferença das médias entre os dois grupos oscilará entre os 25,844 pontos e os 40,187 pontos, para um nível de confiança de 95%, tendo maior pontuação os que respondem à questão C4 com 1 ou 2. Existe, portanto, uma relação clara entre as variáveis: quanto maior a pontuação à parte B, maior a probabilidade de os inquiridos não responderem com 0 à questão C5.

Conjugando agora a parte A do inquérito com as respostas à parte B do mesmo, decidiram-se aplicar alguns testes de hipóteses para averiguar se existiriam diferenças nas respostas que fossem provocadas por variáveis de âmbito sociodemográfico.

A primeira em análise foi o Género: quis-se avaliar até que ponto o Género exerceria algum tipo de influência na forma como os inquiridos respondiam quer à componente B e C como um todo, quer às categorias PD/ID e RT da componente B, quer às subdivisões das 5 primeiras questões e das questões subsequentes da componente C. Assim, foram constituídos dois grupos, sendo 54 elementos do género Masculino, e 49 do género Feminino.

Iniciando a análise pela componente B, e aplicando o teste de Levene à igualdade de variâncias, verificamos que o valor de prova é de 0,083, pelo que não se rejeita a hipótese das variâncias das respostas às questões da componente B serem idênticas entre os géneros. Aplicando o teste t à diferença de médias, obtemos um valor de prova de 0,481, pelo que não se rejeita a hipótese de as médias serem idênticas entre o género masculino e o género feminino. Isto significa que o Género não exerce qualquer influência na forma como os inquiridos respondem ao inquérito como um todo.

Subdividindo a componente B nas suas categorias PD/ID e RT, iremos analisar ambas. No caso da categoria PD/ID, e aplicando o teste de Levene à igualdade de variâncias, temos um valor de prova de 0,311, pelo que não se rejeita a hipótese de as variâncias entre os géneros serem idênticas. Aplicando o teste t à diferença de médias, obtemos um valor de prova de 0,155, pelo que não se rejeita a hipótese de a média de respostas à categoria PD/ID ser idêntica entre os géneros.

Passando à categoria RT, e começando por aplicar o teste de Levene à igualdade de variâncias, obtemos um valor de prova de 0,010, pelo que se rejeita a hipótese de ambos os géneros terem o mesmo tipo de variância. Aplicando o teste t à diferença de médias para amostras independentes com diferentes variâncias, obtemos um valor de prova de 0,307, pelo que não se rejeita a hipótese de as médias entre os géneros serem idênticas.

Conclui-se no que toca à componente B que quer como um todo, quer nas suas categorias analisadas separadamente, o Género não exerce qualquer influência nas respostas.

Relativamente à componente C, e aplicando o teste de Levene à igualdade de variâncias, obtemos um valor de prova de 0,173, pelo que não se rejeita a hipótese de as variâncias entre os géneros serem iguais. Aplicando o teste t à diferença de médias, obtemos um valor de prova de 0,366, pelo que não existe evidência estatística suficiente para se rejeitar a hipótese de as médias serem iguais.

Levando em linha de conta que apenas as 5 primeiras questões foram respondidas pela totalidade dos inquiridos, iremos subdividir o Score das questões C em dois outros Scores, o Score das questões C1 a C5, e o Score das questões C6 a C20.

Relativamente às 5 primeiras questões, e aplicando o teste de Levene à igualdade de variâncias, obtemos um valor de prova de 0,133, pelo que não se rejeita a hipótese de as variâncias serem iguais entre os géneros. Aplicando o teste t à diferença de médias, obtemos um valor de prova de 0,298, pelo que não se rejeita a hipótese de o sexo feminino e o sexo masculino responderem da mesma forma ao conjunto das cinco primeiras questões.

Passando agora às restantes 15 questões, começemos por observar que a nossa amostra se reduz a 10 elementos, pelo que qualquer conclusão deverá ser tirada com maior precaução, visto as sub-amostras serem extremamente pequenas. Aplicando o teste de Levene à igualdade de variâncias, obtemos um valor de prova de 0,584, pelo que não existe evidência estatística suficiente para rejeitar a hipótese de as variâncias serem iguais. Aplicando agora o teste t à diferença de médias, obtém-se um valor de prova de 0,860, pelo que se conclui com 95% de confiança, que não existe qualquer diferença estatística entre os géneros, no que diz respeito ao Score de Pontuação das questões C6 a C20.

Temos então que o Género não exerce qualquer influência na forma como os inquiridos respondem às questões de primitividade defensiva e difusão de identidade; à forma como respondem às questões do teste de realidade, nem à forma como respondem às questões que indicarão a existência ou não de um Ideação Suicida.

Foi aplicado também o teste ANOVA, para analisar a eventual diferença de variância nas respostas dadas, consoante o Curso frequentado pelos alunos. Aquilo que se verificou é que com um valor de prova de 0,579, não se rejeita a hipótese de todos os diferentes grupos correspondentes aos diferentes cursos, terem o mesmo tipo de comportamento de resposta às

questões da componente B. Isto mostra que o Curso não é um fator diferenciador nos resultados da aplicação à parte B do inquérito. As mesmas conclusões podem ser tiradas para as diferentes categorias, PD/ID ( $p=0,904$ ) e RT ( $p=0,309$ ). Ou seja, o curso em que o aluno se encontra não afeta a forma como ele responde a cada uma das categorias da componente B, da mesma forma que não afeta a forma como ele responde à componente B como um todo.

Utilizando o mesmo teste ANOVA para verificar se existem diferenças a nível da componente do inquérito relativa à eventual existência de ideação suicida, obtemos o valor de prova de 0,921, pelo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos consoante o curso. Segmentando nas duas variáveis já citadas anteriormente, verificamos que também não existe qualquer influência por parte do curso do aluno em relação à forma como ele responde às cinco primeiras questões da componente C ( $p=0,943$ ), nem como ele responde às quinze subsequentes questões da mesma componente ( $p=0,104$ ).

Podemos assim afirmar que o curso que o aluno frequenta não exerce qualquer influência na forma como ele responde ao inquérito.

Pretendeu-se também analisar se o Concelho onde o aluno estuda exerceria algum tipo de diferença na resposta ao inquérito. Foi mantida a mesma estrutura que já foi explicada para o Curso. Aplicou-se o mesmo tipo de análise ANOVA à eventual influência que o Concelho de origem pudesse ter nas respostas. Com um valor de prova de 0,342 rejeita-se a hipótese de o Concelho ser um fator diferenciador no tipo de respostas dada à componente B do inquérito, com um nível de confiança de 95%.

Ao aplicar o teste ANOVA verificamos que apenas na globalidade de respostas à componente C se verifica existirem diferenças significativas entre os grupos, pois o teste dá-nos um valor de prova de 0,042. Tentando discernir que diferenças existirão entre os concelhos, verificamos que os alunos que estudam no concelho do Porto apresentam diferenças estatisticamente significativas em relação aos de Aveiro, com um valor de prova de 0,033. Essa diferença situar-se-á numa pontuação que tenderá a ser inferior em cerca de 4,25 pontos no caso dos alunos do Porto em relação aos de Aveiro.

No entanto, tendo em conta que o número de elementos que respondeu pertencente ao concelho do Porto é de 94, e o número de elementos pertencente ao concelho de Aveiro é de

apenas 4, verificamos que a amplitude desta diferença não garante a validade dos testes utilizados, nem mesmo se se optar pela utilização da média harmónica em vez da média aritmética das pontuações. Desta forma, não se considerará os resultados deste teste por insuficiência amostral de concelhos que não sejam o do Porto.

Ainda relativamente ao Concelho, existia uma questão distinta que era saber se o aluno já habitava no concelho antes de se matricular no atual curso. Tendo em conta que nesta circunstância apenas existiam dois grupos (para as respostas Sim e Não), decidiu-se aplicar um teste T à diferença de médias de amostras independentes, para averiguar se existiria alguma diferença de respostas entre os alunos que já habitavam no concelho em que estudavam antes de iniciarem o curso atual, e os que tiveram que mudar de concelho.

Antes de mais, diga-se as subamostras se tornam muito desniveladas, visto que dos 103 inquiridos, 92 permaneceram no mesmo concelho, enquanto 11 tiveram necessidade de mudar de concelho. Ou seja, uma proporção superior a 8 para 1.

Começando pela análise da componente B, e aplicando o teste de Levene à igualdade de variâncias, obtemos um valor de prova de 0,007, pelo que se rejeita a hipótese de as variâncias entre os dois grupos serem iguais. Aplicando o teste t à diferença de médias para amostras independentes com diferentes variâncias, obtemos um valor de prova de 0,136, pelo que a um nível de confiança de 95% podemos dizer que a mudança de concelho não exerce qualquer influência (se comparada à permanência de concelho) na forma como o inquirido responde à componente B do inquérito.

Se segmentarmos agora nas duas categorias PD/ID e RT, observamos que no que toca à primeira, por aplicação do teste de Levene obtém-se um valor de prova de 0,090, pelo que não se rejeita a hipótese de as variâncias entre os dois grupos serem idênticas. Aplicando o teste t à diferença de médias, obtém-se um valor de prova de 0,015, pelo que se rejeita a hipótese de as médias de resposta às questões da categoria PD/ID serem iguais. Utilizando o intervalo de confiança a 95%, verificamos que a pontuação média dos que estudam no mesmo concelho em que residiam tende a ser inferior entre -14,9 e -1,7 pontos de pontuação global, comparativamente aos que tiveram necessidade de mudar de concelho. Uma vez mais salienta-se que o elevado desnível entre os grupos poderá estar a contribuir para distorcer os resultados.

Quanto à categoria RT, por aplicação do teste de Levene rejeita-se a hipótese de as variâncias serem idênticas entre os dois grupos por obtenção de um valor de prova de 0,003. Aplicando o teste t à diferença de médias, obtemos um valor de prova de 0,436, pelo que não existe evidência estatística suficiente para rejeitarmos a hipótese de as médias de pontuação serem iguais. Ou seja, uma eventual mudança de concelho para ingressar no ensino superior, não conduz a diferenças de resposta na categoria de Percepção de Realidade.

No que diz respeito ao Score de Questões C, foi aplicado o teste de Levene à igualdade de variâncias, tendo sido obtido um valor de prova de 0,000, pelo que se rejeita a hipótese de ambos os grupos terem variâncias idênticas. Aplicando o teste t à diferença de médias para amostras independentes, obtém-se um valor de prova de 0,202, pelo que não existe evidência estatística suficiente para rejeitar a hipótese de as médias serem iguais. Ou seja, a mudança de concelho no momento de ingressar na faculdade não aparenta exercer influência no potencial Ideação Suicida.

Ao desagregarmos a componente C no conjunto das cinco primeiras questões e no conjunto das questões subsequentes, as conclusões tiradas para a globalidade da componente C do inquérito não se alteram. Assim, para as questões C1 a C5, o teste de Levene dá-nos um valor de prova de 0,000, e ao aplicarmos o teste t para a diferença de médias de amostras independentes com distintas variâncias, obtemos um valor de prova de 0,226, pelo que não há diferenças significativas entre os dois grupos amostrais.

No que diz respeito às questões C6 a C20, o teste de Levene dá-nos um valor de prova de 0,496, pelo que não se rejeita a hipótese de as variâncias serem iguais. Aplicando o teste t obtemos um valor de prova de 0,245, pelo que não existe evidência estatística suficiente para afirmar que haja qualquer diferença a nível do Score de pontuações das 15 últimas questões do inquérito.

Concluimos assim que a mudança de concelho para ingressar na faculdade apenas influencia a forma como os inquiridos respondem às questões da categoria PD/ID. Ainda assim, volta-se a salientar a grande diferença entre os dois grupos amostrais, pois aquele que se mantém no concelho é de 92 elementos, e o que teve necessidade de mudar de concelho foi de 11 elementos.

Não se pôde concretizar a intenção de distinguir as eventuais diferenças nas respostas entre os alunos que estiveram inscritos anteriormente noutro curso superior em relação àqueles que apenas frequentam o mesmo desde o início, devido ao facto de apenas 3 elementos amostrais terem mudado de curso. A aplicação do teste *t* à diferença de médias, bem como de qualquer outro teste de hipóteses fica assim inviabilizada, pois 3 elementos constituem um número insuficiente para a aplicação de qualquer teste de hipóteses. Assim, a questão “Número de matrículas inclui inscrições anteriores noutros cursos superiores” não deve ser considerada para efeitos de análise inferencial.

Em termos de análise correlacional havíamos verificado que a Idade não apresentava qualquer correlação com as diferentes componentes do inquérito. Isso não significa, contudo, que não possam existir diferenças concretas na resposta ao inquérito consoante a idade do inquirido. Para tal, decidiu-se aplicar o teste ANOVA para verificar as diferenças entre os diferentes grupos com os elementos de cada um considerados pela sua faixa etária. Uma vez mais, foram consideradas as pontuações das componentes B e C como um todo, bem como as suas segmentações: no caso da componente B, as categorias PD/ID e RT; no caso da componente C, o conjunto das cinco primeiras questões, e o conjunto das 15 subsequentes questões.

Aplicando o teste ANOVA com o nível standard de confiança de 95%, em todos os casos se rejeita a hipótese de existirem diferenças nas respostas consoante as idades, pois o valor de prova foi sempre igual ou superior a 0,05, conforme a tabela anexa 108 indica. Isto confirma que a Idade não exerce qualquer tipo de influência na forma como é respondido o inquérito.

Estudamos ainda as diferenças que pudessem existir nas respostas às componentes B e C do inquérito, bem como nas suas respetivas categorias que pudessem ser motivadas pelo Ano em que o aluno se encontrava. Uma vez mais foi utilizado o teste ANOVA com o nível standard de confiança de 95%. Os resultados da tabela 109 em anexo indicam-nos que como todos os valores de prova são iguais ou superiores a 0,05, o Ano em que o aluno se encontra não exerce qualquer influência nas respostas ao inquérito.

O mesmo tipo de análise que foi feito para o Ano, foi utilizado para as Matrículas. Tendo em conta que conforme já havíamos visto na análise descritiva dos dados, estas não se afastavam sobremaneira do Ano em que os alunos se encontravam, não seria de esperar que os resultados por aplicação do teste ANOVA fossem particularmente diferentes. E de facto não foram, todos os valores de prova foram superiores a 0,05, pelo que não existe evidência estatística suficiente para se poder afirmar que o Número de Matrículas do aluno exerce influência na forma como este responde às questões da componente B e suas categorias, bem como às questões da componente C, quer na sua globalidade, quer na separação já utilizada anteriormente.

### 5.2.v. Conclusões da Análise Estatística

Tendo em conta todo o trabalho de campo efetuado com recurso a inquérito online, podemos desde já concluir que fatores como a Idade do indivíduo, o Ano em que se encontra, o Número de Matrículas, o Género, ou o Concelho de Residência não exercem influências que se possam considerar como estatisticamente válidas a nível da Ideação Suicida, nível de Primitividade Defensiva/Difusão de Identidade ou nível do Teste de Realidade.

Em alguns casos o grande desnível de grupos amostrais poderá estar a contribuir para uma eventual sub-representação de alguns grupos pelo que uma amostra com um diferente perfil poderia trazer resultados distintos. Isso seria mais notório a nível das variáveis Concelho em que estuda, e Mudança de Concelho para frequentar a universidade. No entanto, da mesma forma que não se pode garantir que os resultados se mantivessem no caso de se possuir uma amostra com um perfil diferente, também não se pode garantir que os resultados se alterassem nessas circunstâncias.

Temos portanto que em primeira análise, os fatores sociodemográficos escolhidos não exercem influência digna de monta sobre a Ideação Suicida dos indivíduos.

Aquilo que se pode concluir é que a forma como o indivíduo responde a questões relacionadas com Primitividade Defensiva/Difusão de Identidade se encontra fortemente associada à forma como ele manifesta ou não a existência de um Ideação Suicida. Quanto mais elevada a pontuação atribuída às questões de Primitividade Defensiva/Difusão de Identidade, maior afirmação de propensão existirá por parte do indivíduo em relação a Ideação Suicida. A relação existente entre as questões do Teste de Realidade e do Ideação Suicida é também patente, mas de forma mais moderada.

Resumindo, as conclusões principais são as seguintes:

- O inquérito apresenta uma distribuição normal, o que permite o uso de testes paramétricos
- As partes B e C do inquérito (IPO-R e BSI) apresentam uma forte consistência interna
- Verifica-se que, tal como proposto, quanto mais imatura é a organização da personalidade, maior presente e forte é a Ideação Suicida. Isto verifica-se especialmente no que diz respeito à Difusão de Identidade/Primitividade Defensiva

(elementos da Organização Borderline da Personalidade) e, em menor grau, no que diz respeito ao Teste da Realidade (elemento da Organização Psicótica da Personalidade).

- Existe correlção entre a parte B e a forma como os participantes respondem à parte C, especialmente no que diz respeito à subcategoria ID/PD da parte B. A correlação é neste caso forte, o que significa que esta subcategoria está fortemente ligada à forma como as respostas são dadas à parte do inquérito relativa à Ideação Suicida. Quanto maior a cotação em ID/PD, maior a cotação relativa a Ideação Suicida. A correlação entre RT e a parte C é moderada, pelo que a relação entre scores é menos intensa do que no caso anterior.
- A sequência do inquérito apresenta sentido do ponto de vista estatístico.
- Os factores sociodemográficos não se correlacionam com os scores de B e C. Isto está de acordo com a nossa ideia de que a significação da organização da personalidade é o molda a experiência, seja ela do contínuo existencial ou reativo. O fundo de personalidade é aquilo que se mantém constante e sempre presente, independentemente da variabilidade de circunstancial externa.

## VI. Síntese e Conclusão

Este trabalho começou com a questão da associação do suicídio a situações de psicopatologia. Tendo-se defendido o ponto de vista de que psicopatologia vai para além de um grupo de sintomas comportamentais e que por detrás deles existem processos mentais de uma estrutura de personalidade que significa a vivência psicológica e, por isso, atribui significado a esses comportamentos, estabeleceu-se a importância de considerar o sofrimento mental como pré-condição ou início de um processo suicida.

Por sua vez, embora a dor mental não se equacione a psicopatologia, ela é de especial relevância quando surge e exerce o seu impacto sobre uma estrutura de personalidade mais imatura e pouco integrada, mais susceptível à descompensação aquando do confronto com realidades externas ou internas que se tornam mais difíceis de acomodar. Essa estrutura, referiu-se também, é de especial importância na consideração de eventos inquestionavelmente demonstradores de sofrimento psíquico como é o suicídio e essencial não só para o correto diagnóstico das condições em que se enquadram os sintomas, como também para o manejo do paciente.

Defendemos a escolha, validade e utilidade de um modelo de compreensão da psicopatologia essencialmente relacional, conjugando o interno e o externo pessoal, o desenvolvimento psicológico no processo do estabelecimento de significados e estruturas significantes de objectos, emoções e afectos e, esta estrutura ou processos mentais, como o fundo pessoal sobre o qual a psicopatologia pode ser pensada.

Fruto da prolífica experiência e desenvolvimento teórico de vários autores de referência que constituem paradigmas próprios de encarar este aspecto estrutural, em conjugação com a dificuldade de abordar este tema do ponto de vista empírico, optou-se de forma refletida pelo apoio na Teoria de Relações de Objecto, tal como definida e operacionalizada por O. Kernberg.

Uma vez chegados a este ponto, quisemos saber se é possível verificar a consistência da afirmação teoria que sugere que o sofrimento mental é mais patente em estruturas de personalidade com um nível de maturidade psicoafectiva mais baixa. Para tal tomou-se a

ideacção suicida como sintoma de sofrimento mental e lançou-se mão de instrumentos que permitissem uma avaliação não só dessa ideação suicida, como também da referida maturidade estrutural.

Em termos de hipóteses concretas, e seguindo o fio teórico traçado pela escola psicodinâmica de Relações de Objeto, propusemos essencialmente que a ideação suicida surge não só associada ou contextualizada em estruturas de personalidade mais imaturas, mas que a intensidade destas ideações e da imaturidade estrutural se correlacionam de forma direta. Propusemos também a hipótese de que, a haver passagens ao ato desta ideação suicida, tal aconteceria predominantemente nas patologias estruturais mais graves.

Em relação aos instrumentos seleccionados, verificou-se que permitiram obter respostas que seguiram uma distribuição aproximável a Normal, pelo que foi possível aplicação de testes estatísticos Paramétricos. A consistência interna do IPO-R e da BSI demonstrou ser elevada e a sequência do inquérito demonstrou ser estatisticamente válida.

A nível do IPO-R verificou-se que existe uma correlação moderada entre as escalas PD/ID e RT. Existe uma correlação direta e forte entre as pontuações totais do IPO-R e da BSI. Analisando as correlações das duas escalas do IPO-R com a BSI separadamente, verifica-se que tal se verifica com o mesmo sentido mas com forças diferentes. PD/ID apresenta uma correlação forte com a pontuação total da BSI mas RT correlaciona-se de forma moderada.

Não se verificaram quaisquer tendências de resposta ou correlações entre as variáveis sociodemográficas e a forma como os sujeitos respondem ao IPO-R e BSI.

Ponderou-se também o facto da BSI ter instruções que indicam aos sujeitos para avançarem um grupo completo de questões referente a Ideacção Suicida Passiva se as respostas forem nulas relativamente à inquirição daquilo que é considerado como tentativa de suicídio passiva e activa (ambas pertencentes ao grande grupo de Ideacção Suicida Activa). Obtivemos relativamente poucos sujeitos que tenham cabido na condição de responder ao grupo 2 da BSI mas foi possível verificar uma relação clara entre as questões pivot do grupo 1 da BSI e a pontuação no IPO-R. Quanto maior a pontuação no IPO-R, maior a

probabilidade dos sujeitos não responderem de forma nula às questões de tentativa de suicídio passiva e ativa do grupo de Ideação Suicida Ativa.

Assim, e relativamente às nossas hipóteses, verificou-se a hipótese central proposta: a ideação suicida surge não só associada ou contextualizada em estruturas de personalidade mais imaturas, mas que a intensidade destas ideações e da imaturidade estrutural se correlacionam de forma direta. Em termos estatísticos, isto traduz-se pela conclusão de que a forma como um sujeito responde a questões relacionadas com PD/ID e RT, tomadas no total ou separadamente, se encontra fortemente associada à forma como responde às questões sinalizadoras de Ideação Suicida na BSI. Quanto mais elevada a pontuação atribuída às questões da escala PD/ID, maior afirmação de propensão existirá por parte do indivíduo em relação a Ideação Suicida. A relação existente entre a escala RT e Ideação Suicida é também patente, mas de forma mais moderada.

A formulação da nossa hipótese central foi fortemente influenciada pela articulação teórica de do modelo psicopatológico de Kernberg que propõe que um self bem integrado, um conhecimento realista desse self e um mundo de representações de objeto bem integradas reforçam-se mutuamente. De tal resulta que quanto maior a maturidade e profundidade do mundo interno de relações de objeto, maiores são os recursos face à adversidade, falhas e conflitos. Os resultados da investigação apoiam esta noção, estando o conceito de maior maturidade e profundidade do mundo interno de relações de objeto operacionalizadas no IPO-R sob a forma de pontuações mais baixas e, as marcas da adversidade, falhas e conflitos operacionalizados sob a forma de um sofrimento mental específico, neste caso a Ideação Suicida operacionalizada na BSI.

A outra hipótese que previa uma correlação direta entre gravidade estrutural e casos tentados de suicídio não se pode verificar por ausência de sujeitos que tenham feito tentativas prévias de passagem ao ato. Esta é uma questão menor, uma vez que nos interessava essencialmente a orientação da mente da vida para a morte e a sua relação com estrutura mental ou relações de objeto predominantes. Poderá esta investigação servir para trabalhos futuros sobre o comportamento específico.

Desta forma, verifica-se que uma estrutura psíquica mais imatura corresponde a um maior sofrimento psíquico e que este se insere na lógica relacional desses processos mentais.

Ao determinarem a forma como o sujeito se vive e vive com os outros, também os seus desajustes e frustrações serão entendidos pelo prisma dessas vivências. Daí a razão do nosso título, já que a estrutura psíquica significa a experiência pessoal e, a sua expressão, permite-nos antever as lógicas do processo mental que fornece um determinado contexto para o sofrimento pessoal.

Em termos de uma reflexão final sobre estes resultados, não podemos deixar de os contextualizar e integrar no que atrás foi referido na forma de citação de ideias dos vários autores revistos sobre o processo de suicídio e da sua base psicopatológica.

Uma estrutura da personalidade menos madura parece ter mais dificuldades na adaptação ao contexto relacional dos objetos internos e externos. A dor mental, enquanto testemunha desta dificuldade, revela-se tanto em quantidade como em qualidade. Se a quantidade é algo que pode determinar um diagnóstico descritivo por revelar algo que ultrapassa o patamar clínico de diagnóstico, a qualidade é mais difícil de identificar sem o envolvimento de uma outra mente. É também a qualidade que significa em relação a quem o sofrimento existe. É igualmente difícil determinar qual o ponto em que esse sofrimento significa a subjugação pessoal aos maus objetos relacionais, quer internos ou externos, e para a procura de vínculos com bons objetos relacionais. Dor mental será, aliás, algo sempre presente independentemente da estrutura, mesmo nas mais maduras. É essa a razão, parece-nos, pela qual não existem linhas de corte no IPO-R em termos de diagnóstico dos três tipos de estruturas.

Os resultados desta investigação parecem-nos confirmar as ideias de Hale do início de um processo suicida – que um estado mental prévio significa vivências, sentimentos e interpretações de se estar a ser atacado e/ou rejeitado de forma tendente ao avassalamento e insuportabilidade de sentimentos dessa natureza; de Orbach quando fala de um estado mental similar em que a dor mental assume uma natureza particular de irreversibilidade e incapacidade de contenção; Maltserberg refere-se igualmente a estados mentais em que não há a possibilidade ou eficácia de regulação afetiva, levando ao colapso do self. Tal leva à inevitabilidade da perda do teste de realidade, o que, seguindo o raciocínio do autor, é uma consequência do estado mental prévio. O que se verificou nesta investigação, assim como noutras citadas, é que o índice do Teste de Realidade na IPO-R é um indicador que se correlaciona de forma mais fraca com as questões estudadas. Isso é assim concordante com a ideia que tal índice é mais significativo em sujeitos claramente psicóticos.

Já no caso dos funcionamentos mais frágeis do tipo borderline, surge como algo que é um preditor frágil por não ser algo inteiramente pertencente a um estado mental prévio. Teremos que ser cuidadosos com o alcance desta afirmação, uma vez que depende da forma como usamos o termo. Fenomenologicamente, é sinal da obliteração do self mas, em termos dinâmicos e mais subtis, um funcionamento menos integrado e maduro significa um mundo relacional mais permeado de maus objetos. Pensamos por isso que se pode falar de uma deterioração relativa do teste da realidade nas estruturas borderline porque o reconhecimento, contenção e ponderação estão prejudicados, se bem que não de uma forma delirante ou alucinatória. A parte psicótica da personalidade fecha a amplitude de significados possíveis com o húbris de um narcisismo que tudo foca e significa a partir dos maus objetos.

Os resultados também parecem suportar a noção de Kernberg de que à estrutura mental correspondem matrizes relativamente estáveis de processos mentais vivência, ou relações de objeto internalizadas significantes das vivências. Toda a IPO-R é construída em torno de questões sobre relações do self com os seus objetos e com o outros, sendo que uma mais fraca representação do self (difusão de identidade) e a necessidade de defesas mais urgentes, que levam em menor conta a Realidade relacional (primitividade defensiva) se correlacionam com pontuações mais elevadas e mais sugestivas de sofrimento mental na BSI.

Note-se também que se existe correlação entre a IPO-R (as configurações relativamente estáveis dos processos mentais ou aquilo que configura a noção de estrutura) e a BSI (aquilo que tomamos como indício de dor mental), não se verificaram correlações entre estes elementos e os sociodemográficos. Embora tenhamos explorado apenas traços gerais, estes não aparecem como condicionadores de resultados. Em grande medida, e de acordo com o fio teórico aqui seguido, estes poderiam corresponder aos gatilhos externos de uma condição subjacente, com a reatividade ou falta de recursos de adaptabilidade a recaírem do lado da estrutura psíquica. O facto de não existirem na amostra casos de tentativas prévias de suicídio mas, mesmo assim, de sofrimento mental, reforçam esta mesma ideia da circunstância externa como gatilho comportamental significado pelo que é interno e não por um significado próprio externo que lhe é subjacente e independente de uma pessoa significadora. Não nos passa despercebida a questão do trauma violento que superam limiares de tolerância existentes em qualquer tipo de estrutura, mas tal constituir-se-ia um trabalho bastante diferente daquele que aqui foi assumido.

A questão da importância da consideração dos processos mentais internos, independentemente dos limiares clínicos sintomáticos, parece-nos ficar igualmente reforçada. A ação diagnóstica e terapêutica, dependente da empatia ou do envolvimento mental e emocional do técnico de saúde mental e o seu paciente, sobressai como suficientemente importante para ser o fio condutor de compreensão daquilo que é sempre presente, do significado e significação relacional do acidental e ambiental. Já que o acidental, por definição, não é completamente evitável, a prevenção e tratamento parecem ter a sua importância primordial na abordagem dos processos mentais que terão de lidar, relacionar-se, conter e integrar esses mesmos acontecimentos.

No que toca ao aspeto da compreensão empática do técnico, note-se que tal só é possível no campo relacional. O que se verificou é que o significado da vivência e experiência se correlaciona com as relações de objeto internalizadas. Assim, os resultados são também sugestivos da importância teórica colocada sobre a compreensão dos significados e significações do paciente para além do diagnóstico descritivo. Sem isto surge como muito difícil o estabelecimento de uma boa relação médico-doente, ou de um campo relacional útil – útil para o diagnóstico, compreensão e intervenção do técnico; útil para a ajuda que o paciente necessita de receber em termos de um bem-estar e de uma vivência de segurança.

## Bibliografia

Abreu, J.L.P. (1997). *Introdução à psicopatologia compreensiva – 2ª Edição*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Ahumada, J. (1997). *Descobertas e refutações – a lógica do método psicanalítico*. Rio de Janeiro, Imago.

Akhtar, S. (1995). *Quest for Answers*. New Jersey, Jason Aronson

Akhtar, S. (1999). *Inner torment: Living between conflict and fragmentation*. New Jersey, Jason Aronson

Almeida, A (2004). Uma contribuição para a teoria das transformações de Wilfred Bion: A transformação psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Volume 6, Número 2, Jul/Dez 2004*, 17-34

American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM-IV*. Lisboa, CLIMEPSI

American Psychological Association (2001). *Publication manual of the american psychological association – 5th Edition*. Washington, APA

Arlow, J. e Brenner, C. (1964). *Psychoanalytic concepts and the structural theory*. New York, International Universities Press

Athayde, J.S. (1971). *Elementos de psicopatologia*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Baechler, J. (1979). *Suicides*. Oxford, Basil Blackwell

Bateman, A. e Holmes, J. (1997). *Introdução à psicanálise*. Lisboa, CLIMEPSI

Beà, E.T. (1991). *Entrevista e diagnóstico*. Lisboa, Fim de Século

Beck, A.T., Kovacs, M. e Weissmann, A. (1979) Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

Bell, D. (2008). Who is killing what or whom?: Some notes on the internal phenomenology of suicide. In S. Briggs, A. Lemma e W. Crouch (Eds.) *Relating to Self-harm and Suicide*. London, Routledge.

Benjamim, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, Guilford Press

Bergeret, J. (1996). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa, CLIMEPSI

Bergeret, J. (1998). *Psicologia patológica*. Lisboa, CLIMEPSI

Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Boedijn, G. and Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 73, No. 1 (Winter 2009)*, 44-60

Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. London, Karnac

Bion, W.R. (1963). *Elementos em psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago

Bion, W.R. (1967). *Estudos psicanalíticos revisitados (Second Thoughts)*. Rio de Janeiro, Imago

Blashfield, R.K. e Livesley, W.J. (1999). Classification. In T. Millon, P.H. Blaney e R.D. Davis (Eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press

Blatt, S. e Levy, K. (1998). A psychodynamic approach to the diagnosis of psychopathology. In J.W. Barron (Ed.) *Making Diagnosis Meaningful*. Washington, American Psychological Association.

Blatt, S. (2008). *Polarities of experience*. Washington, American Psychological Association

Boulanger, J.-J. (1998). Perspectiva metapsicológica. In J. Bergeret (Ed.) *Psicologia Patológica*. Lisboa, CLIMEPSI

Bouman, T.K., Eifert, G.H. e Lejeuz, C.W. (1999). Somatoform disorders. In T. Millon, P.H. Blaney e R.D. Davis (Eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press

Braconnier, A. (1998). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa, CLIMEPSI

Braconnier, A., Corbobesse, E., Deschamps, N., Duriez, N., Gaillard-Janin, N., Joubert-Chain, C. et al (2006). *Manual de psicopatologia*. Lisboa, CLIMEPSI

Brenner, C. (1973). *Noções básicas de psicanálise – 5ª Ed.* Rio de Janeiro, Imago

Breuer, J. E Freud, S. (1895). Studies on hysteria, *Standard Edition vol. 2*, London, Vintage

Cabral, F. (1998a). As matrioskas ou as formas de expressão. *Labirintos N° 2*, 1-3

Cabral, F. (1998b). *Pensar a emoção*. Lisboa, Fim de Século

Campbell, P.G. e Russell, G.F.M. (1983). The assessment of neurotic and personality disorders in adults. In G.F.M. Russell e L.A. Hersov (Eds.). *Handbook of Psychiatry 4 – The Neurosis and Personality Disorders*. Cambridge, Cambridge University Press

Cardoso, C.M. (2002). *Os caminhos da esquizofrenia*. Lisboa, CLIMEPSI

Carroll, L. (2001). *As aventuras de Alice no país das maravilhas e Alice do outro lado do espelho*. Lisboa Relógio D'Água.

Cawley, R.H. (1983). Concepts and classification. In G.F.M. Russell e L.A. Hersov (Eds.) *Handbook of Psychiatry 4*. Cambridge, Cambridge University Press

Chapman, A.H. (1967). *Textbook of clinical psychiatry – An Interpersonal Approach*. Philadelphia, Lippincott

Chapman, A.H. e Chapman, M. (1980). *Harry Stack Sullivan's concepts of personality development and psychiatric illness*. New York, Brunner/Mazel

Clarkin, J., Kernberg, O. e Foelsch, P. (2001) The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment, Vol 13(4)*, 577-591

Lenzenweger, M., Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B. e Kernberg, O.F. (2007). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. The Personality Studies Institute

Coelho, R., Milheiro, C., Cabral, F., Amaral, J., Brandão, J. e Horta, P. (1996). Delito, impasse e somatização. *Revista Portuguesa de Psicanálise, 15, Dez 1996*, 39-53

Cordeiro, J.C.D. (2003). *Psiquiatria forense*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Cordeiro, J.C.D. (2005). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Cordioli, A.V. (1993). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. Porto Alegre, Artes Médicas

Davison, G.C. e Neale, J.M. (1998). *Abnormal psychology (7th Edition)*. New York, Wiley

Delius, C., Gatzemeier, M., Sertcan, D. e Wünscher (2000). *História da Filosofia – da Antiguidade aos dias de hoje*. Colónia, Könnemann

Dias, C.A. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto, Edições Afrontamento

Dias, C.A. (1995). (A) *Re-Pensar*. Porto, Edições Afrontamento

Dias, C.A. (1999). *O negativo ou o retorno a Freud*. Lisboa, Fim de Século

Dias, C.A. (2000). *Freud para além de Freud*. Lisboa, Fim de Século

Eigin, M. (1993). *The psychotic core*. New Jersey, Jason Aronson

Eigin, M. (1999). *Toxic nourishment*. London, Karnac

Eigin, M. (2009). *Flames from the unconscious*. London, Karnac

Eigin, M. (2010). *Eigen in Seoul: Volume one – Madness and murder*. London, Karnac

Ellman, S. (1991). *Freud's technique papers: a contemporary perspective*. New York, Jason Aronson

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. *Science*, Vol 196, Nr 4286. 129-196

Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M. e Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC Psychiatry* 2004, 4:7

Etchegoyen, R.H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre, Artes Médicas

Ey, H., Bernaed, P. e Brisset, CH. (1965). *Tratado de psiquiatria*. Barcelona, Toray-Masson.

Fabião, C. (2007). *Narcisismo: Defesas primitivas e separação*. Lisboa, CLIMEPSI

Fairbairn, R. (1941). Uma revisão psicopatológica das psicoses e psiconeuroses, *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Lisboa, Vega

Fairbairn, R. (1943). O recalçamento e a reaparição dos objetos maus (com especial referência às “neuroses de guerra”), *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Lisboa, Vega

Fairbairn, R. (1946). Relações de objeto e estrutura dinâmica, *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Lisboa, Vega

Fairbairn, R. (1951). Uma sinopse do desenvolvimento dos pontos de vista do autor a respeito da estrutura da personalidade, *Estudos Psicanalíticos da Personalidade*. Lisboa, Vega

Fairbairn, R. (1952). *Estudos psicanalíticos da personalidade*. Lisboa, Vega

Fairbairn, R. (1954a). The nature of hysterical states, *From Instinct to Self: Selected Papers of W.R.D. Fairbairn, Vol.1*. New York, Jason Aronson

Fairbairn, R. (1963a). Synopsis of an object-relations theory of the personality, *From Instinct to Self: Selected Papers of W.R.D. Fairbairn, Vol.1*. New York, Jason Aronson

Fairbairn, R. (1994). *From instinct to self: selected papers of W.R.D. Fairbairn, Vol.1*. New York, Jason Aronson

Fine, R. (1989). *Current and historical perspectives on the borderline patient*. New York, Brunner/Mazel

Fischer-Homberger, E. (1983). Neurosis. In M. Shepherd e O.L. Zangwill (Eds.). *Handbook of Psychiatry 1 – General Psychopathology*. Cambridge, Cambridge University Press.

Fonseca, A.F.F. (1987). *Psiquiatria e psicopatologia – II Volume*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Fonseca, A.F.F. (1995). *Saúde mental e humanização*. Porto, Edições Afrontamento

Fonseca, A.F.F. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia – I Volume (2ª Ed)*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Foucault, M. (1972). *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva

Fourez, G. (2002). *A construção das ciências*. Lisboa, Instituto Piaget

Frank, J. (1973). *Persuasion and healing: Revised edition*. Baltimore, Johns Hopkins University Press

Freud, A. (1936). The mechanisms of defense. In *Selected Writings of Ana Freud*. London, Penguin Books

Freud, S (1905b). Jokes and their relation to the unconscious. *Standard Edition vol. 8*, London, Vintage

Freud, S, (1914b). On narcissism: an introduction, *Standard Edition vol. 14*, London, Vintage

Freud, S. (1886b). Report on my studies in Paris and Berlin, *Standard Edition vol. 1*, London, Vintage

Freud, S. (1893c). Some points for a comparative study of organic and hysterical motor paralysis, *Standard Edition vol. 1*, London, Vintage

Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology, *Standard Edition vol. 1*, London, Vintage

Freud, S. (1900). The interpretation of dreams, *Standard Edition vol. 4 e 5*, London, Vintage

Freud, S. (1901a). The psychopathology of everyday Life, *Standard Edition vol. 6*, London, Vintage

Freud, S. (1901b). On dreams. *Standard Edition vol. 5*, London, Vintage

Freud, S. (1905c). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition vol. 7*, London, Vintage

Freud, S. (1905d). Fragments of an analysis of a case of hysterias, *Standard Edition vol. 7*, London, Vintage

Freud, S. (1910c). Five lectures on psychoanalysis, *Standard Edition vol. 11*, London, Vintage

Freud, S. (1910f). The psycho-analytic View of psychogenic disturbance of vision, *Standard Edition vol. 11*, London, Vintage

Freud, S. (1911a). Formulations on the two principles of mental functioning, *Standard Edition vol. 12*, London, Vintage

Freud, S. (1911b). Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (Dementia Paranoides), *Standard Edition vol. 12*, London, Vintage

Freud, S. (1912a). A note on the unconscious in Ppsychoanalysis, *Standard Edition vol. 12*, London, Vintage

Freud, S. (1914a). On the history of the psychoanalytic movement, *Standard Edition vol. 14*, London, Vintage

Freud, S. (1915a). Instincts and their vicissitudes. *Standard Edition vol. 14*, London, Vintage

Freud, S. (1917c). Mourning and melancholia, *Standard Edition vol. 14*, London, Vintage

Freud, S. (1920b). Beyond the Pleasure Principle, *Standard Edition vol. 18*, London, Vintage

Freud, S. (1923a). The Ego and the Id, *Standard Edition vol. 19*, London, Vintage

Freud, S. (1924a). The economic problem of masochism, *Standard Edition vol. 19*, London, Vintage

Freud, S. (1925d). An autobiographical study, *Standard Edition vol. 20*, London, Vintage

Freud, S. (1930). Civilization and its discontents, *Standard Edition vol. 21*, London, Vintage

Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis, *Standard Edition vol. 22*, London, Vintage

Freud, S. (2001). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (24 Vol.)*. London, Vintage

Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice (The DSM-IV Edition)*. Washington, American Psychiatric Press

Gelder, M., Mayou, R. e Geddes, J. (2006). *Psychiatry: Third edition*. Oxford, Oxford University Press

Ghosh, T.B. e Victor, B.S. (2005). Suicide. In R. Hales, S. Yudofsky e J. Talbott *Textbook of Psychiatry – Third Edition*. Washington, American Psychiatric Press.

Giovacchini, P.L. (1986). *Developmental disorders*. New Jersey, Jason Aronson

Glasser, M. (1968). Some aspects of the role of aggression in the perversions. In I. Rosen (Ed.) *The Pathology and Treatment of Sexul Deviations*. Oxford, Oxford University Press

Gonçalves, L., Amorin, V.A. e Brazette, M. (1997). *Perturbações da personalidade*. Porto, BIAL

Greenberg, J.R. e Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, Harvard University Press

Grotstein, J. (1992). Apresentação. In O. Weininger, *Melanie Klein: da Teoria à Prática (9 – 16)*. Porto Alegre, Artes Médicas

Grotstein, J. (1994a). Epilogue: The Fairbairn legacy. In J. Grotstein e D. Rinsley (Eds.) *Fairbairn and the Origins of Object Relations*. London, The Guilford Press

Grotstein, J. (1994b). Notes on Fairbairn's metapsychology. In J. Grotstein e D. Rinsley (Eds.) *Fairbairn and the Origins of Object Relations*. London, The Guilford Press

Grotstein, J. (2007). *A Beam of intense darkness*. London, Karnac

Grotstein, J. (2009). "...But at the same time and on another level..." – Vol. I. London, Karnac

Grotstein, J. e Rinsley, D. (1994). *Fairbairn and the origins of object relations*. London, The Guilford Press

Guerra, J.M. (2005). A formação história dos erros e preconceitos em higiene mental. In J.C.D. Cordeiro (Ed.) *Manual de Psiquiatria Clínica – 3ª Ed.* Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

Guignard, F. (1997). *Cartas ao objeto*. Rio de Janeiro, Imago

Guntrip, H. (1973). *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. New York, Basic Books

Hale, R. (2008). Psychoanalysis and suicide: process and typology. In S. Briggs, A. Lemma e W. Crouch (Eds.) *Relating to Self-harm and Suicide*. London, Routledge.

Hartmann, H. (1964). *Essays on ego psychology*. New York, International Universities Press

Hartmann, H., Kris, E., e Loewenstein, R.M. (1964).. New York, International Universities Press *Papers on psychoanalytic psychology*

Heimann, P. (1952). Certain functions of introjection and projection in early infancy. In J. Riviere (Ed.) *Developments in Psycho-Analysis*. London, The Hogarth Press

Heyno, A. (2008). On being affected without being infected: managing suicidal thoughts in student counseling. In S. Briggs, A. Lemma e W. Crouch (Eds.) *Relating to Self-harm and Suicide*. London, Routledge.

Holder, A. (1990). Instinct and drive. In H. Nagera (Ed.) *Basic Pschoanalytic Concepts on the Theory of Instinct*. London, Karnac

Horner, A.J. (1990). *The primacy of structure*. New Jersey, Jason Aronson.

Horner, A.J. (1991). *Psychoanalytic object relations therapy*. New Jersey, Jason Aronson

Isaacs, S. (1952). The nature and function of phantasy. In J. Riviere (Ed.) *Developments in Psycho-Analysis*. London, The Hogarth Press

Jacobs, D.G., Brewer, M. e Klein-Benheim, M. (1999). Suicide assessment: An overview and recommended protocol. In D.G. Jacobs (Ed.) *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, Jossey-Bas.

Jacobson, E. (1964). *The self and the object world*. New York, International Universities Press

Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions*. New York, International Universities Press

Jaspers, K. (1959). *General psychopathology: Vol. 1 e 2*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press

Joseph, B. (1985). Transference: the total situation. In M. Feldman e E.B. Spillius (Eds.) *Psychic Equilibrium and Psychic Change – Selected Papers of Betty Joseph*. London, Routledge.

Kaplan-Solms, K. e Solms, M. (2002). *Clinical studies in neuro-psychoanalysis: Introduction to a depth neuropsychology – 2nd Revised Ed*. London, Karnac

Kennedy, M.T. (2004). *A brief history of disease, science and medicine*. California, Asklepiad Press

Kernberg, O.F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York, Jason Aronson

Kernberg, O.F. (1980). *Internal world and external reality*. New York, Jason Aronson

Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven, Yale University Press

Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven, Yale University Press

Kernberg, O.F. (2004). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na Relação Psicoterapêutica*. Lisboa, CLIMEPSI.

Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C., Appelbaum, A.H. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre, Artes Médicas

Klein, M. (1926). Princípios psicológicos da análise de crianças pequenas, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1927b). Simpósio sobre análise de crianças, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1929). Personificação no brincar das crianças, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1930a). A Importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1930b). A psicoterapia das psicoses, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1934). Sobre a criminalidade, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.I*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.III*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1952a). As origens da transferência, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.III*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1953). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.III*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1957). Inveja e gratidão, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.III*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância, *Obras Completas de Melanie Klein – Vol.III*. Rio de Janeiro, Imago

Klein, M. (1985). *Obras completas de Melanie Klein (4 Vols.)*. Rio de Janeiro, Imago

Kraepelin, E. (1907). *Clinical psychiatry: A textbook for students and physicians*. London, Macmillan

Kramer, H. e Sprenger, J. (1971). *The malleus maleficarum*. New York, Dover

Kramer, S. e Akhtar, S. (1994). *Mahler and Kohut*. New Jersey, Jason Aronson

Kuhn, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, The University of Chicago Press

Langs, R. (1983). *Unconscious communication in everyday life*. New York, Jason Aronson

Laplanche, J. e Pontalis, J.B. (1990). *Vocabulário de psicanálise*. Lisboa, Editorial Presença

Lenzenweger, M.F. (1999). Shizotypic psychopathology: Theory, Evidence, and Future Directions. In T. Millon, P. Blaney e R. Davis (Eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press

Lenzenweger, M.F., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F. e Foelsch, P.A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion

relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a Nonclinical Sample. *Psychological Assessment* 2001, Vol. 13, No.4, 577-591

Levine, H. (1994). Mahler and Kohut: A comparative view. In S. Kramer e S. Akhtar (Eds.) *Mahler and Kohut*. New Jersey, Jason Aronson

Lindlof, T.R. (1995). *Qualitative communication research methods*. California, Sage Publications

Magee, B. (1975). *Popper*. Glasgow, Fontana

Magee, B. (2006). *The story of Philosophy*. New York, Barnes & Noble

Mahler, M e Kaplan, L. (1977). Os aspectos evolutivos na avaliação das personalidades narcísicas e “borderline”, *O Processo de Separação-Individuação (The Selected Papers of Margaret S. Mahler – Vol.2)*. Porto Alegre, Artes Médicas

Mahler, M. (1952). On child psychosis and schizophrenia: Autistic and symbiotic infantile psychosis, *The Selected Papers of Margaret S. Mahler – Vol.1*. New York, Jason Aronson

Mahler, M. (1963). A interação mãe-filho durante a separação-individuação, *O Processo de Separação-Individuação (The Selected Papers of Margaret S. Mahler – Vol.2)*. Porto Alegre, Artes Médicas

Mahler, M. (1965). A importância da fase normal de separação-individuação na pesquisa da psicose de Tipo Simbiótico, *O Processo de Separação-Individuação (Selected Papers of Margaret S. Mahler – Vol.2)*. Porto Alegre, Artes Médicas

Mahler, M., Pine, F. e Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human Infant*. New York, Basic Books

Malpique, C. (1986). Valor das “latências” na construção da identidade (1ª Parte). *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 4, Dez 1986. 87-99

Maltsberger, J.T. (1999). The psychodynamic understanding of suicide. In D.G. Jacobs (Ed.) *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. San Francisco, Jossey-Bas.

Maltsberger, J.T. (2008). Self break-up and descent into suicide. In S. Briggs, A. Lemma e W. Crouch (Eds.) *Relating to Self-harm and Suicide*. London, Routledge.

Marcelli, D. (1999). *Infância e psicopatologia*. Lisboa, CLIMEPSI

- Marmer, S.S. (1990). Theories of the mind and psychopathology. In R.E. Hales, S.C. Yudofsky e J.A. Talbott (Eds.) *Textbook of Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Press.
- Matos, A.C. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa, CLIMEPSI
- McWilliams, N. (1994). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa, CLIMEPSI
- McWilliams, N. (1999). *Formulação psicanalítica de Casos*. Lisboa, CLIMEPSI
- Meltzer, D. (1989). *O desenvolvimento kleiniano (I a III)*. São Paulo, Escuta
- Millon, T., Blaney, P. e Davis, R. (1999). *Oxford textbook of psychopathology*. Oxford, Oxford University Press
- Mitchell, S. (1981). The origin and nature of the “object” in the theories of Klein and Fairbairn. In J. Grotstein e D. Rinsley (Eds.) *Fairbairn and the Origins of Object Relations*. London, The Guilford Press
- Mucchielli, R. (1980). *Communication et réseaux de communications*. Paris, Editions ESF
- Mullahy, P. (1970). *Psychoanalysis and interpersonal psychiatry— The Contributions of Harry Stack Sullivan*. New York, Science House
- Nemiah, J.C. (1961). *Foundations of Psychopathology*. New York, Oxford University Press
- Neves, T. (2008). Research in psychoanalysis: an area of controversy. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 28 (2), 33 - 59
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L. Dupont, G. e Poitras, K. (2002). Évaluation de la validité théorique de l’Inventaire de l’organisation de la personnalité. *Reveu Canadienne des Sciences du Comportement*, 2002, 34:1, 59-65.
- Ogden, T. (1986). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. London, Karnac
- Orbach, I. (2008). Mental pain, pain-producing constructs, the suicidal body, and suicide. In S. Briggs, A. Lemma e W. Crouch (Eds.) *Relating to Self-harm and Suicide*. London, Routledge.
- Overy, R (1999). *The Times complete history of the World*. London, Times Books
- Paris, J. (1999). Borderline personality disorder. In T. Millon, P. Blaney e R. Davis (Eds.) *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press
- Perlow, M. (1995). *Understanding mental objects*. London, Routledge

- Popper, K. (1959). *The logic of scientific discovery*. London, Routledge
- Quinodoz, J.M. (1991). *A solidão domesticada*. Porto Alegre, Artes Médicas
- Riviere, J. (1952). *Developments in psycho-Analysis*. London, The Hogarth Press
- Rodrigues, C. (1992). *O que é e tem sido a psicologia*. Porto, Contraponto
- Rosenfeld, H. (1965). *Psychotic states*. London, Karnac
- Rosenham, D.L. (1973). On being sane in insane places. In P. Watzlawick (Ed.) *The Invented Reality*. New York, Norton
- Rubens, R.L. (1994). Fairbairn's structural theory. In J. Grotstein e D. Rinsley (Eds.) *Fairbairn and the Origins of Object Relations*. London, The Guilford Press
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa, Caminho
- Sandler, J. (1987). *Projeção, identificação, identificação projetiva*. Porto Alegre, Artes Médicas
- Sandler, J. e Rosenblatt, B. (1962). The representational world. In J. Sandler *From Safety to Superego – Selected Papers of Joseph Sandler*. New York, Gilford Press.
- Sandler, J., Holder, A., Dare, C. e Dreher, A. (2005). *Freud's models of the mind*. London, Karnac
- Sartorius, N. (2002). *Understanding the ICD-10 classification of mental disorders (2nd Ed.)*. London, Science Press
- Scharff, J.S. e Scharff, D.E. (1998). *Object relations individual therapy*. London, Karnac
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología
- Schoenewolf, G. (1990). *Turning points in analytic therapy – The Classic Cases*. New Jersey, Jason Aronson
- Seager, M. (2008). Psychological safety: a missing concept in suicide risk prevention. In S. Briggs, A. Lemma e W. Crouch (Eds.) *Relating to Self-harm and Suicide*. London, Routledge.
- Segal, H. (1957). Notas a respeito da formação de símbolos, *A Obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro, Imago

Segal, H. (1964). *Fantasia e outros processos mentais, A Obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro, Imago

Segal, H. (1973). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro, Imago

Segal, H. (1975). Uma abordagem psicanalítica do tratamento das psicoses, *A Obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro, Imago

Segal, H. (1981). *A obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro, Imago

Settlage, C. (1994). On the contribution of separation-Individuation theory to psychoanalysis: Developmental process, pathogenesis, therapeutic process, and technique. In S. Kramer e S. Akhtar (Eds.) *Mahler and Kohut*. New Jersey, Jason Aronson

Shneidman, E.S. (1985). *Definition of suicide*. New York, Wiley.

Shneidman, E.S. (1993). Suicide as psychache. In J. Maltzberger e M. Goldblatt (Eds.) *Essential Papers on Suicide*. New York, New York University Press.

Silva, P. (1983). The role the psychologist in therapy. In G.F.M. Russell e L.A. Hersov (Eds.). *Handbook of Psychiatry 4 – The Neurosis and Personality Disorders*. Cambridge, Cambridge University Press

Smits, D.J.M., Vermont, R., Claes, L. e Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization – Revised; Construction of an Abridged Version. *European Journal of Psychological Assessment 2009, Vol. 25(4):223-230*

Steiner, J. (1993). *Refúgios psíquicos*. Rio de Janeiro, Imago

Stirling, J.D. e Hellewell, J.S.E (1999). *Psychopathology*. London, Routledge

Stolorow, R.D. e Atwood, G.E. (1984). *Structures of subjectivity*. New Jersey, The Analytic Press

Sullivan, H.S. (1931). The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. In *Schizophrenia as a Human Process*. New York, Norton

Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, Norton

Sullivan, H.S. (1970). *The psychiatric Interview*. New York, Norton

Summers, F. (1994). *Object relations theories and psychopathology*. New York, Psychology Press

Sutherland, J. (1989). Fairbairn's achievement. In J. Grotstein e D. Rinsley (Eds.) *Fairbairn and the Origins of Object Relations*. London, The Guilford Press

Swift, N. (1983). Psychotherapy. In G.F.M. Russell e L.A. Hersov (Eds.). *Handbook of Psychiatry 4 – The Neurosis and Personality Disorders*. Cambridge, Cambridge University Press

Tubiana, M. (1995). *História da Medicina e do pensamento médico*. Lisboa, Teorema

Tyson, P. e Tyson, R. (1990). *Psychoanalytic theories of development*. New Haven, Yale University Press

Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates

Weininger, O. (1992). *Melanie Klein: da teoria à prática*. Porto Alegre, Artes Médicas

Winnicott, D.W. (1949). O Ódio na contratransferência. In *Da Pediatria à Psicanálise – Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro, Imago

Winnicott, D.W. (1971). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, Imago.

Wolf, E.S. (1988). *Treating the self*. New York, The Guilford Press

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva, WHO

Zimerman, D.E. (1995). *Bion: da teoria à prática*. Porto Alegre, Artes Médicas

Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre, Artes Médicas

Zimerman, D.E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre, Artes Médicas

**Apêndice:**

Tabela 96: Identificação de número de correlações moderadas e/ou elevadas na secção B

<b>Questão</b>	<b>Correlações Moderadas</b>	<b>Correlações Elevadas</b>	<b>Total</b>
B1	7	0	7
B2	1	0	1
B3	5	1	6
B4	3	0	3
B5	4	0	4
B6	5	2	7
B7	7	1	8
<b><u>B8</u></b>	4	1	5
B9	0	0	0
<b><u>B10</u></b>	4	0	4
<b><u>B11</u></b>	1	0	1
B12	2	0	2
<b><u>B13</u></b>	1	2	3
B14	3	0	3
B15	1	1	2
<b><u>B16</u></b>	4	0	4
<b><u>B17</u></b>	3	2	5
B18	2	2	4
B19	4	1	5
<b><u>B20</u></b>	4	2	6
B21	1	0	1
B22	2	0	2
B23	1	2	3
<b><u>B24</u></b>	0	1	1
B25	0	0	0
B26	2	1	3
<b><u>B27</u></b>	0	1	1
B28	0	1	1
B29	0	1	1
B30	5	0	5
B31	3	0	3
B32	0	0	0
B33	0	2	2
B34	1	0	1
B35	1	1	2
B36	2	1	3
B37	0	2	2
B38	1	0	1
B39	0	1	1
<b><u>B40</u></b>	1	0	1
<b><u>B41</u></b>	7	1	8

Tabela 97: One-sample t de Student secção B

<b>One-Sample Statistics</b>				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sinto-me um falso ou como um impostor, que os outros me vêm de forma bastante diferente daquilo que realmente sou.	103	,31	,642	,063
Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas no mundo de fora também não fazem sentido.	103	,56	,572	,056
Sinto que sou uma pessoa diferente quando estou em casa, quando comparado a quando estou no trabalho ou escola.	103	1,65	1,118	,110
Sinto que não consigo ter o que quero.	103	1,71	1,134	,112
Apercebo-me de que faço coisas que perturbam as pessoas e não sei porque essas coisas as perturbam.	103	,50	,752	,074
Alguns amigos meus ficariam surpreendidos se soubessem o quão diferente eu me comporto em diferentes situações.	103	,75	,871	,086
Sinto que os meus gostos e opiniões não são realmente meus, mas que foram emprestados de outras pessoas.	103	,59	,901	,089
Sinto que os meus desejos ou pensamentos se tornarão realidade como que por magia.	103	,37	,874	,086
As pessoas dizem-me que as provoco ou engano para que as coisas sejam como eu quero.	103	1,39	1,122	,111

Não tenho a certeza de se uma voz que ouvi, ou alguma coisa que vi, é algo da minha imaginação ou não.	103	,13	,537	,053
Penso que vejo coisas que, depois de olhar melhor, são afinal uma outra coisa.	103	,82	1,007	,099
Não consigo explicar as mudanças no meu comportamento.	103	,46	,751	,074
Consigo ver coisas ou ouvir coisas que mais ninguém consegue ver ou ouvir.	103	,37	,929	,092
Dou comigo a fazer coisas que noutras alturas penso não serem boa ideia como ter relações sexuais promíscuas, mentir, beber, fazer birras ou infringir a Lei de formas menores.	103	1,35	1,036	,102
As pessoas dizem-me que me compporto de forma contraditória.	103	,64	,803	,079
Não consigo dizer se determinada sensação física que estou a ter é real ou se a estou a imaginar.	103	,36	,917	,090
Ouço coisas que as outras pessoas afirmam que não estão lá.	103	,21	,750	,074
Ajo de uma maneira que os outros consideram ser errática ou imprevisível.	103	,40	,784	,077
As pessoas tendem a usar-me se não estou atento a isso.	103	,64	1,047	,103
Compreendo e sei coisas que mais ninguém é capaz de compreender ou saber.	103	,37	,929	,092

Se a minha vida fosse um livro, seria mais como uma série de contos curtos escritas por vários autores, do que um longo romance.	103	1,78	1,379	,136
Tenho pessoas preferidas que não só admiro, como que quase idealizo.	103	1,77	1,490	,147
Pego em hobbies e interesses e depois desisto deles.	103	1,52	1,074	,106
Já vi coisas que não existem na realidade.	103	,17	,663	,065
Dou comigo a fazer coisas que me parecem normais enquanto as estou a fazer mas que depois quase nem me acredito que as fiz.	103	,14	,658	,065
Mesmo que as pessoas que me conhecem bem não conseguem adivinhar como me vou comportar.	103	,95	1,106	,109
Já ouvi ou vi coisas quando não há razão aparente para tal.	103	,19	,755	,074
É-me difícil ter a certeza acerca do que os outros pensam de mim, mesmo com pessoas que me conhecem muito bem.	103	1,03	1,133	,112
As pessoas tendem a reagir a mim ou avassalando-me com amor e carinho, ou abandonando-me.	103	1,07	1,031	,102
Tendo a sentir as coisas de forma algo extrema, experienciando ou uma grande felicidade ou um desespero imenso.	103	,53	,998	,098
Vejo-me de formas completamente diferentes em diferentes alturas	103	,89	1,154	,114

No decorrer de uma relação íntima, tenho medo de perder a minha sensação de mim.	103	,38	,794	,078
Os meus objectivos de vida mudam frequentemente de ano para ano.	103	1,56	1,311	,129
Sou um "venerador de heróis" mesmo se mais tarde concluo que fiz um mau julgamento.	103	,27	,660	,065
Oscilo entre ser carinhoso e cuidador nalgumas alturas, e ser frio e indiferente noutras alturas.	103	1,37	1,365	,134
Faço coisas impulsivamente que penso serem socialmente inaceitáveis.	103	,53	1,037	,102
Os meus objectivos estão sempre a mudar.	103	1,45	1,297	,128
Quanto tudo à minha volta está revolto e confuso, também dentro de mim me sinto assim.	103	,65	,987	,097
As pessoas vêem-me como sendo rude ou que não levo os outros em conta, e eu não sei porquê.	103	,49	,752	,074
Sinto como se estivesse estado ou feito algo anteriormente, quando realmente não estive ou fiz.	103	,29	,681	,067
Acredito que as coisas vão acontecer por eu simplesmente pensar nelas.	103	,38	,876	,086

Tabela 98: Score Questões B, frequências e percentagens

<b>Score Questões B</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
31	8	7,8	7,8	7,8
28	6	5,8	5,8	13,6
25	5	4,9	4,9	18,4
34	5	4,9	4,9	23,3
35	5	4,9	4,9	28,2
17	4	3,9	3,9	32,0
26	4	3,9	3,9	35,9
33	4	3,9	3,9	39,8
12	3	2,9	2,9	42,7
14	3	2,9	2,9	45,6
21	3	2,9	2,9	48,5
23	3	2,9	2,9	51,5
24	3	2,9	2,9	54,4
27	3	2,9	2,9	57,3
38	3	2,9	2,9	60,2
13	2	1,9	1,9	62,1
Valid 15	2	1,9	1,9	64,1
19	2	1,9	1,9	66,0
22	2	1,9	1,9	68,0
30	2	1,9	1,9	69,9
32	2	1,9	1,9	71,8
36	2	1,9	1,9	73,8
41	2	1,9	1,9	75,7
46	2	1,9	1,9	77,7
68	2	1,9	1,9	79,6
7	1	1,0	1,0	80,6
10	1	1,0	1,0	81,6
11	1	1,0	1,0	82,5
16	1	1,0	1,0	83,5
18	1	1,0	1,0	84,5
29	1	1,0	1,0	85,4
37	1	1,0	1,0	86,4
39	1	1,0	1,0	87,4

40	1	1,0	1,0	88,3
42	1	1,0	1,0	89,3
44	1	1,0	1,0	90,3
45	1	1,0	1,0	91,3
50	1	1,0	1,0	92,2
53	1	1,0	1,0	93,2
55	1	1,0	1,0	94,2
56	1	1,0	1,0	95,1
57	1	1,0	1,0	96,1
62	1	1,0	1,0	97,1
65	1	1,0	1,0	98,1
69	1	1,0	1,0	99,0
75	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Tabela 99: Score Questões PD/ID, frequências e percentagens

Score Questões PD/ID				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
30	7	6,8	6,8	6,8
25	6	5,8	5,8	12,6
28	6	5,8	5,8	18,4
31	6	5,8	5,8	24,3
24	5	4,9	4,9	29,1
26	5	4,9	4,9	34,0
15	4	3,9	3,9	37,9
22	4	3,9	3,9	41,7
27	4	3,9	3,9	45,6
34	4	3,9	3,9	49,5
12	3	2,9	2,9	52,4
13	3	2,9	2,9	55,3
17	3	2,9	2,9	58,3
19	3	2,9	2,9	61,2
21	3	2,9	2,9	64,1
23	3	2,9	2,9	67,0

---

33	3	2,9	2,9	69,9
14	2	1,9	1,9	71,8
20	2	1,9	1,9	73,8
29	2	1,9	1,9	75,7
32	2	1,9	1,9	77,7
35	2	1,9	1,9	79,6
36	2	1,9	1,9	81,6
37	2	1,9	1,9	83,5
41	2	1,9	1,9	85,4
49	2	1,9	1,9	87,4
7	1	1,0	1,0	88,3
9	1	1,0	1,0	89,3
10	1	1,0	1,0	90,3
11	1	1,0	1,0	91,3
16	1	1,0	1,0	92,2
38	1	1,0	1,0	93,2
42	1	1,0	1,0	94,2
45	1	1,0	1,0	95,1
52	1	1,0	1,0	96,1
53	1	1,0	1,0	97,1
56	1	1,0	1,0	98,1
57	1	1,0	1,0	99,0
62	1	1,0	1,0	100,0
Total	103	100,0	100,0	

---

---

Tabela 100: Score Questões RT, frequências e percentagens

<b>Score Questões RT</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	0	25	24,3	24,3
	3	20	19,4	43,7
	1	19	18,4	62,1
	2	11	10,7	72,8
	5	7	6,8	79,6
	6	4	3,9	83,5
	7	3	2,9	86,4
	10	3	2,9	89,3
	4	2	1,9	91,3
Valid	9	1	1,0	92,2
	12	1	1,0	93,2
	14	1	1,0	94,2
	15	1	1,0	95,1
	16	1	1,0	96,1
	19	1	1,0	97,1
	20	1	1,0	98,1
	26	1	1,0	99,0
	27	1	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Tabela 101: Score Questões C, frequências e epercentagens

<b>Score Questões C</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	0	85	82,5	82,5
	1	8	7,8	90,3
	2	1	1,0	91,3
	3	1	1,0	92,2
	4	1	1,0	93,2
	5	1	1,0	94,2
Valid	6	1	1,0	95,1
	7	1	1,0	96,1
	10	1	1,0	97,1
	12	1	1,0	98,1
	20	1	1,0	99,0
	21	1	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Tabela 102: Score Questões C1 a C5, frequências e percentagens

<b>Score Questões C 1 a 5</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	0	85	82,5	82,5
	1	8	7,8	90,3
	2	4	3,9	94,2
	8	2	1,9	96,1
Valid	3	1	1,0	97,1
	4	1	1,0	98,1
	6	1	1,0	99,0
	10	1	1,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0

Tabela 103: Score Questões C6 a C20, frequências e percentagens

<b>Score Questões C 6 a 20</b>				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	4	3	2,9	30,0
	2	2	1,9	50,0
	0	1	1,0	60,0
Valid	1	1	1,0	70,0
	3	1	1,0	80,0
	11	1	1,0	90,0
	12	1	1,0	100,0
	Total	10	9,7	100,0
Missing	System	93	90,3	
Total		103	100,0	

Tabela 104: Correlações PD/ID e RT

<b>Correlations</b>			
		Score Questões PD/ID	Score Questões RT
Score Questões PD/ID	Pearson Correlation	1	,465**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	103	103
Score Questões RT	Pearson Correlation	,465**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	103	103

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 105: Correlações PD/ID, RT, questões C e Questões C1 a C5

<b>Correlations</b>					
		Score	Score	Score	Score
		Questões	Questões RT	Questões C	Questões
		PD/ID			C 1 a 5
	Pearson Correlation	1	,465**	,636**	,642**
Score Questões PD/ID	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	103	103	103	103
	Pearson Correlation	,465**	1	,399**	,386**
Score Questões RT	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	103	103	103	103
	Pearson Correlation	,636**	,399**	1	,976**
Score Questões C	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	103	103	103	103
	Pearson Correlation	,642**	,386**	,976**	1
Score Questões C 1 a 5	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	103	103	103	103

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 106: Correlações PD/ID, RT, questões C e Questões C6 a C20

<b>Correlations</b>					
		Score	Score	Score	Score
		Questões	Questões RT	Questões C	Questões
		PD/ID			C 6 a 20
	Pearson Correlation	1	,465**	,636**	,623
Score Questões PD/ID	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,054
	N	103	103	103	10
	Pearson Correlation	,465**	1	,399**	,002
Score Questões RT	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,995
	N	103	103	103	10
	Pearson Correlation	,636**	,399**	1	,968**
Score Questões C	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	103	103	103	10
	Pearson Correlation	,623	,002	,968**	1
Score Questões C 6 a 20	Sig. (2-tailed)	,054	,995	,000	
	N	10	10	10	10

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 107: Correlações secção B e C

<b>Correlations</b>			
		Score Questões B	Score Questões C
	Pearson Correlation	1	,639**
Score Questões B	Sig. (2-tailed)		,000
	N	103	103
	Pearson Correlation	,639**	1
Score Questões C	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	103	103

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 108: Correlações secção B , C, idade, ano que frequenta, número de matrículas

		Correlations					
		Score	Score	Idade	Ano do	Número de	
		Questões	Questões		curso que	matrículas	
		B	C		frequenta	no Ensino	
						Superior	
Spearman's rho	Score Questões B	Correlation					
		Coefficient	1,000	,299**	-,095	-,060	,027
		Sig. (2-tailed)	.	,002	,341	,549	,783
		N	103	103	103	103	103
	Score Questões C	Correlation					
		Coefficient	,299**	1,000	-,080	-,106	-,077
		Sig. (2-tailed)	,002	.	,424	,288	,437
		N	103	103	103	103	103
	Idade	Correlation					
		Coefficient	-,095	-,080	1,000	,718**	,878**
		Sig. (2-tailed)	,341	,424	.	,000	,000
		N	103	103	103	103	103
	Ano do curso que frequenta	Correlation					
		Coefficient	-,060	-,106	,718**	1,000	,835**
		Sig. (2-tailed)	,549	,288	,000	.	,000
		N	103	103	103	103	103
Número de matrículas no Ensino Superior	Correlation						
	Coefficient	,027	-,077	,878**	,835**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,783	,437	,000	,000	.	
	N	103	103	103	103	103	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabela 109: ANOVA – análise de diferença de variáveis consuante a idade

		ANOVA				
		Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
		Squares				
Score Questões B	Between Groups	5324,628	29	183,608	,926	,579
	Within Groups	14471,333	73	198,237		
	Total	19795,961	102			
Score Questões PD/ID	Between Groups	2409,738	29	83,094	,647	,904
	Within Groups	9380,689	73	128,503		
	Total	11790,427	102			
Score Questões RT	Between Groups	856,118	29	29,521	1,151	,309
	Within Groups	1872,989	73	25,657		
	Total	2729,107	102			
Score Questões C	Between Groups	226,118	29	7,797	,624	,921
	Within Groups	912,639	73	12,502		
	Total	1138,757	102			
Score Questões C 1 a 5	Between Groups	53,792	29	1,855	,589	,943
	Within Groups	229,839	73	3,148		
	Total	283,631	102			
Score Questões C 6 a 20	Between Groups	141,600	7	20,229	8,990	,104
	Within Groups	4,500	2	2,250		
	Total	146,100	9			

Tabela 110: ANOVA – análise de diferença de variáveis consuante o ano do curso que frequenta

		ANOVA				
		Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
		Squares				
Score Questões B	Between Groups	816,009	7	116,573	,583	,768
	Within Groups	18979,952	95	199,789		
	Total	19795,961	102			
Score Questões PD/ID	Between Groups	637,393	7	91,056	,776	,609
	Within Groups	11153,034	95	117,400		
	Total	11790,427	102			
Score Questões RT	Between Groups	265,018	7	37,860	1,460	,191
	Within Groups	2464,089	95	25,938		
	Total	2729,107	102			
Score Questões C	Between Groups	82,031	7	11,719	1,054	,400
	Within Groups	1056,726	95	11,123		
	Total	1138,757	102			
Score Questões C 1 a 5	Between Groups	23,475	7	3,354	1,225	,297
	Within Groups	260,156	95	2,738		
	Total	283,631	102			
Score Questões C 6 a 20	Between Groups	76,433	5	15,287	,878	,566
	Within Groups	69,667	4	17,417		
	Total	146,100	9			