UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

GUILHERME BORGES VALENTE

**A questão da simbolização na Psicossomática:
estudo com pacientes portadores de transtorno
neurovegetativo somatoforme e de
transtorno de pânico**

SÃO PAULO

2012

GUILHERME BORGES VALENTE

A questão da simbolização na Psicossomática:
estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo
somatoforme e de transtorno de pânico

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia

Área de concentração: Psicologia
Clínica

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz
Rodrigues

SÃO PAULO
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Valente, Guilherme Borges.

A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico / Guilherme Borges Valente; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2012.

201 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Medicina psicossomática 2. Capacidade de simbolização 3. Transtornos somatoformes 4. Síndrome do intestino irritável 5. Transtorno do pânico I. Título.

RC49

Nome: VALENTE, Guilherme Borges

Título: A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me possibilitaram alçar voos mais longe que a minha visão alcançava, mas tão grandes quanto a minha vontade. Tudo o que há de bom em mim começou com eles.

Ao Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, que tive a honra de ter como professor, orientador e amigo, contribuindo para meu desenvolvimento como psicólogo e como pessoa.

À Sandra Roitberg, pelo apoio e supervisão do TAT, tornando a análise dos dados da pesquisa mais profunda e o pesquisador mais capacitado.

Aos membros do laboratório Sujeito e Corpo (SuCor - USP), pelos significativos apoios que me prestaram e pelas férteis discussões que aprimoraram minha dissertação.

A todos que me apoiaram neste mestrado.

RESUMO

VALENTE, G. B. A questão da simbolização na Psicossomática: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. 2012. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

A Psicossomática se constituiu como campo de saber tendo como uma de suas principais influências as contribuições de Freud a respeito da relação entre mente e corpo. Desde Alexander até os teóricos de orientação psicanalítica mais atuais, a questão da somatização, no sentido lato, vem sendo discutida e, apesar das divergências teóricas, o que sempre está em pauta nas somatizações é o comprometimento da capacidade de simbolização do sujeito frente às vicissitudes da vida. Essa mesma característica é central nas neuroses atuais, de forma que há possível associação entre a somatização e a neurose atual. Dessa forma, os objetivos principais são verificar se esse comprometimento na capacidade de simbolização está presente e como se apresenta em sujeitos com somatização e em sujeitos com neurose atual. Para se realizar o estudo, foram eleitos dois transtornos que são representantes das categorias acima citadas: nas somatizações, vamos pensar a partir dos transtornos somatoformes, utilizando a subcategoria dos transtornos neurovegetativos somatoformes, elegendo a Síndrome do Intestino Irritável; e nas Neuroses Atuais, o Transtorno de Pânico (Neurose de Angústia). Os resultados vão permitir uma comparação, a partir da capacidade de simbolização, entre essas duas categorias e a verificação de maiores relações entre ambas, assim como relação com alexitimia, pensamento operatório e personalidade tipo A, características geralmente associadas a esses tipos de pacientes. A pesquisa foi feita a partir de estudos bibliográficos e psicodiagnóstico dos sujeitos da pesquisa, com entrevista semi-dirigida, aplicação de pranchas do TAT, escalas de alexitimia (TAS e OAS) e entrevista para Personalidade tipo A. Foram utilizados três sujeitos com Síndrome do Intestino Irritável e dois com Transtorno de Pânico. Nos sujeitos da pesquisa, quando aparece comprometimento na capacidade de simbolização, as histórias no TAT são mais curtas, descritivas, concretas, com introdução de nenhum ou poucos elementos externos à prancha, dificuldade na resolução de conflito, personagens pouco integrados, ausência de referências afetivas ou afetividade negativa, prejuízo da integração do ego, com predomínio de pensamento do tipo operatório. Pensar o comprometimento da capacidade de simbolização em pacientes com somatização a partir do pensamento operatório faz sentido, visto que os sujeitos apresentaram tal forma de pensamento, embora apresentem variações significativas na intensidade e frequência de funcionamento mental do tipo operatório. Contudo, definir o paciente com somatização ou com neurose atual necessariamente como alexitímico é insuficiente, visto que nem todos apresentaram tal característica. Pela análise de dados dos sujeitos, há pacientes os quais o comprometimento na capacidade de simbolização funciona como defesa psíquica diante da angústia, de forma a prejudicar a integração do ego em razão de manter um funcionamento mental mais estável; e há os que esse comprometimento é característico do funcionamento mental. Compreendendo o funcionamento psicológico que há por trás das somatizações – o comprometimento da capacidade de simbolização – e as formas como se configura na dinâmica psíquica do sujeito – como defesa psíquica ou como característica do funcionamento mental – pode-se estabelecer métodos de abordagens e técnicas psicoterápicas mais eficientes e condizentes com pacientes com somatizações.

Palavras-chave: medicina psicossomática, capacidade de simbolização, transtorno somatoforme, síndrome do intestino irritável, transtorno do pânico.

ABSTRACT

VALENTE, G. B. **The issue of symbolization in Psychosomatics:** study of patients with somatoform autonomic dysfunction and panic disorder 2012. 201 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

The Psychosomatic constituted itself as a field of knowledge has as one of his major influences the contributions of Freud on the relationship between mind and body. From Alexander to the psychoanalytic theorists more current, the issue of somatization in the broadest sense, has been discussed and, despite the theoretical differences, is always at hand in somatization the impaired ability of symbolization of the subject facing the vicissitudes of life. This same feature is central to the actual neurosis, so that there is a possible association between somatization and actual neurosis. Thus, the main objectives are to determine if that impairment in the ability of symbolization is present and how shown in subjects with somatization and in subjects with actual neurosis. To perform the study, two disorders that are elected representatives of the categories mentioned above: in somatization, we think from the somatoform disorders, using the subcategory of somatoform autonomic dysfunction, electing the Irritable Bowel Syndrome, and in Actual Neurosis, the Panic Disorder (Anxiety Neurosis). The results will allow a comparison, from the capacity for symbolization, between these two categories and the verification of relations between the two, as well as compared with alexithymia, operational thinking and type A personality, characteristics associated with these types of patients. The survey was conducted from bibliographic studies and psychodiagnostic research subjects, with semi-directed interview, application of TAT cards scales of alexithymia (TAS and OAS) and interview for Type A Personality. We used three subjects with Irritable Bowel Syndrome and two with Panic Disorder. In the research subjects, when it appears impairment in the ability of symbolization, the TAT stories are shorter, descriptive, concrete, with few or no introduction of foreign elements to the board, difficulty in conflict resolution, low integrated characters, no references affective or negative affectivity, impaired ego integration, with a predominance of thought like operator. Thinking the impaired ability of symbolization in patients with somatization from operational thinking makes sense, because the subjects had this way of thinking, although they have shown significant variations in intensity and frequency of operation of the metal type operator. However, defining the patient with somatization or actual neurosis necessarily as alexithymic is insufficient, since not everyone had such a feature. For the data analysis of the subjects, there are patients who compromise the ability to symbolizing as psychic defense in the face of anguish, in order to undermine the integration of the ego to maintain a more stable mental functioning, and there are that this commitment is characteristic of mental functioning. Understanding the psychological functioning that is behind the somatization - the impaired ability of symbolization - and the ways to configure the psychic dynamics of the subject - such as defense or as a psychological characteristic of mental functioning - can establish methods of psychotherapeutic approaches and techniques more efficient and consistent with patients with somatization.

Keywords: Psychosomatic medicine. Capacity for symbolization. Somatoform dysfunction. Irritable Bowel Syndrome. Panic Disorder.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	O DESENVOLVER DA PSICOSSOMÁTICA.....	11
2.1	FREUD E A PSICANÁLISE.....	12
2.2	ALEXANDER E A PSICOSSOMÁTICA.....	16
2.3	FRIEDMAN E ROSENMAN E A PERSONALIDADE TIPO A.....	21
2.4	MARTY E O PENSAMENTO OPERATÓRIO.....	22
2.5	SIFNEOS E A ALEXITIMIA.....	25
2.6	MCDUGALL E A DESAFETAÇÃO.....	27
2.7	REFLEXÕES SOBRE A PSICOSSOMÁTICA.....	29
3	SIMBOLIZAÇÃO.....	32
4	NEUROSE ATUAL.....	34
4.1	TRANSTORNO DE PÂNICO.....	37
4.2	NEUROSE ATUAL E SOMATIZAÇÃO.....	38
5	SOMATIZAÇÃO.....	40
5.1	SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL.....	43
6	JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS.....	45
7	MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
7.1	FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	52
8	RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	54
8.1	PACIENTES COM SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL.....	54
8.1.1	SUJEITO 1.....	54
8.1.2	SUJEITO 2.....	61
8.1.3	SUJEITO 3.....	69
8.2	PACIENTES TRANSTORNO DE PÂNICO.....	76
8.2.1	SUJEITO 4.....	76

8.2.2	SUJEITO 5.....	82
9	DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS.....	101
	ANEXOS.....	107

1. INTRODUÇÃO

A Psicossomática surge como proposta metodológica que procura convergir saberes de diferentes áreas de conhecimento, como a Psicologia, Psicanálise e Medicina, tendo como objeto o estudo das inter-relações de aspectos psicológicos e fisiológicos de todas as funções corporais normais e anormais, e integrar terapia somática e psicoterapia (PSYCHOSOMATIC MEDICINE, 1939). O interesse é atuar na inter-relação mente e corpo para compreender o ser humano e o processo de adoecer.

Desde então diferentes autores tem surgido, e há tantas propostas teóricas quantas as possibilidades de compreensão da inter-relação mente e corpo. Há os que possuem um foco no fisiológico, há os que priorizam aspectos psicológicos, assim como os que partem da compreensão psicanalítica, psicodinâmica, social, ecológica, do ponto de vista do estresse, da personalidade, entre outros. A Psicossomática é um campo fragmentado, assim como a própria compreensão do ser humano. Contudo, esses diferentes ramos dentro da Psicossomática, asseguradas suas diferenças, promovem mais uma complementaridade do que oposição. Partem de diferentes lugares para compreender o complexo fenômeno psicossomático da inter-relação mente e corpo.

Este presente trabalho parte da Psicossomática pela Psicanálise, realizando um breve percurso histórico por alguns autores com o objetivo de “garimpar” algumas das suas principais ideias e compreender de onde surgem determinados conceitos utilizados hoje em dia na Psicossomática. Apesar de diferentes perspectivas, há um desenvolvimento do conhecimento que parte de Freud e prossegue com autores mais atuais, como Marty e McDougall.

Através desse percurso histórico, destaca-se um elemento central nos processos de somatização: a capacidade de simbolização. No que refere a dinâmica psíquica nas somatizações, a capacidade de simbolização negativamente afetada aumentaria a vulnerabilidade somática do sujeito, visto que na medida em que determinada emoção não é elaborada simbolicamente, ela pode não conseguir ser completamente dissipada, produzindo sintomas somáticos que cronificados podem se transformar em alguma enfermidade.

Uma grande discussão entre os autores ocorre em relação a como se configura essa negatividade simbólica: é por estruturas psíquicas deficitárias ou por mecanismos de defesa psíquica, ou seja, é estrutural e característica da forma de pensar do sujeito ou é transitória e circunscreve apenas uma parte de seu psiquismo.

Essa mesma característica – a capacidade de simbolização negativamente afetada –, assim como a sintomatologia somática e a etiologia atual (em contraposição ao caráter infantil), remonta ao conceito de neurose atual de Freud, de forma que esses autores em Psicossomática, ao falar sobre as somatizações, parecem partir dessa noção de neurose atual.

Para clarificar essa relação entre a neurose atual e a somatização, foi criada uma sessão para cada uma dessas duas categorias, e eleita a forma de manifestação que fosse mais prevalente: transtorno de pânico pela neurose atual, por ser uma denominação contemporânea da neurose de angústia; e a síndrome do intestino irritável, uma classificação do transtorno neurovegetativo somatoforme, que é uma forma de somatização.

Vamos procurar estabelecer as possíveis relações entre portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e portadores de transtorno de pânico, a partir de como a questão da simbolização se apresenta em tais pacientes. Entendendo melhor essa relação entre essas duas categorias, e principalmente como a questão da simbolização se configura nesses pacientes, podemos lançar luz na compreensão dos processos de somatização.

2. O DESENVOLVER DA PSICOSSOMÁTICA

Desde a Antiguidade o homem tem lidado com a problemática da relação entre o corpo e a mente. Sócrates (470 a 399 a.C.) concebia o ser humano não tendo apenas um substrato material, mas também concebido de uma essência, vinculada aos sentimentos e ao pensamento, que era denominada de alma. Hipócrates, contemporâneo a Sócrates, dizia sobre a unidade funcional do corpo, e caberia a *psyché* exercer regulação sobre todo o organismo. A compreensão do ser humano deveria ser feita a partir de sua totalidade, de sua unidade organizada, e seria a partir de sua desorganização que surgiriam as doenças (CAPITÃO, 2006).

Na passagem do século XVIII para o XIX, a partir dos estudos de Philippe Pinel, os problemas mentais ganham estatuto de doenças e, sendo reconhecidas como tal, serão estudadas e estabelecidas etiologias, sintomatologias e tratamentos (CAPITÃO, 2006). Estabelece-se uma nova classe de doenças – as mentais- que se diferenciam das doenças orgânicas pela sua origem, seguindo o modelo cartesiano de pensamento.

Até o século XIX, o que se tem até então a respeito da relação mente-corpo é um dualismo tanto em relação ao princípio como na função dessas duas entidades. Ambas possuem seu funcionamento quase que independente uma da outra, e elas se relacionam em vias expressas, de forma psico-somático ou somato-psíquico, tal qual Heinroth, psiquiatra alemão, coloca ao dizer sobre a possibilidade de influência de fatores psicológicos em patologias orgânicas, e vice-versa (LIPOWSKI, 1984). Tem-se a idéia de que uma influencia a outra, mas o mecanismo pelo qual isso se dá ainda é obscuro.

2.1. FREUD E A PSICANÁLISE

Freud estabeleceu um marco na relação entre psique e soma no final do Séc. XIX. Através dos estudos com histéricas (FREUD, 1895), percebe que os sintomas corporais delas são manifestações de conflitos psíquicos, causados pela repressão e conversão desses conflitos no corpo.

Não encontrando lesão orgânica nos corpos das histéricas que justificassem os sintomas apresentados, Freud (1893), em seu livro “Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas” afirma que “a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta”. Uma paralisia nos membros inferiores ocorria mesmo com os músculos e nervos intactos, ou uma afasia ocorria sem que a área de Wernicke estivesse comprometida. Através da hipnose, podia-se retirar ou até alterar os sintomas momentaneamente, demonstrando que o organismo estava em condição de funcionamento “normal”. Exemplos como esses desafiaram a Medicina da época, pois não havia até então explicação para esses eventos, fazendo com que a histeria caísse no âmbito da encenação e teatralidade.

Através da associação livre, que se tornou a técnica psicanalítica por excelência, as histéricas diziam o que lhes via a mente e acabavam por relembrar uma cena traumática e que, a certo modo, esse trauma se associava com os sintomas. Essa associação era tal que, ao conseguir verbalizar a situação traumática, os sintomas eram abrandados. Assim, eles passam a possuir um sentido que é construído pelo sujeito, uma motivação que é desconhecida para o indivíduo, é inconsciente, mas remontando a uma cadeia lógica, podendo verbalizar e trazer à tona esse evento traumático e reprimido, os sintomas eram aliviados (FREUD, 1895).

Com isso, evidencia-se que esse “desarranjo” não segue nenhuma lógica anatômica ou fisiológica, mas se faz segundo a própria história de vida e conforme a representação simbólica de seu corpo, com sua percepção tátil e visual, através de uma lógica própria que escapava/subvertia o vértice das ciências bio-médicas. A ligação entre o trauma e o seu consequente sintoma se estabelece via representação desse evento traumático. Consequentemente, o sintoma é convertido para um corpo que é representado psiquicamente.

Essa descoberta instaura a separação do *corpo biológico*, que obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, como se fosse uma máquina; do

corpo psicanalítico, que se dá através da representação e obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo coerente com a história do sujeito. Um corpo atravessado pela linguagem, dotado de significados e construído em conjunto à sua subjetividade.

A articulação entre o sintoma somático e o sintoma psíquico se dá pela *complacência somática*, que se refere à “escolha da neurose histérica e a escolha do órgão ou do aparelho corporal sobre o qual se dá a conversão” (LAPLANCHE E PONTALIS, 1995). É a complacência somática que “proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal” (FREUD, 1905). Na medida em que a escolha do órgão é a escolha do corpo como ferramenta de expressão da vida psíquica, tanto no sentido patológico como no sentido “normal”, o órgão escolhido o é pelo investimento narcísico durante o desenvolvimento do indivíduo. Afirma Freud (1910):

Quando um órgão, que serve a duas pulsões, intensifica sua função erógena, é de se esperar, em geral, modificações da excitabilidade e da inervação, que se manifestarão como transtornos da função do órgão a serviço do ego. Do mesmo modo, quando observamos um órgão dedicado habitualmente à percepção sensorial se conduzir, em consequência da intensificação de sua função erótica, como um genital, não excluiremos a possibilidade de modificações tóxicas do mesmo (p. 203).

Essa dupla inscrição fica evidenciada no conceito de pulsão, um conceito-limite entre o somático e o psíquico, que situa o corpo como origem e finalidade da pulsão, causa e meio de satisfação pulsional, aquilo que move, impulsiona, como objetivo a si mesmo. O somático habita um corpo que é também lugar de realização de desejo inconsciente.

Através das neuroses, Freud evidenciou dois caminhos pelos quais processos psíquicos se relacionavam e interferiam nos mecanismos orgânicos: pela **neurose de defesa**, *conflitos psíquicos* podiam gerar sintomas somáticos, tal qual a histeria; pela **neurose atual**, *o aumento da excitação somática sem o trabalho psíquico necessário* pode gerar sintomas somáticos. Uma via ocorre a partir do trabalho psíquico, a outra pela ausência deste. Esses dois caminhos remetem a sentidos diferentes de compreensão da influência do psiquismo sobre o somático, com suas particularidades, meios e resultados próprios, de tal forma que suas manifestações são diferentes, apensar de não ser raro ocorrerem simultaneamente.

Do ponto de vista psicopatológico das neuroses, seu interesse diz respeito às neuroses de defesa, pois as neuroses atuais (FREUD, 1896), por não participarem do psiquismo, não teriam como serem analisadas e interpretadas. Essa diferenciação entre psiconeuroses de defesa e neuroses atuais se deve ao mecanismo que age por trás: ao contrário

das psiconeuroses de defesa, as atuais possuem em sua etiologia não um mecanismo psíquico, mas o emprego inadequado de energia sexual. Trata-se de uma quantidade acumulada de excitação somática que surge no corpo, mas que não chega à esfera psíquica para encontrar uma saída; retorna, numa *deflexão*, para o próprio corpo, gerando assim irritabilidade, angústia, hipocondria, etc. Não ocorre um trabalho de elaboração psíquica que faça com que essa energia seja simbolizada. Não origina de defesa, mas de um mecanismo que não se situa no psíquico (FREUD, 1896). Hoje em dia, uma das formas que assume é transtorno de pânico (neurose de angústia) (FERRAZ, 1997), havendo uma significativa presença na sociedade. Marks e Lader (1973) estimaram uma prevalência para "neurose de angústia" entre 2% e 4,7%, sendo mais comuns em mulheres e jovens.

O processo de conversão demonstra que conflitos psíquicos podem produzir sintomas corporais, funcionais, mas não estruturais. Por outro lado, nas neuroses atuais, há perturbação neurovegetativas, segundo este momento da elaboração teórica de Freud, mas não há complexos psicológicos envolvidos. Considera a possibilidade de distúrbios sexuais interferirem nas funções fisiológicas, sendo dois campos que se complementam. Freud (1940) argumenta:

Não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são em alto grau dependentes das influências somáticas e de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos (p. 303).

Essa possibilidade do não representável na vida psíquica vai ganhar um maior embasamento metapsicológico com a segunda tópica e com a dualidade pulsional (pulsão de vida e de morte). Como coloca Knobloch (1998), “a problemática daquilo que não se inscreve entra em cena na teoria freudiana a partir da segunda teoria do aparelho psíquico, a chamada segunda tópica, com a noção de id, quando o excesso pulsional será visto como o que resiste à inscrição no registro representacional”. O que Freud assinala, de acordo com essa autora, com a segunda teoria do aparelho psíquico, a partir da idéia de um id não identificado com o inconsciente, é o fato de sua abrangência ressaltar a existência não só do inconsciente, mas também das pulsões sem representação, ou seja, pulsões que não se inscreveram e não se fixaram em representantes-representação. Na segunda tópica, o id é o lugar, portanto, da pulsão sem representação. Afinal, “sabe-se que é somente no nível da representação inconsciente que se pode pensar um aparelho psíquico”, continua Knobloch. Assim, ao colocar a pulsão como parte do aparelho psíquico, Freud se vê obrigado a considerar o infigurável, o irrepresentável.

Contudo, já no início da obra freudiana, essa compreensão do não representável já se mostrava presente. A lógica da representação não esgota a problemática do corpo. Assim, com essa possibilidade da inscrição no corpo de algo que foge a essa lógica da representação, abre a possibilidade para pensar o sintoma corporal como uma descarga para o corpo, como um *transbordamento* (FERNANDES, 2003) da libido, uma vez que ela não pôde passar por um trabalho de elaboração psíquica.

Ao colocar o corpo como uma construção pessoal que o indivíduo faz sobre o seu próprio organismo, há o surgimento de um corpo que é representado. Não nega o corpo biológico, objeto de intervenção da medicina, mas parte dele e o insere na vida psíquica, numa relação direta e dinâmica. O corpo é o palco onde se desenrola o complexo jogo das relações entre o psíquico e o somático, e personagem integrante dessa trama de relações. Na medida em que Freud se afasta da concepção até então presente na Medicina do corpo como fonte de todas as patologias humanas, ele faz um retorno, ao afirmar o seu papel central na constituição do próprio sujeito e de suas vicissitudes. Esse retorno, porém, se dá sobre outra perspectiva, a da Psicanálise, que afirma que o corpo não é apenas um organismo biológico, mas é também um organismo psíquico.

Essa dupla racionalidade, porém, possui um limite muito tênue. Ambas se relacionam dinamicamente, de forma que se constroem e se regulam de tal forma que não se dá para pensar o somático e o psíquico de forma dissociada. Esse saber, que remonta a Antiguidade Clássica, foi agora resgatado de forma enfática e sistematizada por Freud e adquirido como herança pela Psicossomática. Assim, a Psicanálise constrói sua teoria em cima dessa lógica do corpo, promovendo uma visão integrada sobre o mesmo, levando em consideração os aspectos psíquicos e somáticos.

Freud, através de sua Psicanálise, estreita a relação corpo-mente, soma-psique. Porém, como diz Casseto (2006) há uma diferença entre falar do lastro corporal do psíquico e suas relações, e pensar uma Psicossomática, ou seja, um campo específico de investigação. Freud vai dar um forte embasamento para se pensar uma Psicossomática, e suas contribuições irão influenciar a constituição desse campo de saber.

2.2. ALEXANDER E A PSICOSSOMÁTICA

Franz Alexander, húngaro radicado nos EUA, funda em Chicago, no ano de 1932, o Instituto Psicanalítico de Chicago, que passou a ser conhecido como a Escola de Chicago. Buscou aplicar os conceitos psicanalíticos na compreensão do papel desempenhado pelas emoções na etiologia de inúmeras doenças. Compreendia o fenômeno psíquico como o aspecto subjetivo de certos processos fisiológicos. Dessa forma, evitava a dicotomia entre a mente e o corpo, compreendendo o somático e o psíquico intimamente ligados numa relação dinâmica e inevitável. Foi a partir das pesquisas realizadas na Escola de Chicago que a Psicossomática teve seu surgimento oficial como um campo de saber.

A proposta de Alexander era de pensar a Psicossomática como um método de aproximação de conceitos somáticos de um lado e de conceitos psicológicos de outro, de forma simultânea e coordenada, constituindo um campo de pesquisa e de terapia. Trata-se, portanto, de uma tentativa epistemológica da junção do campo da medicina com o campo da psicologia, e para isso, utiliza-se da psicanálise como elo. A ênfase de seu método é colocada sobre a qualificação do uso coordenado indicando que os dois métodos são aplicados no campo conceitual das sequências causais. Para se estabelecer a etiologia da doença, utiliza-se o conhecimento proveniente da Medicina, como fisiologia, anatomia, etc., somando-se a este causas psicogênicas, tendo o inconsciente como um fator etiológico a mais e crucial para se entender a doença.

Essa proposta traz um novo conceito de doença. Devido à multicausalidade e a distribuição variável de fatores psicológicos e não psicológicos, invalidam o conceito de doença psicossomática como um grupo diagnóstico específico. Teoricamente, toda doença é psicossomática devido à relação dinâmica e inevitável entre o psíquico e o somático. Assim, toda doença é passível de ser compreendida e estudada a partir desse método. Alexander e seus companheiros procuram fazer descrições precisas e detalhadas de sequências psicológicas assim como a observação precisa dos processos fisiológicos correlatos. A noção de psicogênese é retomada e ganha nova roupagem: trata-se de um processo psicológico que consiste em excitações centrais no sistema nervoso que podem ser estudadas por métodos

psicológicos, pois são percebidas subjetivamente na forma de emoções, ideias ou desejos (Alexander, 1950):

No caso da emoção causada por elevação da pressão sanguínea, psicogênese não significa que a contração dos vasos sanguíneos é efeito de algum mecanismo não-somático. Raiva consiste em processo fisiológico que toma posição em algum lugar no sistema nervoso central. O efeito fisiológico da raiva consiste numa cadeia de eventos em que cada elo pode ser descrito, ao menos teoricamente, em termos fisiológicos (p.54).

Associada a psicogênese, Alexander cria uma teoria de que ela funciona segundo a especificidade de fatores emocionais que desencadeiam distúrbios somáticos. Segundo a teoria da especificidade, as respostas fisiológicas para estímulos emocionais, tanto normais quanto mórbidos, variam de acordo com a natureza do estado emocional precipitante. A resposta vegetativa de determinado estímulo emocional varia de acordo com a qualidade da emoção e todo estado emocional tem sua síndrome fisiológica.

A emoção não é a causa direta da doença, mas ela se torna patogênica na medida em que traz à tona conflitos inconscientes e as emoções não encontram vias pelas quais podem se exprimir, pois essas vias encontram-se bloqueadas. Há uma distinção entre a histeria e esse mecanismo, que se trata de uma “neurose vegetativa”. Na histeria, conforme coloca Alexander (1950): “um sintoma de convulsão é uma expressão simbólica de carga emocional. Ele se produz no sistema neuromuscular voluntário ou sensorio-perceptivo cuja função original é exprimir e liberar as tensões emocionais”, ou seja, trata-se de uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico emocionalmente definido. Na neurose vegetativa, por outro lado, ocorre a resposta fisiológica dos órgãos vegetativos derivadas de descargas diretas dos afetos no sistema neurovegetativo. Enquanto no campo das inervações voluntárias pode haver expressão simbólica de conteúdos psicológicos, nos órgãos internos é pouco provável que isso ocorra. O que ocorre é uma deflexão da carga emocional que, encontrando bloqueio e impossibilitada de ser representada, é dirigida para os órgãos vegetativos. Dessa forma, Alexander utiliza a noção de “neurose orgânica”, que abrange todos os distúrbios funcionais dos órgãos vegetativos, causados por impulsos nervosos, originados por processos emocionais que ocorrem em algum lugar nas áreas cortical e subcortical do cérebro (Alexander, 1989).

A neurose orgânica ocorreria devido à tensão emocional de conflitos ou afetos reprimidos que, devido ao bloqueio das vias pelas quais poderiam se expressar, estimulariam a função de determinados órgãos que, devido à permanência desse funcionamento

disfuncional e persistente, poderia agir de tal forma sobre o sistema vegetativo até ao ponto em que os sintomas funcionais produziram lesões orgânicas.

Na busca de funções fisiológicas afetadas por influências psicológicas, destacam-se três categorias. A primeira diz respeito a comportamentos voluntários, que são orientados pela influência de motivações psicológicas, como quando temos fome e estabelecemos comportamentos com a intenção de sanar essa necessidade. Enfim, voluntariamente podemos fazer surgir, desaparecer, aumentar ou diminuir determinado estímulo fisiológico através do estabelecimento de algum comportamento.

A segunda fala sobre inervações expressivas, que são processos fisiológicos que surgem sobre a influência de tensões emocionais específicas. Expressam certas emoções ao mesmo tempo em que revelam a tensão emocional específica. Por exemplo, sorrir quando se está feliz, chorar quando se está triste, enrubescer quando estamos envergonhados. Tais expressões de estados emocionais requerem inúmeras modificações fisiológicas, que vão de espasmos musculares a liberação de neurotransmissores.

A terceira categoria, a mais interessante para os estudos realizados e na qual muitas pesquisas foram realizadas segundo o método psicossomático de Alexander, é sobre respostas vegetativas para os estados emocionais. Partindo da função do sistema nervoso em manter as condições do organismo em equilíbrio (homeostase), os distúrbios emocionais das funções vegetativas são divididos em dois grupos: um referente ao sistema simpático e outro ao sistema parassimpático.

O sistema simpático prepara o organismo para luta ou fuga, assim o torna fisiologicamente preparado para enfrentar uma situação de emergência. Produz taquicardia, aumento da tensão muscular, aumento da taxa de glicose no sangue, alterações vasculares, etc., para que o organismo se torne mais ativo frente à determinada situação. O distúrbio ocorre pela inibição dos impulsos, ou seja, as vias pelas quais a emoção poderia aliviada são bloqueadas, dessa forma o comportamento de luta ou fuga não é consumado e a emoção é reprimida. O organismo, porém, encontra-se fisiologicamente preparado e, como não ocorre o alívio desse estado de preparo para a atividade, ocorre a cronificação das mudanças fisiológicas. A taquicardia poderá resultar num enfarto, o aumento da tensão muscular numa artrite reumatóide, o aumento da taxa de glicose poderá contribuir para a diabetes, alterações vasculares terão grande papel nas dores de cabeça, entre outros exemplos.

O sistema parassimpático, por sua vez, é o contrapeso do simpático. Ele faz com que o organismo relaxe, diminuindo sua atividade, deixando-o num estado de recolhimento das atividades. Ao invés da pessoa enfrentar a emergência, ela se coloca numa situação de necessidade da ajuda do outro, de carência. Ocorre uma “fuga vegetativa”. Assim, ao invés de ocorrer um preparo do corpo para agir, aumentando o batimento cardíaco, por exemplo, a pessoa pode ter diarreia. Ao invés de enfrentar a situação, se coloca num estado para receber prazer, atenção, cuidado, tal qual quando era criança. Entre outras consequências, como a diarreia, pode-se citar neurose gástrica, quando ocorre o aumento da atividade gástrica por o organismo se preparar para ser alimentado, asma por fugir da ação se colocando como dependente, procurando ajuda, fadiga por distúrbios no metabolismo de carboidratos.

A divisão dos sintomas vegetativos em dois grupos é, contudo, um passo preliminar. O passo seguinte é entender os fatores específicos que levam a preponderância da ação de um sistema ou outro. Para tal, utiliza-se de anamnese e análise para compreender o funcionamento psicossomático do paciente, que fez com que ele adotasse um sistema de forma mais enfática que outro e o porquê de determinados sintomas e órgãos envolvidos. É aí onde o trabalho da análise se faria importante e necessário. A constituição e a história do sistema orgânico envolvido são também influências importantes que contribuem para a susceptibilidade específica para estímulo emocional. Dentre as várias patologias, basicamente sete foram estudadas pela Escola de Chicago: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, dermatoses, tireotoxicose e hipertensão essencial, e para cada uma procurou os conflitos específicos para o surgimento delas.

O fundo psicodinâmico geral de todos os casos (notadamente na artrite reumatóide) é um estado de agressividade cronicamente inibida e revoltada contra todas as formas de constrangimento exteriores ou interiores, contra o controle exercido por outras pessoas ou contra a ação inibidora da própria consciência hipersensível (ALEXANDER, 1950).

Como exemplo de compreensão psicossomática de uma doença, peguemos o caso da úlcera péptica. Pacientes com essa patologia possuem certo padrão, marcado por anseios pela condição de dependência, atenção, cuidados maternos. Esses desejos, no entanto, são reprimidos e sobrepujados por uma formação reativa, como forma de defesa contra esses desejos que são moralmente inaceitáveis para a pessoa. Assim, a pessoa se manifesta de forma empreendedora, independente, ousada, com tendência à sobrecarga de responsabilidades, ou seja, ao contrário do que os desejos dela são. A aspiração por uma posição dependente, não realizada, reprimida, porém presente como pano de fundo na vida psíquica da pessoa, levaria

ao funcionamento do sistema nervoso parassimpático, que controla, entre outras coisas, a atividade gastrointestinal. Dessa forma, o que ocorre com esses pacientes é que, conforme seu desejo infantil de dependência, o organismo se colocaria numa posição de dependência, em que seria cuidado, confortado, alimentado. Ele prepara-se para receber alimento, secretando suco gástrico e, da persistência desse quadro, cria-se condições para gastrites e úlceras.

Este mecanismo de formação de sintomas assemelha-se bastante com a idéia de neurose atual, proposta por Freud. Nela, o acúmulo de energia decorrente de excitações do sistema nervoso produziria sintomas no corpo, e assim ocorreria pois essa energia não atingiria o psiquismo, ou seja, surge do corpo e alí ficaria represado. Trata-se de um problema econômico e, à medida que se torna crônico, faz surgir neuroses. Em cima disso, Freud assinala a impossibilidade da Psicanálise de lidar com esse grupo de neuroses justamente por não possuírem registro no psiquismo. O que Alexander demonstra é que justamente da impossibilidade de simbolização de determinados estímulos corporais, estes permaneceriam acumulados no organismo e ao invés de terem uma saída pela via simbólica, tomariam a saída pela via somática. A idéia é compreender o porquê dessa impossibilidade de registro no psiquismo, seu funcionamento, suas consequências e possibilidades terapêuticas de lidar com isso. A Psicossomática vem ocupar uma lacuna deixada por Freud ao propor possibilidades de compreensão e intervenção a esse grupo de neuroses. Porém, dá um passo a mais, ao revelar que não se trata de um grupo específico de neuroses que por sua qualidade não seria tratável através da análise, mas de um produto do funcionamento do organismo que pode tomar várias formas, ou seja, é um processo anterior e mais primitivo de funcionamento, que serve de pano de fundo para os vários processos de adoecimento.

2.3. FRIEDMAN E ROSENMAN E A PERSONALIDADE TIPO A

Na busca de relações entre personalidade e adoecimento, na década de 1950 dois cardiologistas, Friedman e Rosenman (1975), conduziram um estudo com cerca de 35 mil homens com idade entre 31 e 59 anos, durante quase 9 anos, e constataram que 70% dos sujeitos que apresentavam doenças coronarianas possuíam um tipo de personalidade que denominaram de Personalidade tipo A, com essas características:

- Impaciência, agressividade, grande competitividade; senso de urgência de tempo;
- Grande necessidade de reconhecimento e desenvolvimento profissionais;
- São hipervigilantes ao tempo, procuram realizar tudo rapidamente, com eficiência e características perfeccionistas;
- Apresentam manifestações do tipo: tensão facial, fala rápida, interrompe a fala dos outros, respiração audível, impedimento em relaxar;
- Dificuldade em lidar com emoções, principalmente a raiva.

Pacientes portadores de personalidade tipo A estão submetidos a atitudes de contínua e vigorosa luta em direção aos seus objetivos, não obstante aos obstáculos e condições emocionais. Nas palavras de Friedman e Rosenman (1975), trata-se de:

Um padrão ação-emoção manifestado por indivíduos envolvidos numa luta quase crônica a fim de realizar o mais rapidamente possível um número ilimitado de objetivos mal definidos, se necessário a despeito dos obstáculos ou da vontade de outros indivíduos do seu ambiente.

O conceito de Personalidade tipo A, apesar de ser um grande passo na relação entre personalidade e adoecimento, caiu em descrédito por não corresponder às expectativas (FONSECA et al, 2009). Na tentativa de averiguar a validade do envolvimento do tipo A de personalidade e doenças cardiovasculares, Gallacher *et al* (2003), em um universo de 2.394 pessoas pesquisadas em um período de cinco anos, concluiu a potencialidade do tipo A como gatilho para eventos isquêmicos coronarianos, mas com ressalvas e necessidade de mais estudos futuros.

Atualmente, Muriel *et al.*(2006) propuseram um estudo que analisa a relação da ansiedade com a Personalidade tipo A, e coloca que pessoas com esse tipo de personalidade possuem maior vulnerabilidade ao estresse e à gênese da hipertensão arterial. A Personalidade tipo A seria um fator de risco para doenças coronarianas, mas também para outras “afecções psicossomáticas” (FONSECA *et al.*, 2009). Este conceito vem sendo utilizado em pesquisas em Psicossomática (PORCELLI, SONINO *et al.*, 2007), sendo associado a diferentes condições médicas, como um dos fatores psicológicos que afetam distúrbios gastrointestinais, alimentares, condições oncológicas, cardíacas e doenças de pele.

2.4. MARTY E O PENSAMENTO OPERATÓRIO

Pierre Marty iniciou seus trabalhos em Psicossomática a partir de casos de cefaléias e raquialgias, nos anos de 1951-1952. Sob influência de Alexander, fez estudos desses quadros sintomáticos procurando identificar conflitos característicos vinculados aos sintomas (Debray, 1998). Marty prossegue seus estudos em pacientes com alergias diversas e verifica o modo de relação de objeto que, a partir de projeções e identificações, tenderia à fusão. Desse modo, as crises alérgicas seriam desencadeadas quando da impossibilidade de identificação ou quando houvesse incompatibilidade em dois objetos igualmente investidos. Quando a tentativa permanente do sujeito de se aproximar do objeto por movimentos de apreensão fracassasse, ocorreria uma regressão desestabilizadora, ocasionando as crises somáticas de alergia.

Verifica-se que Marty segue a linha alexandrina de buscar as causas psicológicas que desencadeariam determinados sintomas. É um caminho que parte do sujeito para se chegar à doença e assim estabelecer uma etiologia e uma sintomática. Porém, em 1962, Marty faz uma virada epistemológica e inova na forma de pensar a Psicossomática. Ele faz o caminho inverso, não para chegar à doença, mas ao sujeito, abrindo uma nova perspectiva no pensamento psicossomático que influencia até os dias atuais, ao escutar o sujeito, como coloca Dias (1992), através de uma “escuta analítica” ao invés de escutar “via órgão”.

Diante de eventos traumáticos, alguns sujeitos podem desencadear o que se chamou de *depressão essencial* (MARTY, 1993), caracterizada pelo rebaixamento do tônus libidinal sem qualquer contrapartida. Ocorre um apagamento de toda dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, vida fantasmática e onírica), não ocorrendo a relação libidinal regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas. A energia vital se perde devido à desorganização e à fragmentação do funcionamento psíquico. Dessa forma, diante da necessidade de lidar com um distúrbio emocional e não tendo ferramentas psíquicas suficientes para tal, o sujeito ficaria suscetível ao adoecimento, pois seu psiquismo encontra-se debilitado.

Com a depressão essencial, Marty entendeu como a desorganização do aparelho psíquico poderia aumentar a susceptibilidade para o adoecimento. Contudo, Marty fala também de uma forma de organização psíquica diferente da neurose e da psicose, marcada pela negatividade simbólica e pela ausência de certos processos mentais (MARTY; M'UZAN 1994). Tais processos não estão impedidos pelo recalçamento ou desterritorializados por cisões, o que denota um modo de funcionamento mental singular, caracterizado pelo pensamento operatório. Indivíduos com esse tipo de atividade psíquica exigiriam uma compreensão e abordagem diferentes, próprias, que condissessem com seu funcionamento mental.

A respeito desses pacientes, Marty (1993) descreve seus pensamentos como precários de fantasias, atividades oníricas, com uma forte negatividade simbólica. Não possuem laços com a vida fantasiosa, sendo racional, factual, voltada para o exterior, com forte concretude, ausente de referências afetivas e imagens verbais. Configura, portanto, um funcionamento psíquico com pouca energia libidinal e ausente de afetividade, cujos aspectos concretos e exteriores se sobressaem, e a abstração e simbolismo são limitados ou ausentes. A fala destes pacientes é utilizada mais no sentido de aliviar tensões do que para significar suas experiências. A esse modo de pensamento, Marty o denominou de *pensamento operatório* (MARTY; M'UZAN, 1994).

O psiquismo, conforme Marty (1993) é um conjunto de funções complexas, que seriam evolutivamente mais recentes do que o somático e, portanto, mais susceptíveis de desorganização. Ele foi desenvolvido para que o organismo pudesse lidar de forma mais eficiente frente ao mundo, portanto seria quem primeiro iria ser instaurado para fazer frente diante dos impactos emocionais. Através de processos mentais, a situação emocional é

trabalhada e dispersada. Sendo o psiquismo deficiente nesses processos mentais, ele poderia se desorganizar com uma situação emocional, no que foi chamada de *desorganização progressiva*, cabendo então ao somático ter que lidar com a situação emocional. O somático recorreria a pontos de fixação, que seriam em parte herdados, em parte constituídos pela história de vida do sujeito.

O nível de desorganização e regressão indicaria a dimensão da doença. Para aquelas doenças reversíveis, benignas, de diagnóstico favorável, a regressão estaria por trás de sua formação. Já as doenças mais graves seriam fruto da desorganização progressiva levaria, que levaria a um “movimento contra-evolutivo que não pôde ser interrompido pelo recurso das regressões” (CASSETO, 2006). Como coloca Marty (1993):

A vida operatória, ligada à depressão essencial, constitui uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável, que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta. É repleta de incidentes ou acidentes somáticos. As poucas representações que parecem existir são (como nos sonhos) pobres, repetitivas, contendo a marca do atual e do factual (p. 17).

A somatização seria, portanto, em decorrência de estruturas psíquicas deficitárias na capacidade de representação e elaboração simbólica. Portanto, um menor grau de atividade mental corresponde a uma maior vulnerabilidade somática. Diante do afluxo de excitações pulsionais, o psiquismo deve lidar com a economia pulsional. A capacidade de elaboração simbólica, que indicaria a qualidade e a quantidade das representações psíquicas, Marty denominou de *mentalização* (ibidem). Quanto melhor a mentalização, maior a capacidade do psiquismo em sustentar os choques dos traumatismos no registro psíquico, mais elaborada é a vida psíquica e menos susceptível ao adoecimento.

2.5. SIFNEOS E A ALEXITIMIA

Na década de 1970 surge o conceito de “alexitima”, que se tornaria recorrente nas discussões psicossomáticas. O termo alexitimia foi sugerido por Sifneos para se referir àqueles pacientes com uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias e que demonstravam não ter palavras para nomear ou expressar as emoções (SIFNEOS, 1991). Seu significado, de forma literal, é “sem palavras para as emoções”.

Pacientes alexitímicos possuem grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais. Apresentam dificuldade na capacidade de simbolicamente representar suas emoções, de forma que seu estado emocional permaneceria não modulado e contribuindo para o surgimento de sintomas físicos (NEMIAH & SIFNEOS, 1970). Possuem uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre e um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente, com tendência a ações impulsivas (SIFNEOS, APFEL-SAVITZ & FRANKEL, 1977). Suas palavras utilizadas para expressar suas emoções são desprovidas de significados psicológicos, não transmitindo as condições psicológicas internas, resultado de perturbações na capacidade de simbolização (WEINRYB, 1995).

Emocionalmente, há dificuldade em reconhecer e expressar as emoções, sendo as manifestações emocionais essencialmente somáticas. *Cognitivamente*, o pensamento é voltado para o exterior, ausente de traços afetivos e de valor simbólicos, com predomínio do pensamento operatório. No campo *interpessoal*, relações utilitárias, desprovidas de afeto, com dificuldade de apreender os próprios sentimentos e os dos outros, com tendência a dependência ou a solidão (TAYLOR et al, 1977).

Há uma variedade de fatores etiológicos na alexitimia, que podem ser divididos em fatores biológicos e fatores psicossociais, classificando em primária para os primeiros fatores, e secundária para os segundos (SIFNEOS, 1991). A alexitimia primária seria uma forma biológica da doença, advinda de defeito estrutural neuroanatômico ou deficiência neurobiológica e pressupõe a interrupção da comunicação entre os dois hemisférios cerebrais ou entre o sistema límbico e o córtex (SIFNEOS 1991). É constitucional e se configura como um traço de personalidade (PEDINIELLI & ROUAN, 1988).

A alexitimia secundária teria origem em situações traumáticas em períodos críticos do desenvolvimento infantil ou como reação a traumas intensos na idade adulta. Se situações traumáticas ocorressem antes do uso da linguagem, isso comprometeria a habilidade do uso de palavras para expressar as emoções, sendo expressas posteriormente ainda a nível somático e comportamental, e não através de pensamentos. As experiências traumáticas, tanto na infância como na fase adulta, poderiam ter tamanha magnitude que resultariam em alterações no funcionamento psíquico, afetando principalmente o componente afetivo das emoções (SIFNEOS, 1991). Estaria relacionada a uso excessivo de negação e repressão de afetos como estratégia de enfrentamento de situações conflituosas ou emocionalmente desgastante. É transitória, constituindo um estado (PEDINIELLI & ROUAN, 1988).

Taylor (1992) relaciona a deficiência na capacidade de processar cognitivamente as emoções como problema fundamental para a vulnerabilidade ao adoecimento em pacientes alexitímicos. Essa deficiência levaria a pessoa a 1) focar e amplificar o componente somático da situação emocional, contribuindo para o surgimento da hipocondria e queixas somáticas, 2) utilização de comportamentos compulsivos como forma de aliviar a tensão emocional, contribuindo para o uso compulsivo de substâncias, atividades ou pessoas, e 3) exacerbação de respostas fisiológicas diante de situações de estresse, conduzindo ao desenvolvimento de algum distúrbio somático.

As características clínicas da alexitimia já haviam sido relatadas por autores que buscavam compreender os mecanismos subjacentes à formação dos sintomas somáticos, entre os quais Freud através das neuroses atuais, e Marty, com o pensamento operatório. O conceito de alexitimia remonta a questão da dificuldade de simbolização e tem sido historicamente relacionado com as somatizações e, como coloca Prazeres (2000), foi construída uma concepção errônea de ligação etiológica entre alexitimia e doenças psicossomáticas, fato para qual Sifneos (1973) já alertava que a alexitimia não era específica nem universal dos transtornos psicossomáticos.

Originalmente associada aos distúrbios psicossomáticos (TAYLOR *et al*, 1977), a alexitimia tem se mostrado presente em diferentes patologias e, inclusive, na população não clínica. Sua ocorrência é estimada entre 5% e 10% na população não clínica, e chega a atingir 50% em indivíduos com distúrbios psicopatológicos (PEDINIELLI & ROUAN, 1998, apud CARNEIRO; YOSHIDA, 2009).

2.6. MCDOUGALL E A DESAFETAÇÃO

Joyce McDougall (1991) se utilizou de observações de pacientes que adoeciam ao decorrer da análise somatizando e não percebiam suas emoções em situações angustiantes. Não podendo utilizar da palavra para expressar seus sentimentos, reagiam aos impactos emocionais de forma eminentemente somática. O registro psíquico da situação angustiante parecia ter sido apagado, mas manifestações somáticas permaneciam.

Pacientes com somatizações possuem dificuldade em elaborar psiquicamente afetos potencialmente desestruturantes, e se utilizam de mecanismos de defesa arcaicos na tentativa de evitar eclosões emocionais significativamente angustiantes (MCDOUGALL, 1991). As representações desses sentimentos intoleráveis são sumariamente excluídas do ego, não sendo executadas conscientemente nem sendo transformada em material inconsciente, como seria no caso do recalque. Valendo-se de estudos a respeito de manifestações psicossomáticas na primeira infância, McDougall (1996) compreendeu que pacientes com somatizações se comportam psiquicamente como bebês, na medida em que não conseguem expressar através da palavra emoções potencialmente desorganizadoras, e se utilizam apenas do corpo para expressá-las. O bebê, na medida em que apresenta um psiquismo pouco desenvolvido, é inábil em utilizar a palavra e representar a si e ao mundo. É necessariamente alexitímico. Isso ocorre pois o afeto não pode se ligar a um pensamento, a uma idéia, pois ela não existe. O afeto, sem o seu representante psíquico, só teria vasão pelo corpo.

Para o bebê, ele constitui com sua mãe uma unidade indivisível somatopsíquica. Ele não possui capacidade de compreender e diferenciar a si e o mundo, vivendo num estado de fusão corporal e psíquica com a mãe. A partir de uma relação mãe-bebê favorável, ele vai progressivamente promovendo a diferenciação psíquica entre o seu corpo e o de sua mãe. O bebê vai se constituindo como sujeito e seu aparelho psíquico, *dessomatizando*. Contudo, em situações de angústia, o bebê pode regredir e recorrer a essa ilusão de unidade primitiva na tentativa de sobreviver às tensões que o aflige. A parte infantil primitiva permanece encrustada na personalidade adulta, e diante de uma situação desestruturante, ela pode se manifestar e se utilizar desse mecanismo de regressão de tal forma que a representação psíquica dessa situação é dissolvida. Ao invés de ser contornada pelos meios psíquicos na tentativa de aliviar ou suspender a tensão, resulta em manifestações somáticas.

O processo de somatização, como coloca McDougall (1984), diz respeito a uma *desafetação*. Esse conceito corresponde a uma defesa capaz de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis, ou seja, relacionados a experiências traumáticas primitivas. Diferente da conversão, o que ocorre não é um recalque, pois esse diz respeito a um confinamento no inconsciente. Na *desafetação*, não há um confinamento, mas uma expulsão do psiquismo.

O recurso da *desafetação* exigiria novas formas de dispersão da tensão referente ao conteúdo que foi ejetado, já que não pode utilizar os mecanismos mentais de elaboração e simbolização. Essa tensão pode transbordar para o corpo, criando condições para as somatizações, assim como se transformar em atos como forma de escoamento da tensão. Esses atos são movimentos de exteriorização desprovidos de valor simbólicos, a qual McDougall (1984) chamou de “agir compulsivo”, característico de pacientes com somatizações.

McDougall percebeu os fenômenos psicossomáticos como resultantes de uma função defensiva que levaria a um estágio de desenvolvimento em que a constituição do psiquismo ainda era primitiva. Com isso, a autora concorda com as observações clínicas a respeito do pensamento operatório e da alexitimia, contudo assinala que esses fenômenos tinham uma função defensiva. Trata-se de uma diferença importante em relação ao modelo de Marty, ao dizer que a somatização é consequência de uma defesa do psiquismo e não um processo de desorganização; a *desafetação* seria justamente para evitá-la. A doença teria, portanto, um sentido, mas que por algum motivo não pôde ser representado em decorrência da angústia que suscitaria.

O afeto, conforme coloca McDougall (1996), é um acontecimento que não é relegado apenas ao seu caráter físico ou psicológico, ele é essencialmente psicossomático. Não se deve associar diretamente a *desafetação* com a somatização, pois qualquer indivíduo pode apresentar sintomas corporais diante de situações emocionais intolerantes ou que fogem de seu controle (MCDUGALL, 1984). Nessa medida, os fenômenos psicossomáticos não poderiam ser relegados apenas às doenças, ao caráter psicológico das somatizações. McDougall considera o fenômeno psicossomático como tudo aquilo que estivesse associado à saúde ou à integridade física quando fatores psicológicos desempenham qualquer papel, incluindo predisposições aos acidentes e as falhas do sistema imunológico de uma pessoa (CAPITÃO, 2006). McDougall (1996) afirma: “A somatização como resposta, tanto aos

conflitos internos como às catástrofes externas, encontra-se entre as expressões mais banais que o homem é capaz de fornecer”.

2.7. REFLEXÕES SOBRE A PSICOSSOMÁTICA

É histórica a percepção da capacidade que questões emocionais possuem para influenciar funcionamentos somáticos. Com Freud, essa noção ganha um novo patamar, e as relações mente-corpo passam a ser compreendidas de modo mais integrado e simultâneo, criando bases para o posterior surgimento da Psicossomática.

Esse percurso pelo campo da Psicossomática revela várias concepções a respeito da interação mente-corpo e tentativas de abordar os aspectos emocionais e psicológicos nos processos de adoecimentos físicos, a partir de um referencial psicanalítico. Reconhecem-se as influências psicológicas no corpo, e o fenômeno psicossomático, ou seja, os resultantes da interação mente-corpo constituem o nosso ser. A compreensão de como se dá esse fenômeno difere entre os autores, mas ele está dado, se faz presente, e em função dele a Psicossomática se desenvolve na tentativa de circunscrevê-lo.

As diversas abordagens revelam diferentes formas de lidar com o adoecimento físico, a partir da influência do psiquismo. Surge com o estatuto de um sintoma neurótico, dentro de um quadro psicopatológico; passa a ser compreendido a partir mecanismos ou falhas nos processos mentais; e por fim é configurado como um fenômeno da interação do biológico, do psíquico e do social. Dessa interação, a doença surge como resultado do próprio processo de viver, inscrita na história de vida do sujeito.

Pensar o adoecimento a partir da interação entre as esferas do biológico, do psíquico e do social denota uma concepção de doença como sendo multifatorial. Dessa forma, não cabe reduzi-la em uma única esfera, tal qual a proposta da psicogênese clássica que faz criar um grupo etiológico de doenças específicas, como as “doenças psicossomáticas”. A influência do

psiquismo no processo de adoecer ocorre seja no surgimento, manutenção ou restabelecimento, de modo que questões emocionais aumentam ou diminuem a vulnerabilidade do sujeito para o adoecimento, mas sempre na interação com o organismo e o meio social em que vive.

Em meio as diferentes propostas quanto à forma de compreender e lidar com o fenômeno psicossomático, a idéia de somatização surge dessa interação entre o psíquico, o biológico e o social, quando em decorrência de uma situação de tensão que ultrapassa a capacidade do psiquismo em realizar elaboração psíquica e simbolização da situação, a situação emocional permanece aprisionada no corpo. A princípio, não apresenta grandes prejuízos para o indivíduo. Esse fenômeno é tão corriqueiro que McDougall (1991) diz: “a somatização como resposta, tanto aos conflitos internos como às catástrofes externas, encontra-se entre as expressões mais banais que o homem é capaz de fornecer”. Visto de uma perspectiva ampla, Alexander (1989) demonstra a banalidade desse fenômeno ao assinalar que cada situação emocional corresponde a um conjunto específico de alterações físicas, tais como a tristeza e o choro estão ligados à estimulação das glândulas lacrimais, assim como a felicidade e a raiva a alterações na frequência cardíaca, respiração, vascularização, apenas para citar exemplos. Na medida em que nosso psiquismo e nosso corpo estão intimamente ligados, funcionando de forma inevitavelmente conjunta, nossos sentimentos (o correlato psicológico) geram e são gerados por emoções (o correlato somático), produzindo o tempo todo respostas psicossomáticas.

O problema surge no uso recorrente desse artifício, que aumenta a vulnerabilidade para o surgimento de enfermidades. Pessoas que fazem esse uso recorrente configuram um quadro de maior vulnerabilidade somática por possuírem uma dinâmica psíquica que favorece o surgimento de enfermidades. Diferentes conceitos foram criados na tentativa de lidar com essa situação, como a neurose atual, neurose orgânica, pensamento operatório, alexitimia, desafetação. Essas pessoas demandariam um tipo de abordagem diferente, que condissesse com sua dinâmica psíquica em função de suas enfermidades.

Não é raro que somatização e conversão sejam confundidas e tratadas como se fosse uma coisa só, visto que ambas dizem da relação do psiquismo com o somático. Quando isso ocorre, surge o equívoco de se tentar analisar o sentido dos sintomas na somatização quando na verdade, eles ocorreram justamente por não ter-se criado sentido para eles, por não ter tido trabalho psíquico. Tenta-se analisar o vazio. Ou então se constrói uma causa onde conflitos

psicológicos originariam a somatização de forma direta, reduzindo o fenômeno ao seu nível psicológico.

Em relação à dinâmica psíquica para as somatizações, vê-se que diz respeito a uma dificuldade do psiquismo em lidar com situações de tensão emocional. Contudo, estamos submetidos a todo tempo a passar por situações de tensão emocional, sem, no entanto desenvolver algum sintoma somático mais significativo. Fica evidente que é na cronificação dessa tensão emocional pode criar sintomas somáticos significativos, o que leva a pensar no por que determinado estado emocional se cronifica. Alexander (1950) fala que em função da impossibilidade de elaboração de determinadas tensões por conta de bloqueios psicológicos, estas permaneceriam acumulados no organismo e ao invés de terem uma saída pela via simbólica, permaneceriam na saída pela via somática. Marty (1993) fala que ocorre em decorrência de estruturas psíquicas deficitárias na capacidade de representação e elaboração simbólica, o que causaria uma desorganização progressiva no organismo. Sifneos (NEMIAH & SIFNEOS, 1970) diz que essas pessoas apresentam dificuldade na capacidade de simbolicamente representar suas emoções, de forma que seu estado emocional permaneceria não modulado e contribuindo para o surgimento de sintomas físicos. Já McDougall (1984) afirma que ocorre como resultado de um mecanismo de defesa que ejeta do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis, e sem a saída psíquica, hiperfunciona a tensão no corpo.

Essas correntes dentro da Psicossomática falam de mecanismos semelhantes ao que Freud (1986) denominava de neurose atual: o aumento da excitação somática sem o trabalho psíquico necessário pode gerar sintomas somáticos. Elas parecem beber desse conceito freudiano para pensar as somatizações, conceito esse caracterizado pela ausência do processo de simbolização.

Da mesma forma, vê-se nessas diferentes propostas a respeito das somatizações um elemento central: o comprometimento na capacidade de simbolização. Seja ele em função de bloqueios psicológicos, estruturas ou defesas psíquicas, as somatizações são desprovidas de valor simbólico. O trabalho psíquico necessário para a elaboração das situações emocionais, ou seja, para que se crie e desenvolva seu concomitante psíquico, não ocorre, e na medida em que esse estado se cronifica, aumenta a vulnerabilidade para as enfermidades. Dessa forma, se faz importante esse trabalho de elaboração psíquica que ocorre a partir do processo de simbolização, para que a tensão emocional possa ascender ao psiquismo e encontrar uma saída que não só a somática.

3. SIMBOLIZAÇÃO

A história da Psicossomática pela Psicanálise expõe tentativas de compreensão do fenômeno psicossomático. Essas tentativas revelam a complexidade de tal fenômeno e os sentidos que vão sendo construídos dentro do campo da Psicossomática. Porém, como fica o sentido para o sujeito? O que se sugere é que o sintoma somático diz respeito a uma ausência, a uma impossibilidade de manifestação psíquica. A tensão emocional, quando encontra dificuldades de ser elaborada psiquicamente, poderá gerar distúrbios no corpo. Dessa forma, o sentido do sintoma possui um significado vazio.

Essa lacuna na vida psíquica revela que determinado conteúdo não pôde passar pelo processo de elaboração psíquica, ser simbolizado e ganhar seu lugar no psiquismo do sujeito. Alexander (1934) vai falar da impossibilidade de simbolização da carga emocional, fazendo com que esta fique represada no corpo. Marty (1950) vai dizer que as falhas desses processos mentais são decorrentes de estruturas psíquicas deficitárias. McDougall (1994) fala de uma defesa capaz de ejetar do psiquismo conteúdos e afetos que causariam sofrimento. Dejours (1998) coloca que essa lacuna se dá pois o sentido ainda não foi construído a partir da relação intersubjetiva. Apesar de esses autores terem compreensões diferentes a respeito desse fenômeno, há uma correspondência em suas propostas: o processo de simbolização foi afetado. A passagem do evento para a vida psíquica ficou comprometida, assim ele não pôde ser simbolizado e ganhar sentido.

É preciso, portanto, retomar o conceito de simbolização, tal qual a Psicanálise propõe. Segundo o Dicionário Internacional de Psicanálise (MIJOLLA, 2005):

Pode-se definir a simbolização como a operação pela qual qualquer coisa vai representar outra coisa para alguém. Se ela pode aparecer assim como a substituição de um objeto por outro, ela é, primeiro que tudo, o resultado de um processo que supõe tanto a capacidade de representar o objeto ausente quanto um sujeito capaz de saber que o símbolo não é o objeto simbolizado (p. 1732).

Trata-se de uma formação substitutiva entre dois termos, de modo a representar de forma indireta conteúdos psíquicos. Permite com que o conteúdo latente se torne manifesto, passando pela censura e chegando a sua expressão de forma figurada. Participam desse

processo os mecanismos de deslocamento e condensação. Dessa forma, permite não só a formação de fantasias, mas a própria dinâmica psíquica.

Compreendendo as possibilidades da simbolização, esta ascende a outro plano. Ela proporciona a mediação entre o sujeito e o objeto, a realidade interna e a externa, a constituição da intersubjetividade tendo a diferenciação eu-outro. A constituição do sujeito se dá a partir da noção de individualidade e compreensão da diferenciação entre o eu e o mundo, passando de um primeiro momento de investimento narcísico (eu sou), para um segundo momento em que o investimento é objetual (eu tenho, não o sou).

Simbolização é aqui entendida a partir de dois meios: 1) é a capacidade do uso da metáfora, da substituição de algo por outro, quando um estímulo sensorial, um objeto, um evento, alguma coisa deixa de ser unicamente ela mesma para ganhar um sentido e representar outras coisas, um processo que supõe tanto a capacidade de representação de um objeto ausente quanto um sujeito capaz de saber que o símbolo não é o objeto simbolizado, 2) e o processo que organiza o espaço psíquico, fazendo com que a pessoa se ligue com os objetos e com o mundo, lutar contra a perda de objetos e controlar a circulação e investimento de afetos (MIJOLLA, 2005).

As manifestações da simbolização podem tomar a forma de fantasias, pensamentos oníricos, abstração, capacidade de introspecção, expressões e relações afetivas, capacidade de pensar além da situação presente, conferir sentidos às coisas, às sensações, às situações, ao mundo, e manejar esses sentidos de acordo com as situações e necessidades. Uma pessoa que tenha comprometimento na capacidade de simbolização irá apresentar uma forma de funcionamento psíquico concreto, descritivo, voltado para o mundo externo e para a situação presente, com poucas ou sem referências afetivas, com relações afetivas dependentes ou solitárias, dificuldade na elaboração psíquica da angústia. O comprometimento na capacidade de simbolização pode ser transitório, relacionado a algum conteúdo interno, ou como padrão de funcionamento psicológico.

O comprometimento na capacidade de simbolização, a partir as características acima citadas, faz parte da caracterização da alexitimia (dificuldade em reconhecer e expressar emoções, pensamento concreto e operatório, relações interpessoais utilitárias) e ocupa um importante papel na formação de somatizações.

4. NEUROSE ATUAL

A respeito das neuroses, Freud (1898) as distingue em dois grupos: as psiconeuroses de defesa e as neuroses atuais. Essa diferenciação entre psiconeuroses de defesa e neuroses atuais se deve ao mecanismo que age por trás. Ao contrário das psiconeuroses de defesa, as atuais possuem em sua etiologia não um mecanismo psíquico, mas o emprego inadequado de energia sexual. Trata-se de uma quantidade de excitação somática, mas que não chega à esfera psíquica, retorna, numa *deflexão*, para o próprio corpo, gerando assim irritabilidade, angústia, hipocondria, etc. A excitação somática não se liga a representações, mas fica represada subcorticalmente no corpo. Não origina de defesa, mas de um mecanismo que não se situa no psíquico.

Outra característica essencial que distingue a neurose atual da neurose de defesa é a o caráter temporal, no sentido de uma atualidade no tempo (LAPLANCHE & PONTALIS, 1996). A etiologia não seria infantil, mas contemporânea. Dessa forma, diferente das psiconeuroses de defesa, nas atuais não há a mediação encontrada nos sintomas das psiconeuroses de defesa – condensação, deslocamento, etc. Quando há essa mediação simbólica, os sintomas resultantes da excitação psíquica seriam eminentemente psíquicos; quando não, a excitação seria transformada diretamente em angústia, resultando em sintomas predominantemente somáticos ou não simbólicos (FERRAZ & VOLICH, 1997).

A Psicanálise se aprofunda nas neuroses de defesa, interessando-se mais pelas influências da atuação do psiquismo, e Freud afirma que assim ocorreu pois o foco era mais de estruturar e divulgar a Psicanálise do que aprofundar na questão das neuroses. Mas prossegue dizendo que no núcleo de toda neurose de defesa, há a participação de uma neurose atual (LAPLANCHE & PONTALIS, 1995).

A respeito das neuroses atuais, Freud separa da neurastenia uma síndrome que agrupa em torno de um fator etiológico sexual e independente, denominada *neurose de angústia* (FREUD, 1895). A característica central desse grupo nosológico seria a excitação erótica física não consumada como seu agente específico. Os acessos de angústia ocorreriam em função de uma descarga dessa excitação física não consumada por sua incapacidade de encontrar sua satisfação direta. A libido física acumulada se transformaria em angústia e se

descarregaria por todo organismo. A angústia, dessa forma, não teria qualquer teor psíquico, não sendo simbolizada, e teria um caráter de toxidade.

Há, complementarmente, outro elemento fundamental nesse conjunto. Freud fala da existência de uma libido psíquica, formada por representações psíquicas da vida sexual. A excitação física tem, portanto um duplo destino: ser consumada pelas vias físicas, assim como ser elaboradas e representadas ao nível psíquico. Essa concepção faz com que a angústia não seja exclusivamente dependente da excitação sexual física, mas sobretudo da capacidade em que pode ser simbolizada e elaborada psiquicamente. Assim, na medida em que a libido não encontra seu correspondente psíquico, é transformada em angústia e passa a ser vivida como invasão e ameaça de ataque. Vale ressaltar, como coloca Pereira (2003), que apesar das profundas modificações que Freud fez em sua teoria da angústia, a maneira de explicar os fatos permanece essencialmente a mesma.

Posteriormente, em *Inibição, sintoma e angústia* (FREUD, 1926), a teoria da angústia sobre significativas reformulações, mas mantém em seu núcleo esse mesmo mecanismo. A angústia torna-se angústia-automática, na qual o aparelho psíquico tenta evitar uma situação de desamparo diante do afluxo incontrolável de excitação sexual, pois essa seria vivida como angústia. Como nos esclarece Pereira (2003), o estado psíquico de impossibilidade de controle sobre a própria pulsão é denominado desamparo, e o afeto correspondente é o de terror. Durante um ataque de pânico, ou acesso de angústia, o aparelho psíquico encontra-se numa situação de desamparo diante do afluxo de libido sexual com a qual não consegue simbolizar e criar representações psíquicas.

Diante desse vazio de sentido que o sujeito vivencia ao passar por um acesso de angústia, ele tenta de forma desesperada construir certa apreensão dos acontecimentos, com o objetivo de dar sentido para essa vivência. Dessa forma, agarram-se as sensações corporais sentidas durante o acesso de angústia, por ser um fator apreensível da situação, sendo comum pacientes desenvolverem queixas eminentemente orgânicas a respeito de sua situação.

Nessa tentativa de construir sentidos para os acessos de angústia, a ancoragem nas sensações corporais proporciona um estreitamento entre a neurose de angústia e a hipocondria. Outra forma comum entre tais pacientes é a associação entre os acessos de angústia e as situações e lugares concretos em que ocorreram os ataques. As situações e

lugares passam a ser evitados na tentativa de evitar novos acessos de angústia e nos quais não teria certeza de conseguir ajuda.

Há forte relação entre o desencadeamento dos acessos de angústia e situações de perda, separações ou perturbações na relação com pessoas próximas ou situações de perda de estabilidade ou proteção na vida.

Além dos acessos de angústia, complementa o quadro da neurose de angústia um estado crônico e menos intenso de angústia, sendo uma forma distinta de apresentação clínica, embora tanto os acessos como o estado crônico mantenham uma relação estreita entre si.

A neurose de angústia é, portanto, caracterizada por uma irritabilidade geral, expectativa angustiante, ansiedade que pode se irromper a qualquer momento, podendo ser acompanhadas por sensação de extinção da vida, de loucura, distúrbios corporais funcionais como palpitação, sudorese, tremores, calafrios, etc. Esse quadro clínico Freud descreveu em 1985, em seu texto “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia”. O quadro clínico da neurose de angústia é bastante semelhante com o colocado no CID-10 sob o nome de *transtorno de pânico (TP)*, e assim ele é colocado:

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco.

Vemos que os quadros clínicos são semelhantes, de tal forma que o transtorno de pânico pode ser compreendido como a neurose de angústia na atualidade (PEREIRA, 2003).

4.1 - TRANSTORNO DE PÂNICO

A principal característica do Transtorno de Pânico (TP) é ataques de pânico recorrentes e inesperados. Tais ataques de pânico são uma condição afetiva de forte angústia e ansiedade intensa, acompanhadas por sintomas físicos, como tremores, palpitações, tonturas, taquicardia, sintomas gastrointestinais, náuseas, sensação de sufocamento, além de sentimento de morte iminente, de perda de controle e medo de enlouquecer. De instalação súbita, possuem duração variável, mas em geral duram de 5 a 30 minutos, desaparecendo naturalmente, sem o uso de medicamentos (PEREIRA, 2003).

O ataque inicia com um estado de inquietude e ansiedade, que vai rapidamente aumentando até um estado de desespero e desamparo, como se fosse vítima de um mal súbito e bastante intenso. Há aumento intenso de atividade psicomotora e desorganização mental. Diferencia-se da angústia pois esta se refere a uma expectativa de algo indefinido, enquanto o ataque de pânico se refere à situação do momento, além de possuir maior intensidade.

Sabe-se que pode ocorrer diante de eventos significativamente insuportáveis, como determinados eventos de vida, a exposição de um fóbico ao seu objeto de fobia, a impossibilidade de realização de rituais dos obsessivos, ou a tomada por delírios e alucinações persecutórias por parte de psicóticos; ou até virem em consequência do uso de substâncias tóxicas (PEREIRA, 2003). No entanto, no TP os ataques de pânico ocorrem de forma inesperada, não surgindo imediatamente antes ou durante a exposição à situação potencialmente angustiante, como tais eventos significativamente insuportáveis ou uso de substâncias tóxicas.

Pacientes com TP costumam passar anos se utilizando de serviços de saúde, em especial os serviços de emergência, na tentativa de encontrar uma causa orgânica para seus sintomas, até que lhe é dado o diagnóstico de TP. Apegam-se a queixas eminentemente orgânicas. Desenvolvem significativo medo de ser vítima de um novo ataque de pânico, assim com ser surpreendido com um em uma situação na qual não poderia encontrar ajuda.

É um transtorno bastante recorrente. Em um estudo realizado em 2006 (Kessler et al, 2006), estimou-se a prevalência de ao menos um ataque de pânico isolado em 23% da população, já o transtorno de pânico ficou estimado em 5% ao longo da vida, alcançando 1% no último ano. É duas vezes mais comum entre mulheres e jovens no início da vida adulta, sendo o mais comum começar entre os 20 e 30 anos de idade. Praticamente em todos os casos

há a presença de uma comorbidade psiquiátrica. Em 20% dos casos, há a presença de agorafobia, sendo que em 100% dos casos de TP com agorafobia e em 83% sem agorafobia apresentam alguma comorbidade, sendo os transtornos ansiosos os mais comuns.

O TP possui etiologia multifatorial, de forma que tanto fatores genéticos quanto ambientais contribuem para o transtorno. Apesar de fatores fisiológicos serem significativos, tais fatores são mais patogênicos do que etiológicos. Nenhum dos dados fisiológicos explica o que desencadeia um ataque de pânico (Busch, Cooper, Klerman, Penzer, Shapiro & Shear, 1991; Lowenkron, 2009). Fatores psicológicos tendem a estar ligados a alterações no nível de expectativa do sujeito, situações de trabalho e perdas associadas a figuras centrais na vida dos pacientes. Eventos estressantes na vida adulta são relatados por 80% dos pacientes nos últimos 12 meses precedentes ao início do transtorno (FAVARELLI, 1985), assim como relato de transição de papéis (90%) e perdas (40%) no ano que antecedeu o início do TP (SCOCCO et al, 2007). Segundo Lowenkron (2009) muitas das perdas estão associadas a experiências traumáticas na infância, nas quais “o vínculo com um dos pais é vivido como ameaçador, crítico, controlador e exigente”, sendo de pouco acolhimento. Para a maior parte de portadores de TP encontram dificuldade em lidar com sentimentos de raiva e agressividade (ibidem).

4.2 – NEUROSE ATUAL E SOMATIZAÇÃO

A característica central do mecanismo da neurose atual é a impossibilidade de elaboração simbólica das excitações corporais, sendo estas represadas e convertidas em sintomas somáticos. Trata-se de um mecanismo diferente do recalque, que diz respeito à formação de sintomas que não são submetidos ao processo de simbolização. Soma-se a esse mecanismo a formação de sintomatologia somática e o caráter atual dos fatores etiológicos.

Como exposto no desenvolver da Psicossomática, essas mesmas características do mecanismo da neurose atual – ausência de simbolização, sintomatologia somática, etiologia atual – reproduzem-se no mecanismo de formação de sintomas nas somatizações, tal qual se

vê nas obras autores em Psicossomática de referencial Psicanalítico (ALEXANDER, 1950; MARTY, 1993; NEMIAH & SIFNEOS, 1970; MCDOUGALL, 1984).

Além da semelhança no mecanismo de formação de sintomas entre a neurose atual e a somatização, há também similaridades na maneira como portadores desses transtornos se comportam. Além de sintomas corporais e nas preocupações a respeito de sua saúde, tendem a enfatizar queixas somáticas e minimizar aspectos emocionais, que são tão importantes na etiologia desses transtornos, fazendo com que seus portadores passem anos até conseguirem o diagnóstico, e nesse tempo, recorrendo inúmeras vezes a serviços de saúde, gerando gastos emocionais, de tempo, dinheiro e energia. Ambas possuem uma prevalência considerável, e com o fato de serem diagnosticadas em geral após certo tempo, estima-se que a prevalência real deva ser maior ainda.

Diversos autores explicitam as relações entre as neuroses atuais com as afecções psicossomáticas, citando alguns, temos Dejours (1998): *“para os especialistas em psicossomática também é hábito dar muita atenção à descompensação que representa a neurose de angústia, pelo que ameaça prefigurar para o futuro na ordem das somatizações”*; Laplanche e Pontalis (1996), ao dizer que a noção de neurose atual *“leva diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas”*; e Ferraz (2005), considerando a neurose atual como *“figura de proa da psicossomática”*.

5. SOMATIZAÇÃO

As patologias decorrentes da influência da mente no corpo são tratadas nos meios da Saúde como somatizações, com um advindo das teorias psicodinâmicas. O termo, introduzido por Steckel (HINSIE, 1960) em 1921, é compreendido como manifestação de conflitos e angústias psicológicas por meio de sintomas corporais. Não possui uma origem orgânica detectável, mas que decorre de fatores emocionais que influenciam no aparecimento, manutenção e desenvolvimento da doença.

Lipowski, numa definição mais recente (1986), coloca a somatização como uma “uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles”. Acredita-se que essa tendência, continua o autor, se torna manifesta em resposta a estresse psicossocial que surge por situações e eventos de vida que são pessoalmente estressantes ao indivíduo. Assim, fatores psicológicos e psicossociais desempenhariam um papel importante na etiologia da somatização, onde sofrimento emocional ou situações de vida estressantes são experimentados como sintomas físicos. Contudo, a relação entre o distress e os sintomas é usualmente desconhecida e até negada pelos pacientes com somatização. Estes respondem principalmente de modo somático em vez de um modo psicológico, tendem a considerar seus sintomas como um indicativo de doença física e buscam ajuda médica.

O conceito de somatização, como coloca Lipowski (1986), compreende três componentes essenciais: experiencial, cognitivo e comportamental. A percepção que o indivíduo tem do seu corpo, seja na dor, em outros sintomas, nas sensações corporais as quais não está acostumado, disfunções ou mudanças de aparência, representam o componente experiencial. Como ele interpreta e atribui as percepções, o significado subjetivo das percepções e as tomadas de decisão relativas aos sintomas constituem o componente cognitivo. As ações pessoais, como a busca por conselhos ou tratamento, e as comunicações verbais e não-verbais constituem o componente comportamental.

Somatização é entendida como um conceito genérico, contemplando uma ampla gama de fenômenos clínicos. Não constitui uma desordem ou categoria diagnóstica, e não significa que uma pessoa que apresenta somatização deva ter alguma desordem psiquiátrica, mas geralmente vem associado a transtornos ansiosos e depressivos, e como característica principal dos transtornos somatoformes (LIPOWSKI, 1986).

As somatizações não abrangem todos os sintomas físicos não justificados por doenças físicas demonstráveis (LIPOWSKI, 1986). Esses sintomas são extremamente comuns e não necessariamente indicam que a pessoa está experienciando uma situação de estresse ou interpretando como um indicativo de doença física.

É importante ressaltar que a somatização diferencia-se da conversão na medida em que apresentam diferenças psicodinâmicas e fisiológicas (ALEXANDER; FRENCH, 1948). A conversão, termo utilizado por Freud (1985) ao descrever o mecanismo formador de sintomas da histeria, diz respeito à transposição de conflitos psíquicos na tentativa de solucioná-lo em sintomas somáticos, motores ou sensitivos. Os sintomas são expressões simbólicas de representações reprimidas no inconsciente, e se estabelecem num corpo que é simbolicamente representado, de tal maneira que o corpo da histérica “fala” sobre seus conflitos, na tentativa de aliviá-los. Ocorrem nos sistemas neuromuscular voluntário ou perceptivo sensorial e tem como função descarregar a tensão emocional, sendo um distúrbio puramente funcional. Já a somatização não se trata de uma tentativa de expressar a emoção decorrente do conflito, mas é a própria expressão da emoção, o concomitante físico desta, assim como a elevação sanguínea decorrente da raiva. Ocorre no sistema neurovegetativo e, ao contrário do que acontece na conversão, na somatização os sintomas não aliviam a tensão emocional, mas é o correspondente corporal dessa tensão, um elemento estressor e não aliviador (RODRIGUES; CAMPOS, 2005). A somatização não é uma tentativa simbólica de expressar o conflito, e não o é justamente por que este não pôde ser representado, simbolizado, ou melhor dizendo, não pôde ter um sentido na vida psíquica do indivíduo e toda a simbologia ao redor dessa relação sintoma-sentido fica comprometida. Dessa forma, o conflito permanece no corpo a nível vegetativo, não conseguindo ter uma saída pela via psíquica e assim não encontra forma de se exprimir.

No CID-10, uma das formas em que as somatizações aparecem, é na categoria de transtornos somatoformes (TS), sob a classificação de F45, e caracterizam-se pela presença por longo tempo (meses ou anos) de queixas frequentes de sintomatologia física, que sugerem

a presença de um substrato orgânico, mas que não são totalmente explicadas por nenhuma das patologias orgânicas conhecidas. Também não são totalmente explicáveis pelos efeitos diretos decorrentes da utilização de uma substância (drogas, álcool), nem por outro transtorno mental (transtorno do pânico, por exemplo). Mesmo na presença de doenças orgânicas comprovadamente diagnosticadas, não existe uma explicação lógica para toda a sintomatologia referida (WHO, 1993).

Os transtornos somatoformes são assim classificados no CID-10: “a característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar de que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito”.

Segundo pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) (GUREJE, 1997), foi estimado a prevalência global dos transtornos somatoformes em 0,9%, variando de 0 a 3,8% em algumas regiões, e de transtorno de somatização (conceito ampliado –subsindrômico) em 19,7%, variando de 7,6 a 36,8%. Associadas a esses transtornos, há outros, como depressão que aparece em 60% dos casos, transtornos de personalidades em 60% e transtornos ansiosos em até 50% dos casos. Estima-se que pacientes com transtorno de somatização geram custos médicos que variam de seis a quatorze vezes maiores que o paciente médio (Figueira *et al.*, 1999).

Foi realizado um estudo epidemiológico pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP, em convênio com a Prefeitura Municipal de São Paulo e Fundação Faculdade de Medicina da FMUSP, sobre a Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo (ANDRADE *et al.*, 1997). Destaca-se que o transtorno somatoforme, é o quarto transtorno em termos de prevalência (6% ao longo da vida, 4,2% no ano anterior, 3,2% no mês anterior à entrevista), ficando abaixo, apenas, da dependência do tabaco, do transtorno depressivo e do transtorno de ansiedade. O estudo foi realizado na zona Oeste de São Paulo, em população que constituirá, potencialmente, a amostra do presente trabalho.

Dentro da classificação dos transtornos somatoformes, encontramos a subcategoria “transtorno neurovegetativo somatoforme” (F45.3), que diz respeito à prevalência de sintomas somáticos em um sistema neurovegetativo: respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e urogenital. Diz respeito a um hiperfuncionamento neurovegetativo, como

palpitações, transpiração, ondas de calor ou frio, tremores, expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física, assim como em queixas subjetivas por parte do paciente, como dores e sofrimentos. São doenças funcionais, que não apresentam lesões.

Pode assumir as seguintes formas: aerofagia, cólon irritável, diarreia, dispepsia, disúria, flatulência, hiperventilação, piloroespasmo, polaciúria, soluço, tosse, neurose cardíaca, neurose gástrica, astenia neurocirculatória, síndrome de Da Costa.

5.1. SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

Os distúrbios gastrointestinais funcionais (DGFs) representam um grupo de patologias que trazem consigo problemas de compreensão pelos meios da saúde, que se traduzem em dificuldades no diagnóstico, tratamento e relação profissional-paciente (Drossman, 2009). Isso se deve, entre outras coisas, ao modelo biomédico no qual tradicionalmente se procura por problemas estruturais ou anormalidades bioquímicas no organismo, e na medida em que não se encontra tais problemas, os sintomas funcionais permanecem enigmáticos, de difícil explicação e de tratamento em geral pouco efetivo. Há fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais que modificam os sintomas, a experiência de adoecer e seu desfecho, assim como a busca por auxílio. Não são letais, mas interferem de forma significativa na qualidade de vida do sujeito.

Em estudo sobre as DGFs, Drossman (2009) afirma: a) o estresse psicológico exacerba os sintomas gastrointestinais, tanto em sujeitos saudáveis como em pacientes com DGFs, mas ocorrem com mais frequência em tais pacientes; b) fatores psicossociais modificam a experiência e o comportamento da doença; c) Um distúrbio gastrointestinal pode ter consequências psicossociais na qualidade de vida de um indivíduo; d) há uma alta associação de comorbidades psicossociais e perturbações psicológicas, em especial no DGF denominado Síndrome do Intestino Irritável (SII). Pacientes com SII, comparados com grupo controle de sadios, apresentam maiores escores de ansiedade, tristeza, depressão ou distúrbios do sono (Whitehead et al. 1982). Relatam-se, também, condições pessoais insatisfatórias, relacionadas

com o início ou o agravamento dos sintomas, como desemprego, morte de pessoas próximas, problemas de relacionamento ou profissional.

Entre esses distúrbios funcionais, destacamos a Síndrome do Intestino Irritável (SII) por ser a mais frequente, chegando a ser responsável por 50% das consultas na área de gastroenterologia (FARTHING, 1995). São alterações para as quais não demonstra qualquer mudança estrutural das vísceras, assim como irregularidades bioquímicas que as justifiquem (MISZPUTEN, 2002). Não implica em risco de mortalidade, mas em modificações na qualidade de vida, trazendo significativo impacto social aos portadores, comparável ao de doenças crônicas debilitantes, além de elevados custos financeiros relacionados à procura por ajuda e prejuízo das atividades profissionais.

Na SII, a motilidade do tubo digestivo é alterada, caracterizada clinicamente por anormalidades do hábito intestinal (constipação e/ou diarreia) e dor abdominal, na ausência de patologia orgânica demonstrável. Embora a terminologia (SII) sugira alterações limitadas aos intestinos, todo o trato digestivo pode ser afetado do ponto de vista motor (DAMIÃO; MORAES-FILHO, 2001). Segundo os critérios diagnósticos de Roma III (FRANCISCONI, 2009) a SII é caracterizada por dor ou desconforto abdominal recorrente pelo menos 3 dias/mês, nos últimos 3 meses, associada com dois ou mais dos seguintes: melhora com a defecação; início associado com mudança na frequência das evacuações; início associado com mudança do formato (aparência) das fezes. Esse fenômeno poderia ser desencadeado por fatores distintos de estresse (emocional, infeccioso, etc.) em áreas do sistema nervoso central, modificando e, posteriormente, perpetuando as respostas sensoriais e funcionais do sistema nervoso autônomo.

As somatizações podem tomar diferentes formas. Contudo, neste trabalho, elas serão tomadas a partir dos transtornos somatoformes, ressaltando que elas não se resumem unicamente a estes transtornos.

6. JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

A partir do levantamento bibliográfico realizado, são levantadas as hipóteses de que pessoas com comprometimento na capacidade de simbolização seriam mais susceptíveis a somatizações, em seu sentido lato; e esse comprometimento seria o elemento central no desenvolvimento de neurose atual, de tal forma que há possível associação entre a somatização e a neurose atual.

Em função do comprometimento da capacidade de simbolização, têm-se associado alexitimia, pensamento operatório e personalidade tipo A a pacientes com tais transtornos. Alexitímicos possuem dificuldade de perceber, nomear e expressar suas emoções, com uma capacidade de fantasiar e imaginar pobre e um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e voltado ao exterior (SIFNEOS, APFEL-SAVITZ & FRANKEL, 1977); pensamento operatório é um modo de pensamento caracterizado por poucas fantasias, atividades oníricas, com uma forte negatividade simbólica. Não possuem laços com a vida fantasiosa, sendo racional, factual, voltada para o exterior, com forte concretude, ausente de referências afetivas e imagens verbais (MARTY, 1993); pacientes com personalidade tipo A apresentam um pensamento utilitário, estão envolvidos numa incessante luta a fim de conseguir cada vez mais em menos tempo, a despeito de suas próprias condições orgânicas e emocionais, estando num estado contínuo de tensão para atingir seus objetivos (FRIEDMAN E ROSENMAN, 1975).

Através do estudo da capacidade de simbolização em pacientes com tais transtornos, pode-se compreender como ela se apresenta, seu funcionamento, características e dificuldades. Tal estudo se torna importante na medida em que se busca a compreensão de um elemento central em transtornos com alto nível de prevalência, mas que carregam disparidades teóricas e dificuldades de compreensão.

Para se realizar o estudo, foram eleitos dois transtornos que são representantes das categorias acima citadas: nas somatizações, vamos pensar a partir dos transtornos somatoformes, utilizando a subcategoria dos transtornos neurovegetativos somatoformes, elegendo a Síndrome do Intestino Irritável; e nas Neuroses Atuais, o Transtorno de Pânico. Foram escolhidas estes transtornos por serem as de maior prevalência em suas categorias.

Dessa forma, os objetivos principais são verificar *se* esse comprometimento na capacidade de simbolização está presente e *como* se apresenta em sujeitos com somatização e em sujeitos com neurose atual.

Os resultados vão permitir uma comparação entre essas duas categorias e a verificação de maiores relações entre ambas, assim como a relação com alexitimia, pensamento operatório e personalidade tipo A, a partir da capacidade de simbolização.

Através do psicodiagnóstico desses sujeitos, vai-se analisar e discutir se, estando presente um comprometimento na capacidade de simbolização, ele é característica do funcionamento mental, ou se diz respeito de um processo mental restrito a determinadas condições psicológicas, atuando como defesa.

7. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa, de caráter qualitativo, foi desenvolvida partir de: a) estudos bibliográficos e b) de pesquisa em seres humanos.

a) Os estudos bibliográficos ocorreram a partir da contribuição de autores que escreveram sobre os temas da simbolização, somatização, SII, neurose atual, neurose de angústia e TP, a partir de uma perspectiva psicossomática, contando para tal base de dados (Google Acadêmico, Scielo, Lilacs), pesquisas em sítios da internet e livros textos de referência.

b) A pesquisa com seres humanos foi feita com sujeitos de ambos os sexos, entre 18 e 65 anos, com o diagnóstico principal de: 1) transtorno neurovegetativo somatoforme (F45.3) portadores de Síndrome do Intestino Irritável, seguindo os critérios diagnósticos de Roma III para utilização em pesquisa; 2) com transtorno de pânico (F41.0) segundo critérios diagnósticos do CID-10 para pesquisa. Os critérios diagnósticos estão em anexo, na carta de solicitação do laudo para o médico. Foram utilizados cinco sujeitos, sendo três com SII e dois com TP.

Tais patologias em geral vêm acompanhadas por outras comorbidades, de tal forma que não configuram como critério de exclusão. No entanto, segundo as recomendações da Classificação Internacional de Doença - CID-10, deve se dar um diagnóstico principal, sendo que a precedência do diagnóstico é o mais relevante ao propósito para o qual o diagnóstico está sendo colhido, ou seja, o transtorno que motivou a consulta ou o contato com o serviço de saúde.

Como critério de exclusão: o uso por parte do sujeito de medicação que provoque sedação excessiva, e o pesquisador considere que provoque comprometimento de funções mentais relacionadas à capacidade de simbolização, conforme delimitado no tópico sobre Simbolização deste trabalho de pesquisa. Em caso de possível comprometimento, o pesquisador poderá optar por aplicar o mini mental, instrumento que avalia funções cognitivas. Se nesse instrumento for constatado que o sujeito apresenta esse comprometimento devido à sedação excessiva, o psicodiagnóstico será interrompido.

Para a participação do sujeito em pesquisa utilizando este protocolo de investigação psicológica, foram requisitos: possuir um dos diagnósticos acima relatados como principal, o laudo médico atestando tal diagnóstico, não estar usando medicação que cause sedação excessiva, e a assinatura do sujeito do termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo).

As especificidades de tais patologias exigem um laudo médico atestando o diagnóstico. No caso da SII, por se tratar de um transtorno funcional, sem a presença de lesão orgânica; e no caso do TP por assegurar a presença do transtorno, e não apenas um ataque de pânico ou a elevação do nível de ansiedade. Este procedimento é um requisito dos critérios de inclusão na pesquisa. Caso o sujeito possua uma das patologias e deseje participar da pesquisa, deverá apresentar o laudo médico que ateste o diagnóstico, segundo os critérios definidos neste protocolo de investigação (carta ao médico de solicitação do laudo em anexo), e apresentá-lo para o pesquisador. Sublinha-se que a pesquisa tem como objetivo o estudo sobre a capacidade de simbolização em pacientes portadores de diagnósticos clínicos concretos e delimitados por critérios diagnósticos específicos, e não sobre pacientes que acreditam, imaginam ou fantasiam serem portadores de SII ou TP. A experiência clínica é farta em demonstrar que pacientes costumam chegar ao consultório de um profissional de saúde afirmando ser portador de um determinado diagnóstico clínico, no entanto, frequentemente, este diagnóstico que o paciente nos apresenta como seu não se confirma, seja pela história clínica, seja pela utilização de procedimentos diagnósticos complementares.

A pesquisa foi realizada na Clínica Psicológica Durval Marcondes, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), no Hospital Universitário da USP (HU), e no Instituto de Gastroenterologia do Estado de São Paulo (IGESP) com a aprovação dos comitês responsáveis pela realização de pesquisas no local, e em clínica particular. Os sujeitos foram encaminhados pelos médicos do Ambulatório, do Pronto Atendimento, e de clínica particular, quando houver caso em que o diagnóstico preencha os critérios e inclusão, por ordem de chegada.

A investigação psicológica, com o intuito psicodiagnóstico, foi estruturada em três encontros, com duração de aproximadamente 60 minutos, em datas e horários acertados entre o pesquisador e o sujeito, onde foram utilizados técnicas e instrumentos psicológicos, assim administrados: 1º. Encontro – mini mental, entrevista semi-estruturada, entrevista para Personalidade tipo A, escalas de alexitimia; 2º. Encontro - teste projetivo; 3º. Encontro – devolutiva.

A entrevista semi-estruturada se deu a partir de um protocolo (em anexo) tendo como objetivo obter uma compreensão da história de vida do sujeito e de dados biográficos, constituindo um marco referencial onde a problemática atual se enquadra e ganha significação (CUNHA, 2000).

A entrevista para diagnóstico de Personalidade tipo A (em anexo), proposta por Porcelli & Sonino (2007), tem como objetivo verificar a presença de um padrão de comportamento de contínua e vigorosa luta em direção aos objetivos, menosprezo às eventuais circunstâncias adversas e busca por utilização laborativa do tempo, na tentativa de atingir mais em menos tempo, abrigando uma hostilidade dissimulada e constante, e um modo de pensamento utilitário (ROSENMAN et al, 1975). São pontos centrais o sentido de urgência no tempo e a hostilidade manifesta ou dissimulada, que dão origem a aborrecimentos, irritação, rancor e impaciência (BALLONE, 2007). A Personalidade tipo A vem sendo utilizada em pesquisas em Psicossomática como um dos fatores psicológicos que afetariam diversas condições médicas (PORCELLI, SONINO et al, 2007). Dessa forma, foi utilizado esse conceito para ajudar a pensar sobre os transtornos somatoformes e a neurose atual.

As escalas de alexitimia foram utilizadas para se verificar a presença desse transtorno. Portadores de alexitimia possuem grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais. Os relacionamentos são precários com tendência a dependência ou a solidão. Possuem uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre e um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente, com tendência a ações impulsivas (SIFNEOS, APFEL-SAVITZ & FRANKEL, 1977). Características que são comumente utilizadas ao se referir a pacientes com afecções psicossomáticas (CARNEIRO & YOSHIDA, 2009). As escalas são: Toronto Alexithymia Scale (TAS; em anexo), adaptada e validada para o português por Yoshida (2000), em que o sujeito responde ao questionário; e a Observer Alexithymia Scale (OAS; em anexo), adaptada e validada para o português por Carneiro (2008), em que o pesquisador responde ao questionário a respeito do sujeito.

O teste projetivo escolhido foi o Teste de Apercepção Temática (TAT) (MURRAY, 1995). A utilização da aplicação do TAT permite um mergulho no universo psíquico abarcando não só o seu mundo interno, mas também o ambiente que lhe cerca, sem que o mesmo possa ter consciência e/ou controle de suas respostas. O TAT permite uma manifestação específica, onde a vigilância do ego sobre o inconsciente afrouxa-se, como nos

sonhos, nas parapraxias, lapsos de linguagem que servem para mostrar conteúdos do ego inconscientes que podem ser geradores de conflitos (SILVA, 1984). Dessa forma, o teste evoca fantasias que revelam tendências inconscientes reprimidas, que através de processos de simbolização, são projetadas nas lâminas. O processo de criação de histórias no TAT acontece a partir dos estímulos visuais que compõem as imagens nas pranchas, nas quais o sujeito deve conferir sentidos, elaborar acontecimentos e personagens dotados de intenções, vontades e necessidades. A passagem da imagem de tinta da prancha para a elaboração de uma história, com personagens, acontecimentos e sentidos, é mediada pelo processo de simbolização, tal qual como definido no presente trabalho. Esta escolha do teste projetivo vem ao encontro da necessidade de ir além do material colhido nas entrevistas e escalas e poder captar o funcionamento psíquico através da aplicação de um teste que se propõe a um exame mais profundo da personalidade (PRADO, 2004).

A administração do TAT foi conforme o modelo de Bellak (1979) (WERLANG, 2000). Ele utiliza um procedimento reduzido, utilizando no máximo 12 lâminas. Segundo este autor, ao utilizar esse número de lâminas, poupa-se tempo por poder aplicar o teste em um único encontro, além de que, com essa quantidade de lâminas, já é o suficiente para obter o material psicológico do paciente. Mas para que a aplicação reduzida atinja seus objetivos, ou seja, menos lâminas porém com material suficiente, Bellak coloca que é necessário a utilização de 9 lâminas pré-estabelecidas, que são capazes de investigar todas as relações humanas básicas. Para os homens são: 1, 2, 3RH, 4, 6RH, 7RH, 11, 12H e 13HF; para as mulheres são: 1, 2, 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 11, e 12HF. A utilização da prancha 3RH também para as mulheres se justifica, segundo o autor, por empiricamente funcionar para ambos os sexos e por possibilitar histórias mais ricas do que a sua equivalente feminina, a 3MF (BELLAK, 1979).

Além dessas 9 lâminas pré-estabelecidas, Bellak sugere a utilização de no máximo mais 3 lâminas específicas com o que se pretende investigar. A partir do objetivo da investigação, elege-se essas lâminas extras segundo os aspectos que são mobilizados por elas. Como a pesquisa pretende investigar, além das relações humanas básicas, a capacidade de simbolização e a relação do sujeito com sua doença, elegemos as seguintes lâminas extras: 15, 16 e 19. Os aspectos mobilizados pelas pranchas seguem conforme colocado por Silva (1989). A lâmina 15 evoca a relação com a morte, perda, luto, culpa; a 16, em branco, mobiliza o sujeito a projetar-se totalmente em sua resposta, em geral revelando as necessidades mais

prementes do sujeito e sua capacidade criativa; a 19 convida a fantasia, e conteúdos relativos à necessidade de proteção e amparo são frequentes.

Dessa forma, a aplicação das lâminas do TAT segue a administração abaixo:

- Homens: 1, 2, 3RH, 4, 6RH, 7RH, 11, 12H, 13 HF, 15, 16, 19.
- Mulheres: 1, 2, 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 11, 12HF, 15, 16, 19.

As instruções utilizadas por Bellak para a administração do TAT seguem as de Murray (1994). O inquérito, no entanto, é feito ao final da administração do teste, e não após cada lâmina. A justificativa é de que, caso fosse feito o inquérito após cada lâmina, o material pré-consciente se faria consciente e interferiria no resto da aplicação.

As análises de todas as aplicações de TAT foram submetidas a apreciação de um psicólogo externo, que atuou como juiz das análises.

A devolutiva teve como objetivo fornecer ao sujeito o resultado do trabalho de psicodiagnóstico, ou seja, as análises e interpretações do pesquisador, contextualizando o processo para o sujeito. A intenção é que o sujeito possa tomar maior conhecimento de si, de sua relação com a doença e sensibilizá-lo a respeito da influência de fatores emocionais em seu processo de adoecer.

Estes métodos seguem o protocolo de investigação psicológica do projeto “Guarda-chuva”, desenvolvido pelo laboratório Sujeito e Corpo (Sucor) da Universidade de São Paulo.

Este trabalho contou com bolsa de pesquisa CAPES, que foi utilizada para o financiamento deste.

7.1. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os instrumentos utilizados na pesquisa (entrevista semi-dirigida, de personalidade tipo A, escalas de alexitimia e TAT) são complementares, de forma que a análise dos dados foi feita pelo cruzamento de informações entre os instrumentos.

A entrevista semi-dirigida tem como objetivo fornecer dados para analisar a história de vida do sujeito, suas condições de vida e acontecimentos significativos. Permite contextualizar os dados dos outros testes, servindo de base para a análise do sujeito.

Na entrevista para personalidade tipo A, para que seja diagnosticado traços desse tipo de personalidade, é necessário que tenha ao menos 5 respostas SIM na parte A e SIM na parte B. O resultado será embasado pela verificação de características da personalidade tipo A nos outros instrumentos.

As escalas de alexitimia OAS e TAS possuem pontuação de corte, na qual se verifica a presença de tal característica. Na OAS, sujeitos com escores a partir de 40 são considerados alexitímicos clínicos. No TAS, pacientes com escores iguais ou menores que 62 são considerados não-alexitímicos, e com escores a partir de 72 são considerados alexitímicos, sendo, portanto avaliado o grau de alexitimia pelo tamanho do escore. Resultados entre 61 e 72 foram considerados como inconclusivos. O resultado foi embasado pela verificação de características da alexitimia nos outros instrumentos.

O uso da entrevista para personalidade tipo A, das escalas TAS e OAS, instrumento de caráter quantitativo, tem o objetivo de verificar a presença ou ausência de tais características, como forma de circunscrever o fenômeno e contribuir para a análise dos casos, fazendo parte do psicodiagnóstico. O pensamento operatório será analisado a partir da inter-relação entre os testes e a capacidade de simbolização

O TAT tem como objetivo verificar a dinâmica psíquica do sujeito, com ênfase em como a capacidade de simbolização se apresenta. Para auxiliar a análise do TAT com o que a pesquisa se propõe, foram estabelecidas seis categorias de análise, as quais possuem relação entre si: questão significativa, afetividade, resolução do conflito, mecanismos de defesa, integração do ego, e simbolização:

- Conteúdo mental significativo: conteúdos mentais que organizam/desorganizam o pensamento e a dinâmica psíquica do sujeito
- Afetividade: expressão de afetos, relações afetivas, dinâmica afetiva.
- Resolução do conflito: capacidade de lidar com as situações, superar os conflitos e dar um prosseguimento.
- Mecanismos de defesa: processos psíquicos que têm por função a organização e manutenção de condições psíquicas favoráveis, na tentativa de evitar a angústia e o mal-estar psíquico, mas que, por sua utilização excessiva ou imprópria, pode comprometer a organização do ego.
- Integração do ego: coesão das características egóicas, mantida pela habilidade de tolerar a angústia.
- Simbolização: de que forma se apresenta o uso de metáforas, pensamento abstrato, fantasias, conforme definida acima no trabalho, sendo produto da interação entre as demais categorias.

A capacidade de simbolização foi analisada a partir das categorias acima descritas, tendo a história de vida do sujeito como pano de fundo. O sujeito será considerado com comprometimento na capacidade de simbolização se em suas histórias ele apresentar uma forma de funcionamento psíquico concreto, descritivo, voltado para o mundo externo e para a situação presente, utilizando resoluções de conflito insuficientes ou ausentes, com poucas ou sem referências afetivas, com relações afetivas dependentes ou solitárias, utilização de mecanismos de defesa primitivos, dificuldade na elaboração psíquica da angústia, pouca integração ou perda de integração do ego. A alexitimia e personalidade tipo A ajudarão na análise dos resultados, visto que tais qualidades sugerem comprometimento na capacidade de simbolização.

É importante ressaltar que o resultado de comprometimento na capacidade de simbolização não é descritivo, mas analítico, ou seja, ele é obtido pelas relações entre as categorias de análise, a partir de um psicodiagnóstico, de tal maneira que, sendo a dinâmica psíquica entre os sujeitos diferentes, resultará que a forma como a capacidade de simbolização aparecer poderá variar entre os diferentes sujeitos.

8. RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

8.1. PACIENTES COM SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

8.1.1. SUJEITO 1 – Juliana

Entrevista semi-dirigida

Juliana, 23 anos, universitária, a mais nova de três irmãs. Natural de São Paulo, mora com os pais e suas irmãs. Foi encaminhada para a pesquisa em função de seu quadro de Síndrome do Intestino Irritável. Sua irmã do meio, Patrícia, 25 anos, tem um longo histórico de problemas de saúde, e desde quando era criança a família se mobiliza em função de suas doenças.

A história inicia quando Juliana tinha um ano de idade. Realizava propagandas como bebê e a família recebia o dinheiro. Patrícia, com 3 anos, teve pneumonia, e como na época a família não tinha muitos recursos, o dinheiro que possibilitou o tratamento de Patrícia foi o que Juliana havia conseguido em suas propagandas.

Aos 4 anos, Juliana quase morreu afogada. Pulou na piscina, sem boia, e quando já estava se afogando, conseguiu ser resgatada a tempo. Em outra ocasião, encontraram-na no fundo da piscina, desacordada, e teve de ser reanimada.

Diz ser uma pessoa calma e quieta. Sua avó comparava Juliana com o menino Jesus, dizendo que era calma, quieta, o cabelo loiro e a pele clara, e sua mãe diz que ela nunca deu trabalho. Na escola, diz que sempre teve bons relacionamentos com os colegas e um desempenho médio nas matérias. Odiava matemática pois numa prova em que tinha que dizer a hora que aparecia nos ponteiros do relógio, ela errou e a professora lhe segurou pelos braços dizendo que Juliana era burra e nunca iria conseguir ver as horas num relógio de ponteiro. Desde então, matemática e relógio de ponteiro se tornaram aversivos para ela. Há apenas pouco tempo que ela veio a usar relógio de ponteiro, chegando anteriormente a chorar quando ganhara um de presente.

Quando Juliana tinha 11 anos, vivenciou a Síndrome de Cushing que Patrícia, aos 13, teve. De 6 em 6 meses, a suprarrenal de Patrícia produzia cortisona ou em excesso, ou em

deficiência, e seu humor alterava concomitantemente. Juliana relata como tendo apenas de suportar essas alterações de humor da irmã, que ia de dócil a irritada. Patrícia começou a ter vários tumores pelo corpo, como nas tubas-uterinas que foram retiradas, na glândula suprarrenal, na hipófise e no coração. Um destes foi quando Juliana tinha 15 anos. Foi um tumor de 10 cm no coração, descoberto tardiamente. Patrícia tinha 30% menos sangue no corpo e estava à beira da morte. A família estava muito apreensiva. A mãe e a irmã mais velha estavam muito angustiadas e Patrícia contava sobre si para Juliana, que era quem dava apoio. Ela se lembra de como a irmã doente se mostrava forte e feliz apesar dos problemas, dizendo que sentia inveja pela força que Patrícia tinha.

Em meio aos graves problemas de sua irmã, Juliana não se sente autorizada a perturbar sua família com suas questões; incapaz de solicitar ajuda dos pais, ela tem que ser uma boa menina e não dar trabalho. Nessa mesma época, Juliana desenvolve anorexia.

Seu pai perdeu o emprego de engenheiro quando Juliana tinha 16 anos. Com pouco dinheiro, a família mudou para Itú, onde ficaria por quatro anos, pois surgiu uma oportunidade de emprego para seu pai. Juliana traz esse momento como de grande perda para a família, no qual todos tiveram que trabalhar e ajudar em casa para não faltar nada para ninguém. Juliana trabalhou como vendedora de shopping e diz que “se dava bem” com o trabalho. Sentiu falta dos amigos que tinha, mas logo se enturmou e construiu novas amizades.

Ela fala de como era uma adolescente linda, chamava a atenção pela sua beleza, e era bastante cortejada. Isso lhe ajudou a melhorar sua autoestima, sentindo-se segura, a mais bonita e a melhor. Seus relacionamentos não duravam mais que alguns meses. Diz que o problema não era falta, mas o “excesso”, por ser insuportável, por se achar a melhor e ter sempre meninos à sua volta. Aos 18 anos teve seu primeiro relacionamento significativo, que durou quatro anos e meio. Nesse relacionamento, Juliana diz que mudou sua vida, deixou de ser segura, extrovertida, brincalhona, para se tornar submissa, insegura e dependente. Limitou sua vida à dele, deixando de sair e vivia em função dele para agradá-lo.

Aos 20 anos, Juliana voltou com a família para São Paulo, pois seu pai havia conseguido um emprego melhor. Continuou o namoro à distância por mais dois anos e meio. A relação com ele piorou e ela relata as situações em que ele dizia que ela era apenas um rostinho bonito, pois era chata e ninguém iria gostar dela. Juliana veio a desenvolver um

estado deprimido, deixando de sair de casa, realizar suas atividades e falar com as pessoas por medo de a acharem chata.

Juliana sempre acatava as decisões da mãe, sem nunca questioná-la. Tal era que sua mãe parou de negar seus pedidos, incentivando-a a sair e a fazer o que queria, preocupada com essa submissão de sua filha. Juliana não saía de casa, não tinha vontade de fazer nada, e a preocupação com o estado deprimido da filha foi tal que a encorajou a fazer psicoterapia, o que lhe foi benéfico. Melhorou seu estado emocional, decidiu terminar seu namoro e melhorou sua autoestima. Diz que ainda carrega o medo de não ser aceita, de a acharem chata e de não verem ela como bonita. Relata que sempre foi muito ansiosa, e foi com a psicoterapia que aprendeu a se controlar. A psicoterapia durou pouco mais que um ano, foi finalizada há três meses deste psicodiagnóstico, pois sentiu que estava melhor e decidiu iniciar um curso de gastronomia; não tinha condições financeiras de ainda assim manter a psicoterapia. Gosta do curso de gastronomia e diz ter boa relação com as pessoas do curso. Começou a namorar outro rapaz, e diz ser um bom relacionamento no qual é respeitada.

Quando nervosa, Juliana diz ficar com “dor de barriga”. Ficou mais de dois anos sem saber o que é fazer um “cocô normal”, desde que morou em Itú. O mal estar e o constrangimento eram tanto que por vezes deixava de sair por conta do medo de passar mal fora de casa. Relata que quando foi conhecer sua sogra, começou a sentir “dor de barriga” e foi correndo para o banheiro, deixando as pessoas assustadas. Se comia algo imaginando que aquilo poderia lhe fazer mal, diz que acaba tendo mal estar, num pensamento “mágico” do tipo “se penso, acontece” que foi construído a partir de algumas experiências reais, mas que diz da ansiedade da Juliana e na influência dela nos sintomas.

Diz que demorou para procurar ajuda em função do trauma que sua família tem por causa dos problemas de saúde de Patrícia. Mas os desconfortos físicos, psicológicos e sociais foram tanto que por fim teve coragem de falar com sua mãe a respeito de procurar ajuda médica. Juliana foi a uma gastroenterologista, realizou uma série de exames e não encontrou lesão ou nenhum outro problema orgânico que justificasse seus sintomas. Foi então que se teve o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável. Ficou mais tranquila quando descobriu que “não era nada”, surpresa quando soube pela gastroenterologista que seu problema tinha a ver com questões emocionais, e desapontada ao ver que sua ansiedade, medos e inseguranças ainda lhe traziam problemas. Há mágoas que ela diz ainda não conseguir digerir, como injustiças, e falta de afeto para com ela e a experiência com o ex-namorado.

Personalidade tipo A: sim

TAS: 65 (inconclusivo)

OAS: 39 (próximo ao limiar)

TAT (anexo 8)

Conteúdos mentais significativos

Verifica-se que o conteúdo mental mais significativo que surge no TAT do sujeito é o sentimento de abandono (pranchas 1, 2, 7MF, 9MF, 11, 19), sendo acompanhado pelo sentimento de impotência (pranchas 1, 3RH, 11, 16) e privação (pranchas 1, 2, 7MF, 19).

Afetividade

O sujeito apresenta expressões afetivas em suas histórias, seja a partir dos personagens, seja de forma mais direta através de manifestações próprias sobre a sua experiência diante da aplicação do teste, como expressões emocionais, interjeições, mudanças no tom de voz. As relações afetivas interpessoais aparecem, de forma geral, como dependentes, com tentativa de controle (pranchas 2, 6MF, 7MF). Apresenta sentimento de impotência (pranchas 1, 3RH, 11, 16) e agressividade (pranchas 3, 4, 7MF, 12F, 15).

Resolução de conflito

O conflito é resolvido na maioria das pranchas (1, 2, 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 11, 12F). Nas pranchas em que surge a questão do abandono, o conflito é resolvido de forma passiva ou de forma idealizada.

Integração do ego

O sujeito apresenta uma integração do ego razoável em cinco das doze pranchas, tendo essa integração do ego ficado fraca em sete pranchas (3RH, 4, 7MF, 9MF, 11, 15, 19), as quais a história desenvolvida se relaciona com o abandono, impotência e privação.

Simbolização

O sujeito apresenta boa capacidade de simbolização, criando histórias com começo, meio e fim, utilizando-se dos elementos das pranchas e conferindo novos elementos. Não fica apenas na descrição da imagem da prancha. Há capacidade do uso de metáforas e fantasias, assim como expressões de afeto. Contudo, a capacidade de simbolização do sujeito fica afetada diante das questões significativas, em especial a do abandono acompanhada pela impotência e privação, corroborada pela insuficiente resolução do conflito.

No TAT, a temática do abandono surge com frequência, e em pranchas em que essa temática acompanha a impotência e agressividade, suas histórias são pouco integradas, havendo sinais de regressão e relações interpessoais dependentes. Quando a questão do abandono surge, apresenta dificuldade na resolução de conflitos, sendo por vezes idealizada ou ocorrendo de forma passiva. Em grande parte do protocolo há agressividade, frustração e passividade.

Na história da prancha 1, surge que quando não tem sua vontade atendida, fica triste, independente do que tenha acontecido ou que venha acontecer. Quando há acolhimento, não é o suficiente. Frustração. Insatisfação. Exigências maiores que o meio pode proporcionar. Relegada a segundo plano. Abandono. A agressividade para com alguém da família (podendo ser entendido como a irmã), colocado como um empecilho que impede a apresentação de um crescimento. Essa situação é uma expressão de sua situação emocional diante da sua relação familiar.

Podemos ver na prancha 19, que possui uma temática de proteção e acolhimento, o ego aparece pouco integrado, com a seguinte resposta:

“Desenho não identificado. Uma rua, neve... tem duas janelinhas... Tem duas janelinhas. Uma tem uma menina sentada ... na outra tem um cara de ponta cabeça. Cada um está na sua casa e os dois estão se protegendo porque está nevando muito. Sei lá. Está tudo coberto de neve... Estranho isso... Nessa você pegou pesado. Inquérito: não identifiquei o desenho. Aqui parece uma mão”.

Se por um lado a questão do abandono faz com que histórias do sujeito no TAT sejam menos integradas, indicando um comprometimento nos processos de simbolização, esse comprometimento não se estende para todas as histórias e todos os temas suscitados. Ao contrário, o sujeito consegue ter uma boa capacidade simbólica em algumas histórias. Na prancha 11, uma das mais desestruturadas do TAT, o sujeito consegue desenvolver a seguinte história:

“Essa imagem dá para ver assim... é uma estrada no meio de uma floresta e eles estão andando aqui, fazendo uma trilha, só que daí começa a desbarrancar, caem pedras, uma árvore. Ficam desesperados, com medo. Se jogam no chão. Daí a menina fica presa e eles têm que esperar alguém para socorrer. Era uma tempestade. Aí todo mundo começa a procurar, um tempão procurando, daí um menino começa desprender a perna da menina da pedra e consegue chamar socorro. Só que como está chovendo muito, é difícil de chegar. Depois de um tempo a chuva passa e conseguem resgatar eles”.

Diante desse dado, pode-se dizer que sujeito não possui uma estrutura psíquica deficitária na capacidade de simbolização, visto que consegue desenvolver histórias complexas e criar novos sentidos para os elementos das pranchas. Contudo, diante do sentimento de abandono, impotência e privação, sua capacidade de simbolização fica comprometida. Não se trata de um problema que engloba toda a sua vida psíquica, mas sim de processos mentais que são comprometidos a partir de questões específicas. Apesar de o sujeito apresentar um quadro de somatização, o pensamento operatório não é característico do seu modo de funcionamento mental, não sendo concreto nem ausente de referências afetivas e fantasias.

Em relação à alexitimia, os escores ficaram próximos do limiar nas duas escalas. No TAS, com 65 pontos, o resultado foi inconclusivo. No OAS, com 39 pontos, sugere a mesma condição. Pode-se dizer que a alexitimia não é característica da dinâmica psíquica do sujeito,

corroborado pelas respostas no TAT, as quais sujeito consegue conferir sentimentos nos personagens e nas cenas.

O sujeito apresenta personalidade tipo A. Na entrevista deu positivo para essa característica, denotando senso de urgência. Nas respostas no TAT aparecem agressividade, grande necessidade de reconhecimento e dificuldade em lidar com a raiva, complementando o quadro. Não possui fala rápida e explosiva, sendo sua tensão contida.

Através de sua história de vida, o sujeito traz o sentimento de abandono, sentindo-se relegado ao segundo plano diante de sua situação familiar. Independente se de fato assim se procedeu, a realidade psíquica do sujeito é organizada por essa fantasia. Associados a esse sentimento, surgem frustração, agressividade, tentativa de controle e impotência. Configura-se assim um quadro no qual é marcado pela angústia e agressividade, no entanto sem poderem ser expressadas, pois o sujeito não se sente autorizado para tal. Dessa forma, o sujeito vivencia um estado emocional no qual não consegue simbolizar de forma suficiente nem dar uma resolução de conflito adequada, e assim a tensão gerada por essa dinâmica é contida.

Há um rebaixamento de processos mentais no que tange a essas questões angustiantes do paciente, e o correlato psíquico da emoção fica comprometido. Na medida em que não há um trabalho de simbolização suficiente, o correlato orgânico da emoção (referindo as alterações fisiológicas pertencentes aos estados emocionais) pode vir a persistir gerando um estado de tensão orgânica, conforme sugere o levantamento teórico realizado na introdução.

A SII possui significativa influência de aspectos psicossociais (DROSSMAN, 2009), e isso aparece no relato do sujeito, ao dizer que quando nervoso, fica com “dor de barriga” e percebe a influência de seu estado emocional nos sintomas. No que refere aos seus aspectos psicossociais, através do psicodiagnóstico, verificou-se que há um importante núcleo de conflito, no que se refere ao sentimento de abandono, com o qual afeta a capacidade de simbolização do sujeito, assim como produz angústia e tensão. Esses dados sugerem que esse núcleo de conflito, caracterizado pelo sentimento de abandono acompanhado de agressividade e impotência, possa influenciar os sintomas e o quadro clínico do sujeito, corroborado pelas respostas no TAT, as quais sujeito consegue conferir sentimentos nos personagens e nas cenas.

8.1.2. SUJEITO 2 – Márcia

Entrevista semi-dirigida

Márcia, 32 anos, paulista, economista, casada, relata possuir os sintomas da Síndrome do Intestino Irritável há 18 anos, tendo sido diagnosticada há 2 anos. Em função da síndrome, na qual realiza tratamento médico, o gastroenterologista que a atende sugeriu a ela participação nesta pesquisa, que foi bem recebida por ela. Inicialmente, mesmo sem entender a fundo a associação da síndrome com questões psicológicas, Márcia possui a percepção de que seu estado emocional influencia diretamente seus sintomas.

Ela inicia o relato da sua história de vida com a sua gestação. Sua mãe engravidou mesmo tomando anticoncepcional, e a Márcia foi gerada, segundo relata, perto da costela, o que gerou complicações no parto tendo que ser feito cesariana. As complicações no parto foram tal que mãe e filham tiveram sério risco de vida. Contudo, ambas sobreviveram, apesar de que sua mãe, por conta de rejeição aos pontos da cesariana, teve que ficar por 3 meses no hospital. Nesse período, Márcia ficou com seu pai e seus dois irmãos, um de 9 anos e outra de 7 anos, na casa da tia até sua mãe se recuperar. Quando recuperada, ela também foi morar na casa dessa tia e ali ficaram por mais alguns meses, até se mudarem para casa própria.

Relata que teve uma boa infância. Como morava bem perto dos primos e tinha boa relação com eles, passavam bastante tempo juntos e brincavam bastante. Tinha boa relação com sua mãe, apesar de que diz ela era brava e trabalhava o dia todo, e por vezes quando chegava em casa a noite, Márcia já estava dormindo. Contudo, ficavam juntas nos finais de semana. Márcia era mais próxima de seu pai e tinha grande afeição por ele, relata que ele era mais atencioso e a levava para o bar quando criança. Desde pequena teve que tornar-se independente pela ausência de seus pais em casa. Márcia fazia sua alimentação, ia para escola sozinha, “se virava” (sic).

Seu irmão, 9 anos mais velho, era mais reservado e não interagia muito com Márcia, não brigavam e ele sempre ajudava quando era necessário. Tinha boa relação com sua irmã, 7 anos mais velha, mas tinha ciúmes dela por ser mais velha e por começar a namorar mais cedo.

Quando Márcia tinha 8 anos, o casamento de seus pais entrou em crise. Seu pai, que trabalhava como torneiro mecânico, estava desempregado e havia desenvolvido alcoolismo e vício por jogos. Ele bebia até cair na rua, e por vezes tinham que ir aos bares para busca-lo. Quando ele bebia, ficava agressivo e causava medo na Márcia, mas diz que não batia nela. Ela relata que por vezes, quando sua mãe chegava em casa, Márcia e os irmãos iam para a casa da tia pois os pais começavam a brigar. Por fim, os pais de Márcia se separaram.

Márcia e os irmãos foram com a mãe morar na casa da avó, em outro bairro, distante. Como estava matriculada numa escola em seu antigo bairro, todo dia ela pegava o ônibus para a escola. Isso quase a fez repetir a 3º série. Sentiu a mudança e via seu novo bairro como se fosse “cidade de interior”, mas logo se acostumou com o local.

No mesmo ano após seus pais se separaram, seu pai teve tuberculose, que desenvolveu para infecção generalizada e faleceu. Márcia, na época com 9 anos, relata que até hoje, com 32 anos, encontra dificuldade em lidar com a morte do pai, com quem era bastante apegada. Sentiu uma dor (pesar) muito grande, que veio a melhorar depois de quatro meses. O pior momento era quando ia se alimentar, pois se lembrava dele. Com a morte do pai, a irmã, com 16 anos, saiu de casa e foi morar com algumas amigas. Seu irmão casou no ano seguinte à morte do pai e foi morar com sua esposa.

Nesse mesmo ano, Márcia relata uma lembrança significativa, que ocorreu na escola: ela estava brincando com uns amigos e no meio da brincadeira ela gritou algo (que não se lembra), uma menina escutou e achou que a Márcia estava gritando para ela, e disse que pegaria a Márcia na saída. Ela conseguiu escapar, mas Márcia ficou com muito medo e até hoje se lembra do nome da menina. Diz que marcou tanto pois foi culpada por algo que não tinha culpa.

Na adolescência começou a trabalhar aos 13 anos como balconista em uma loja para ajudar com as despesas da casa. Gostava do trabalho e ficou por quatro anos. Durante a semana estudava e trabalhava, e aos finais de semana esporadicamente ia para matinês (festas) se divertir.

Aos 14 anos teve seu primeiro namorado, que era colega de escola. O namoro durou três anos. Não foi um relacionamento muito intenso, cada um tinha seu espaço e no intervalo na escola nem ficavam juntos. Somente após dois anos de namoro que ele foi apresentado para a mãe de Márcia.

Conheceu seu marido aos 19 anos. Ele tinha 17 anos, morava na mesma rua que ela, e foi apresentado por uma amiga em comum. Na ocasião ele tinha uma namorada com quem teve uma filha. Ele terminou seu namoro e começou a namorar a Márcia. Inicialmente tiveram um relacionamento bastante conturbado, brigavam bastante, e diz que ele era grosso, saía e não avisava para onde ia; ela diz nunca tolerou excessos. Porém, há seis anos ele mudou, tornando-se companheiro e um bom marido. A mudança se deu, segundo ela, pois nas idas e vindas do relacionamento, ela se envolveu com outro rapaz e isso fez com que seu marido tomasse uma atitude e mudasse seu comportamento com Márcia. Moram juntos há alguns anos, mas o casamento só foi oficializado há 2 anos. Não possuem filhos, mas possuem planos para tê-los daqui a 2 anos.

Atualmente possui um padrasto que está junto com sua mãe há 5 anos. Possui boa relação com ele e diz que gosta mais dele que da sua mãe. Ela relata que ele tinha um irmão, já falecido, que era muito parecido com seu pai.

Seu dia é bastante corrido, segundo ela relata. Hoje trabalha como economista numa empresa de medicamentos, trabalhando durante o dia e estudando a noite em curso de pós-graduação. Diz que desde criança é uma pessoa ocupada e independente. Em relação a compromissos, estuda e trabalha desde os 14 anos. Em relação a comportamentos, diz que não consegue ficar quieta e o tempo todo está fazendo alguma coisa. Quando não consegue fazer o que quer, fica nervosa.

Tem por característica absorver seus problemas e não expressá-los, ficando quieta e, segundo ela, “engolindo-os”. Tem o medo de que se “explodir”, ou seja, colocar para fora seus problemas de uma vez, possa ofender alguém. Muito ansiosa, chega a perder o sono e ter insônia por dias. Diz que sua ansiedade é principalmente quando algo está para acontecer (expectante). Quando fica ansiosa ou nervosa, no mesmo instante sente dor intestinal, e isso ocorre desde seus 14 anos.

Refere que já teve gastrite, esofagite, dor perto da costela, alergia de pele por nervosismo e infecção de urina. Em relação à dor intestinal, já realizou diversos exames, mas relata que os médicos diziam que ela não tinha nada, e não conseguia ter um tratamento efetivo. Há apenas dois anos que teve o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável, e foi encaminhada para participação na pesquisa em função de seu diagnóstico por seu gastroenterologista.

Personalidade tipo A: não**TAS:** 63 (inconclusivo)**OAS:** 54 (sim)**TAT (anexo 9)**Conteúdos mentais significativos

Verifica-se o predomínio de dois conteúdos mentais significativos: dificuldade nos vínculos familiares (pranchas 2, 7MF, 16, 19); e perda ou medo da perda do objeto de amor (pranchas 3RH, 4, 6). Há pranchas nas quais não é possível determinar o conteúdo mental significativo, pois a angústia suscitada foi tal que as histórias ficaram pobres, apenas descritivas ou confusas, como nas pranchas 6MF, 11, 12F, 15, mas cujos temas das pranchas remontam os vínculos familiares e perda do objeto de amor.

Afetividade

Márcia confere pouca afetividade aos personagens, em algumas situações apenas citando o estado emocional (pranchas 1, 12F, 15, 16), em outras os personagens não possuem relações afetivas entre si (pranchas 2, 9, 19). Quando há expressão de afeto, é dependente (4, 7MF) ou negativo (3, 6MF). Em relação à pessoa do sujeito, é comum a expressão de afetos através de comentários a respeito de suas próprias capacidades e experiências frente ao teste, principalmente, quando em função do aumento de angústia, Márcia passa a expressar seu estado afetivo ao invés de expressar a de seus personagens. Nessas situações, quando a angústia se eleva, Márcia revela sentimentos persecutórios; ocorre em diferentes intensidades em todo o protocolo, mas em especial nas pranchas 11 e 19.

Resolução de conflito

Os conflitos, quando surgem, na maioria conseguem ter uma resolução suficiente, ora de forma ativa, ora de forma passiva. Quando a angústia de Márcia fica elevada, não há conflito manifesto em suas histórias ou ele não é solucionado (pranchas 2, 3, 11, 12F, 15, 16).

Mecanismos de defesa

Os mecanismos de defesa mais utilizados são a repressão e racionalização. A intensidade desses mecanismos varia, chegando a situações em que eles impedem o desenvolvimento de uma história ou ela é muito pobre (pranchas 2, 3, 6MF, 19). Há pranchas em que a angústia suscitada foi tanto que Márcia se utilizou de mecanismos primitivos, tais como a cisão (11, 12MF, 19), projeção (7MF, 9MF), e regressão (7MF). Há ainda o uso da negação (6MF, 7MF, 15, 19)

Integração do ego

O ego apresenta razoável integração nas pranchas 1, 2, 4, 7MF e 9MF. Nas demais pranchas, a integração é fraca, de tal forma que revela que Márcia apresenta um ego frágil, que diante das situações de maior angústia, ele não consegue conservar integridade suficiente para lidar com a situação.

Simbolização

Diante das categorias acima colocadas, Márcia apresenta comprometimento na capacidade de simbolização diante do incremento da angústia, de forma que o ego tende a perder sua integração, recorrendo a mecanismos de defesa mais primitivos e a um funcionamento psíquico mais precário. Quando o ego consegue lidar com a angústia, a capacidade de simbolização se desenvolve, mesmo que ainda limitada.

Na entrevista semi-dirigida, apresenta-se de forma participativa e interessada, demonstrando ser uma companhia agradável. Descreve-se como muito ansiosa, e relata que quando a ansiedade é grande, tem insônia e fica dias sem dormir. Relata que “absorve” os problemas ao invés de expressá-los, porém isso parece dizer menos de um retraimento por timidez ou sentimento de menos valia e mais de um comprometimento da capacidade de

percepção e expressão emocional. Márcia apresenta um ego frágil, que diante de situações angustiantes, tende a perder a sua integração. Assim, quando angustiada, Márcia fica dias sem dormir e com dificuldade de expressão de seus afetos.

Essa fragilidade egóica aparece no TAT em pranchas nas quais Márcia fica impactada de tal maneira que não consegue elaborar uma história, e o impacto das imagens ressoam em seu discurso. A angústia é manifestada com interjeições, tentativas falhas de desenvolver uma história e no conteúdo de sua fala. Nessas situações, Márcia manifesta sentimentos persecutórios referentes a conteúdos internos. Como exemplo, a prancha 12F:

“Difícil. Não sei se parece um quadro, uma fotografia talvez. De uma moça e sua avó. Mas o rosto da avó está meio estranho, está meio escuro, e não sei, os dedos não estão muito bom. Parece uma bruxa. Agora não sei se é uma foto ou se tem uma bruxa atrás da moça. (pausa). Nossa, que que eu vou dizer? Vamos ver. Eu acho que era a vó dela, algum conhecido dela. Por que elas estariam tão próximas uma da outra? Mas a outra parece que não tem muita forma como a moça aqui. Não sei. A moça parece normal e a senhora parece aqui... não sei. Não é maldosa, mas tem cara de bruxa. Acho que vou defini-la como uma bruxa, está meio apagada assim. (O que a bruxa está fazendo?) Não sei. Ela só apareceu atrás. Parece que está com maldade, pela cara dela. (Que maldade ela poderia fazer?) Coisa de bruxa. Está pensando em algo, sabe. Eu só falei que ela é uma bruxa porque está muito escuro o rosto dela. Poderia ser uma senhora né, normal, que pudesse estar numa foto com a neta. Mas os dedos estão estranhos e o dedo escuro, por isso acho que é uma bruxa. Mas aparentemente, por eu achar que é uma bruxa, ela está pensando em fazer algo no caldeirão”.

Em pranchas menos estruturadas, as quais demandam uma maior subjetivação e contato mais aberto com os conteúdos internos do sujeito, Márcia apresenta significativo comprometimento na capacidade de simbolização diante da angústia suscitada. Como exemplo, a prancha 11:

“Que isso? Não sei o que é isso. Meu Deus! (pausa) É pegadinha isso aqui. Não consigo ver nada, parece uma pedra, cachoeira talvez. Tá abstrato, você tem que concordar. Vamos lá. Uma cachoeira... como vou criar uma história disso? Será que... não, não são árvores... para mim são pedras. Não

consigo criar uma história com isso. Pode não criar história? (pausa) Não tem o que falar. (pausa) Não consigo. Tem uma foto assim? Tem um desenho aqui. Não consigo ver. (O que você consegue ver?) Aqui parece são pedras. Aqui não sei decifrar se é um buraco, aqui se é uma cachoeira. Parece, não sei. Aqui tem algo, não sei, se é uma cobra. Difícil essa. Pegadinha. Acabou a minha história. (Não consegue imaginar uma história para essa cena?) Não tem cena aqui. Ninguém pode estar aqui porque é muito estreito, a pessoa cai. Parece um caminho muito estreito onde aparentemente a água da cachoeira bate e cai. Uma pessoa não pode passar para passear, meditar, para nada”.

Em ambos os exemplos, diante de uma situação que suscitou angústia em Márcia, a integração do ego se debilita, resultando num comprometimento na capacidade de simbolização. No primeiro exemplo, o qual a imagem na prancha é bem definida, a angústia foi personificada num personagem da prancha, o qual despertou sentimentos persecutórios. Situação semelhante ocorreu na prancha 15. No segundo exemplo, o qual a imagem na prancha é menos definida, não há personificação da angústia nem elementos na prancha os quais ela possa se ancorar, e o sentimento persecutório é projetado no aplicador do teste, através de frases “é pegadinha”. Situação semelhante ocorre na prancha 19. Esse sentimento persecutório diz respeito aos próprios conteúdos internos de Márcia, e na medida em que a angústia aumenta diante desses conteúdos, o ego é tomado pela angústia e vivencia uma situação de ataque a sua integridade.

A dinâmica familiar na qual Márcia cresceu foi conturbada. Em meio ao alcoolismo de seu pai, e a enorme jornada de trabalho de sua mãe, Márcia desde pequena teve de se tornar independente para viver seu dia-a-dia em que seus pais eram ausentes. As brigas entre seus pais foram tantas que acabaram por se separarem. Com a morte de seu pai, sua família novamente se separou, e os irmãos foram viver distantes. A dificuldade nos vínculos familiares aparece no TAT, onde as relações familiares surgem distantes e frias, e por vezes omitidas.

Um dado interessante que Márcia traz em sua história de vida é que os piores momentos após o falecimento de seu pai, o qual é sentido com grande pesar por ela até hoje, foram os de alimentação, pois Márcia se lembrava de seu falecido pai. Momentos de forte tensão emocional e carregados de angústia, ocorrendo periodicamente no dia-a-dia de Márcia.

Notadamente, ela desenvolveu esofagite, gastrite e Síndrome do Intestino Irritável, patologias do sistema gastrointestinal que podem ter seus sintomas influenciados por condições emocionais. É como se Márcia não conseguisse fazer a síntese de todos os estímulos e energias do corpo e da alma.

Márcia não apresenta personalidade tipo A; o tempo diário sempre ocupado desde adolescente, a postura ativa diante da vida, a grande ansiedade, entre outras características, dizem de uma pessoa muito ansiosa, com problemas de sono, de concentração, com relatos verbais de sentimentos internos desagradáveis como a angústia, sentimento de antecipação apreensiva, desconforto somático (abdominal) mas que não configura personalidade tipo A.

O resultado da OAS diz de uma pessoa que possui certo grau de alexitimia. No entanto, o resultado da TAS foi inconclusivo, ou seja, os escores nas escalas, junto com suas respostas no TAT, sugerem que a alexitimia surge em determinados momentos de prejuízo na integração egóica, não é determinante do funcionamento psíquico geral de Márcia.

Tem-se um quadro no qual Márcia é muito ansiosa, possui traços de alexitimia, ego frágil que tende a perder sua integração diante do incremento de angústia, resultando num comprometimento na capacidade de simbolização. Essas características de personalidade e um ego que estrutura mal suas funções, imaturo e com dificuldade de lidar com emoções dolorosas, favorecem maior vulnerabilidade somática onde aspectos psicológicos possam ter influência. Dessa forma, não é de se surpreender que Márcia teve e ainda tem somatizações e sintomas somáticos que possuem ou podem possuir um fundo emocional significativo, notadamente a Síndrome do Intestino Irritável.

8.1.3. SUJEITO 3 – Silvia

Entrevista semi-dirigida

Silvia, 34 anos, natural de Feira de Santana (BA), casada, mãe de dois filhos. De origem pobre, veio para São Paulo em busca de melhores condições de vida. Relata sentir dores abdominais há 4 anos, desde o nascimento de seu segundo filho, contudo apenas recentemente recebeu o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável pelo seu proctologista. Refere ter Transtorno de Pânico, e quando ansiosa, começa a ter sintomas como sentir-se gelada e suor nas mãos.

Sua infância, em Feira de Santana, na Bahia, era difícil pela falta de dinheiro, tempo de seca, fome, por vezes os pais tinham que pedir para dar alimento para seus filhos. Os pais trabalhavam na roça e faziam o possível para que a família tivesse uma vida "boa", "lutando" (sic) para viver, dar carinho e alimento para a família. Silvia tem doze irmãos, sendo dez meninas e 2 meninos; a Sílvia é o sexto filho.

Apesar das dificuldades, Sílvia traz boas lembranças da infância. Brincava bastante, divertia com seus irmãos com os quais diz que tinha boas relações. A casa era grande, piso era de barro, e dividia o quarto com as irmãs. Era um quarto para as meninas e outro para os meninos. Posteriormente, seu irmão mais velho foi morar com o avô pois este não tinha mais filhos em casa e o pediu para a mãe de Silvia. O irmão ficou separado dos demais, mas como viviam entre a casa dos pais e a do avô, mantiveram contato. Gostava de ir para a casa da avó, à tarde. Reunia os primos e ficavam brincando. Silvia gostava de brincadeira de roda, onde ficava cantando e brincando com seus familiares.

Diz que sempre foi uma pessoa "quieta". Na escola, era tímida e tinha vergonha de falar. Estudou até a oitava série. Não gostava de bagunça, era calada e gostava de ficar só. Tinha boa relação com a mãe, esta era carinhosa, gostava de conversar e brincar, porém quando era necessário, brigava e colocava ordem, mas não maltratava os filhos. Diz que a relação com o pai era boa, era mais carinhoso do que a mãe. Era quieto, mas tinha as horas em que era brincalhão. Bebia um pouco, mas não dava trabalho. Não era violento.

Na adolescência, pensava em sair de Feira de Santana para trabalhar. O que seus pais ganhavam era pouco e não tinha oportunidades no local, e Silvia relata que quis sair para ajudar em casa. Seus pais não queriam concordar, mas com o tempo acabaram cedendo. Aos 11 anos foi para Salvador trabalhar como babá. A oportunidade surgiu com a nora de um fazendeiro que precisava de uma babá e pediu para os pais de Silvia para que pudessem levá-la. Silvia relata que essa experiência foi ruim, pois se sentia longe da família. Não suportou e ficava chorando. Após seis meses, voltou para sua casa em Feira de Santana. Silvia foi a primeira que saiu de casa; posteriormente, outros irmãos saíram de casa e foram morar em São Paulo.

Aos 13 anos, Silvia foi para São Paulo morar com uma tia que tinha na cidade. Chegou a pensar que não suportaria ficar longe de casa, mas foi determinada e trabalhou como empregada doméstica para uma família em que a patroa era boa com ela. Essa patroa foi como uma mãe para Silvia, segundo ela relata. Dava atenção, conversava, brincava, deixando Silvia à vontade. Essa patroa traía o marido e Silvia tinha medo que ele descobrisse, pois achava que podia ter problemas por saber da traição e não contar para ele. Como o marido da patroa trabalhava o dia todo, o amante ia no horário de almoço e a patroa falava para Silvia não falar nada. Ficou no emprego por quatro anos. Saiu do trabalho pois além de não gostar da situação de ter que ficar o dia todo cuidando da casa e com medo que seu patrão descobrisse a traição da esposa, uma irmã veio morar em São Paulo e conversou com Silvia para morar com ela e o marido, e cuidar da filha recém-nascida. A irmã pagaria para Silvia, ajudaria no que precisasse, até que Silvia arrumasse algum outro serviço.

Morando com a irmã, Silvia voltou a estudar. Na escola, logo nos primeiros dias, conheceu um rapaz que estudava em sua classe, e após uma semana iniciou um namoro. Ele tinha 21 anos, ela 16. Achou ele simpático e bonito, e ele conversava que queria algo sério com ela. Sua irmã foi favorável, mas seu irmão, que já morava em São Paulo, não gostou, pois não conhecia o rapaz e não concordava com a situação. Teve uma situação em que o irmão entrou na sala de aula e deu um tapa na cara de Silvia após discussão com ela por causa do namorado. Silvia diz que não ficou com raiva, entendeu aquilo como sendo uma atitude de um homem do “norte” (referindo-se ao nordeste) e por ser “ciúme de irmão”.

Como seu irmão não concordava, Silvia e o namorado passaram a se encontrar na casa dele, pois a família do namorado era favorável ao namoro. Após dois meses de namoro, Silvia engravidou e logo depois seu namorado a chamou para morarem juntos em uma casa que ele

arrumou para os dois. Silvia disse para sua família que tinha arrumado um emprego, iria morar com a patroa e viajaria com ela por um tempo. Sua irmã sabia e ajudou a encobertar a história. Após um ano, sua irmã contou ao irmão sobre a filha de Silvia, pois achou que não tinha mais o que esconder já que o rapaz havia assumido a criança. O irmão aceitou. Após cinco anos morando juntos, as brigas ficaram constantes. O namorado trabalhava como barman, passava muito tempo fora de casa e ela tinha ciúmes. As brigas foram tal que terminaram o relacionamento após sete anos morando juntos. Silvia sofreu com a separação. Ela e a filha (hoje com 19 anos) ficaram na casa, e ele foi morar no trabalho.

Depois do fim do relacionamento, namorou outros rapazes, mas ela não queria nada sério por medo de se magoar. Após três anos, conheceu um rapaz com quem está junto até hoje, quatorze anos juntos. Possuem a mesma idade. Ela diz que o relacionamento com esse rapaz no começo era bom, mas com o tempo ele foi mudando, tornando-se complicado e difícil, ela diz que ele mente, não tem diálogo, é ignorante. Sente-se magoada por ele não conversar direito com ela, não tem carinho. Possuem um filho de 4 anos.

Quando nervosa ou deprimida, prende o intestino. Sente dores e quando defeca, melhora. As dores iniciaram desde que teve seu filho, há quatro anos. Seu marido queria um filho logo, mas ela não, pois queria terminar de construir a casa deles. Refere que na época, o relacionamento estava bom, porém diz que no primeiro dia da visita na maternidade ele não foi, e ela já sentiu que ele estava mais distante. Reconhece que desde que seu filho nasceu percebeu que seu marido já ficou mais “grosso”. Refere que ele é infantil, queria que ele ajudasse com as responsabilidades e dialogasse mais com ela.

Há dois anos refere que teve Transtorno de Pânico, vem fazendo tratamento porém diz que ainda não ficou “boa”, e nos últimos meses sente que está voltando o problema. Diz que há dois anos, sua vida era muito agitada, cuidando dos filhos, marido, de casa. Diz-se nervosa e ansiosa, principalmente quando quer resolver algo e não consegue. O que mais a deixa nervosa e ansiosa é o seu marido, pois quer que ele mude e não consegue.

Personalidade tipo A: sim

TAS: 77 (clínico)

OAS: 42 (sim)

TAT (anexo 10)

Conteúdos mentais significativos

Os conteúdos mentais significativos mais frequentes são problemas de relacionamento amoroso (pranchas 3RH, 4, 6MF), problemas nos vínculos familiares (pranchas 2, 7MF, 15) desejo de ser acolhida (pranchas 1, 3RH, 6MF). Esses conteúdos falam de uma ansiedade por medo de perda do objeto de amor e de vontade de acolhimento.

Afetividade

No geral, Silvia confere afetividade aos personagens e nas relações entre eles. Contudo, a afetividade é decorrente de conflitos, ou seja, são negativas (tristeza, ciúmes, susto, maldade). Apenas na prancha 16 aparece uma afetividade positiva, porém Silvia se utiliza da idealização para construir uma história. Há pranchas (11, 12F, 15) nas quais Silvia não expressa afetividade, e são aquelas as quais tem grande dificuldade de elaborar histórias por conta de conteúdos internos persecutórios. Diz ter ficado nervosa e com suor nas mãos no início da aplicação, mas que foi diminuindo com o passar do tempo.

Resolução de conflito

Apresenta dificuldade na resolução de conflitos, na medida em que em grande parte do protocolo não os resolve ou por vezes quando apresenta resolução é a partir do questionário (pranchas 1, 9MF, 12F, 15). Há resolução apenas nas pranchas 6MF. Na prancha 16, onde apresenta uma história idealizada, não há conflito.

Mecanismos de defesa

Há utilização de vários mecanismos de defesa: repressão (pranchas 1, 2, 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 11, 12F, 15), projeção (pranchas 3RH, 12F, 15, 16), negação (pranchas 2, 4, 7MF, 12F), idealização (pranchas 11, 16), cisão (pranchas 12F, 19), regressão (prancha 9MF). Contudo, não são suficientes para conservar a integração do ego diante da angústia.

Integração do ego

Das 12 pranchas, em apenas 3 (pranchas 1, 15, 16) não apresenta fraca integração do ego, nelas apresenta razoável integração. Dessa forma, pode-se dizer que Silvia apresenta um ego pouco integrado.

Simbolização

Suas histórias são curtas, descritivas, pouco integradas, não possuem desenvolvimento com começo, meio e fim, sendo necessário o uso recorrente e aprofundado do questionário para que se consiga um desenvolvimento da história, com dificuldade na resolução de conflitos. Utiliza-se de vários mecanismos de defesa, mas que não são suficientes para manter a integração do ego. Dessa forma, Silvia apresenta significativo comprometimento na capacidade de simbolização.

Silvia é uma mulher que passou por dificuldades desde a sua infância, em Feira de Santana. De família pobre, por vezes seus pais tinham que pedir comida para alimentar seus doze filhos. Porém, Silvia traz boas lembranças de sua infância, e apesar de tímida, é determinada. Assim foi que quis sair de casa em busca de melhores condições de vida. Na primeira vez, ficou com outra família, sentindo muita falta da própria, o que a fez voltar. Contudo, tentou novamente e dessa vez conseguiu. Em meio às dificuldades, ao ambiente bagunçado e conturbado que tinha em casa, adquiriu sua independência desse meio ao ir morar em outra cidade, com outra família. Dessa vez, sentiu-se acolhida, pois sua patroa era como uma mãe para Silvia. Não suportou as traições dessa mãe para com o marido, nem o

fardo do silêncio e omissão que carregava para com seu patrão, e saiu dessa casa, indo cuidar da família de sua irmã. Logo conheceu um rapaz com quem teve uma filha e por fim constituiu sua própria família. Após sete anos, terminou esse relacionamento. Posteriormente, conheceu um rapaz com quem está junto há 14 anos, tendo um filho com ele. Porém, há anos sofre com problemas desse relacionamento.

A forma como Silvia traz a sua história é marcada pelas várias mudanças de ambientes familiares e afastamento de pessoas próximas, e o tempo em que ela ficou nesses ambientes e com essas pessoas, por anos, tornam essas marcas significativas. Não obstante, a perda ou o medo da perda do objeto de amor, seja decorrente de problemas nos vínculos familiares ou amorosos, aparecem como conteúdos mentais significativos no TAT.

Essas mudanças, Silvia traz com sentimento de perda. Não apenas pelo fim das situações, mas pela afetividade envolvida. Além do narrado na história de vida, no TAT a afetividade, quando empregada aos personagens, é decorrente de conflitos (tristeza, ciúmes, susto, maldade). Além de constituírem situações históricas que causam angústia para Silvia, organizam seu pensamento na medida em que a possibilidade de perda do objeto de amor é presente na dinâmica psíquica de Silvia, tal qual aparece no TAT. Na prancha 2, tem-se:

“Nessa aqui você me pegou. Parece ser um cavalo, um rapaz, uma mulher com um livro na mão. A outra com braço cruzado. Essa figura está meio estranha. Aqui no fim é casa? Aqui é casa, será? A montanha. A mulher em pé. A outra de braço cruzado. Então uma está saindo para estudar, a outra está sem ação. Não sei contar história. Não tenho a mínima do que pode ser. Estou sentindo assim, a moça está saindo para estudar. Aqui pode ser a mãe, né. Está olhando o rapaz com cavalo, aqui. A moça e a mãe não estão com cara de feliz. E o outro parece que está de costas. (Por que a moça e a mãe estão tristes?) Ela não quer estudar, e a mãe está com sono. (Por que ela não quer estudar?) Não sei. (Por que está com sono?) Está pensando em alguma coisa. (O que está pensando?) Não sei te explicar”.

No seu atual relacionamento, Silvia está insatisfeita há alguns anos. Desde que seu filho nasceu, há quatro anos, refere que seu marido tornou-se distante. A possibilidade de perda do objeto de amor novamente toma um espaço importante na vida de Sílvia. Não

obstante, ela relata que esse problema em seu relacionamento é o que lhe tem deixado mais ansiosa e nervosa. Curiosamente, os sintomas da Síndrome do Intestino Irritável, que apresentam significativa influência de aspectos psicológicos, apareceram, segundo Silvia relata, após o nascimento do filho e a percepção do distanciamento de seu marido. Essa associação (distanciamento do marido e início dos sintomas da SII) é expressiva, na medida em que justamente a perda do objeto de amor lhe é um conteúdo mental significativo, e diante do sentimento de perda, seu nível de angústia fica elevado e seu ego se apresenta pouco integrado para lidar com tal situação. Configura-se uma condição psicológica de angústia importante com a qual Sílvia apresenta dificuldades de lidar.

A possibilidade de perda do objeto de amor é um conteúdo mental significativo para Silvia. Para além disso, verifica-se que Silvia apresenta um ego frágil e pouco integrado, que diante da angústia, frequentemente se desorganiza, visto que no TAT, em 9 das 12 pranchas apresentou fraca integração do ego, e nas demais, razoável integração. A partir dessa fraca integração do ego o mundo psíquico de Silvia se organiza, assim como a sua forma de expressar no mundo externo. Dessa forma, ela tende a ter um pensamento mais operatório, concreto, descritivo, voltada para o exterior, com dificuldade em simbolizar. Acrescenta-se ainda os escores positivos nas escalas de alexitimia, indicando dificuldade em reconhecer e expressar emoções, o que é compatível diante de sua fragilidade egóica. Apresenta personalidade tipo A, denotando ansiedade, senso de urgência e dificuldade em lidar com as emoções.

Silvia refere possuir Transtorno de Pânico. Não encontrando mecanismos para lidar com o aumento do fluxo de angústia em função de uma fragilidade egóica, o aparelho psíquico não consegue simbolizar se forma suficiente esse aumento de excitação, e por conseguinte, tende a criar um estado de desamparo psíquico. Não obstante, ocorre tanto um desamparo psíquico, no que diz respeito à insuficiência de seus mecanismos de defesa, como um desamparo psicológico, visto que ela traz em sua história de vida situações e possibilidades de perda de objetos de amor.

8.2. PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO

8.2.1. PACIENTE 4 – Alberto

Alberto, 53, portador de TP há mais ou menos 25 anos, realiza acompanhamento psiquiátrico e em função de seu quadro foi encaminhado para a pesquisa. Está em seu segundo casamento, não tem filhos. Possui curso superior completo e trabalha como funcionário público em acervo musical.

Nasceu com irmão gêmeo, mas desde o nascimento eles tiveram caminhos bem diferentes. Alberto precisou ficar algumas semanas no hospital por complicações no nascimento, as quais não se sabe, enquanto seu irmão pôde ir para casa. No entanto, o irmão foi para a casa da avó para que a mãe pudesse cuidar do filho internado. Alberto conta que a avó se apegou ao seu irmão e a mãe foi “deixando”, e seu irmão foi ficando com a avó até que depois de um tempo o irmão passou a morar com a avó, mesmo a contra gosto do pai. Alberto diz que não sabe de mais detalhes dessa história, refere que foi apenas isso que contaram para ele.

Os irmãos foram criados separados e sem contato próximo um com o outro. Alberto traz como recordação que foi uma criança solitária, reservada e tímida. Possuía poucos amigos e recorda que várias vezes brincava sozinho. Relata que no colégio os colegas com frequência o destratavam, e Alberto se sentia intimidado e acuado. Desde muito cedo Alberto é ansioso, traz uma autoimagem frágil, dificuldades de relacionamento e o hábito de guardar para si sua angústia, não conseguindo exteriorizá-la.

Relata que sua relação com seu pai sempre foi mais próxima, passando momentos juntos com os quais se recorda com contentamento. Traz um pai acolhedor e que o estimulava para os estudos e trabalhos. A relação com sua mãe era mais distante, de mais autoridade e submissão.

Quando Alberto tinha 10 anos, sua avó foi diagnosticada com Alzheimer. Seus pais decidiram se mudar para a casa da avó, onde também morava uma tia e o irmão gêmeo. Moraram juntos por 6 anos, até que a avó veio a falecer. Mesmo nesse período, o contato entre Alberto e seu irmão era distante. Quando se mudaram da casa da avó, o irmão não foi com a família, ficou na casa agora sob os cuidados da tia. Seu irmão não pertencia nem viria a pertencer ao núcleo familiar de Alberto.

Seu primeiro relacionamento amoroso foi aos 17 anos. No trabalho, conheceu uma garota com quem namorou por 3 meses. Posteriormente mudou de emprego e começou a trabalhar com edição de vídeos. Possui relações afetivas restritas, com dificuldade de iniciar e manter uma conversa, o que lhe causa insatisfação em sua vida social.

Quando tinha 18 anos, Alberto teve uma irmã. Conta que pela diferença entre as idades não foi próximo dela. Relata que ela é “problemática”, brava e difícil de lidar, lembrando bastante sua mãe.

Aos 20 anos, Alberto desenvolveu refluxo gástrico. Conta que em situações de ansiedade, o refluxo acontecia. Reconhece que esse sintoma físico era modulado por questões emocionais. Como consequência, ficou mais restritivo a eventos sociais, principalmente com situações de alimentação, como um jantar em família ou com amigos. Essa dificuldade em lidar com a angústia e com o convívio social reaparece de outra forma após os 25 anos de idade, com sintomas de Transtorno de Pânico. Alberto recorda que estava num almoço de família, alimentando-se junto a seus familiares, quando teve seu primeiro ataque de pânico. Apresentou sudorese, taquicardia, uma forte vontade de mudar de local e sentimento de desespero. Desde então Alberto sofre com Transtorno de Pânico, os sintomas ocorrem principalmente em situações em que está se alimentando em público, mas não se restringe a elas. O medo de que os sintomas ocorram e a vergonha diante de possíveis críticas das pessoas faz com que Alberto apresente desconforto ou evite situações sociais. Pela sua história, Alberto já possuía dificuldade de relacionamento, mas que foi referendada, segundo ele, por seu Transtorno de Pânico. Aos 42 anos fez cirurgia para evitar o refluxo, mas o Transtorno de Pânico continuou e quando fica ansioso, fica pensando sobre as situações desconfortáveis por horas.

Por gostar de música, Alberto começou a trabalhar como “dj”, discotecando em boates. Logo ele passou de convidado para dj principal, discotecando para um público cada vez maior. Foi ganhando reconhecimento, admiradores e conhecendo pessoas. Dessa forma, conheceu uma mulher que viria ser sua primeira esposa. Não casaram no cartório, mas moraram juntos por alguns anos e ele a reconhece como esposa. Alberto diz que ela era mais jovem que ele, alta e bonita, chamando a atenção das demais pessoas. Por conta de sua baixa estatura, ele diz que ouvia comentários do tipo “como uma mulher dessa está com um baixinho desse?”. Alberto coloca seu Transtorno de Pânico como o que levou ao fim desse relacionamento. Ele evitava se alimentar fora, e saídas com a esposa foram diminuindo a medida que o medo do ataque de pânico surgia. Seu relacionamento entrou em crise e sua

esposa optou por terminar a relação. Ela não sabia sobre o TP de Alberto, que preferiu não contar.

Com o término de seu casamento, e com sua autoimagem fragilizada ainda mais, Alberto pensou que nunca mais encontraria alguém. Porém, alguns anos mais tarde conheceu uma mulher com quem mora junto há 6 anos. Ela possui a mesma idade, conhece os problemas de Alberto e é mais tolerante com ele.

O medo de ter outro ataque de pânico fez com que Alberto começasse a evitar multidões, e ele decidiu abandonar o trabalho como dj. Nos últimos anos começou a desenvolver sintomas de agorafobia, evitando lugares com muita gente ou que não pudesse ter uma saída rápida e segura.

Personalidade tipo A: sim

TAS: 80 (clínico)

OAS: 54 (sim)

TAT (anexo 11)

Conteúdos mentais significativos

Os conteúdos que aparecem com maior frequência são os conteúdos relacionados à perda do objeto de amor (pranchas 3RH, 4, 13, 15), e problemas nas relações familiares (pranchas 3RH, 6RH, 13).

Afetividade

Na maioria das pranchas, Alberto não confere afetividade aos personagens, optando por descrever a situação. Quando estabelece relações entre os personagens, são em geral negativas (pranchas 1, 3RH, 4, 12H, 13) ou dependentes (pranchas 6RH, 7RH). Apresenta autoimagem frágil, insegura e dependente (pranchas 1, 3RH, 6RH, 7RH, 12H).

Resolução de conflito

Não resolve o conflito em várias pranchas (1, 3RH, 4, 6RH, 11), não apresenta conflito em 3 (pranchas 2, 16, 19), e em 2 o conflito é resolvido de forma negativa (pranchas 12H, 13). Pode-se dizer que possui dificuldade na resolução de conflitos.

Mecanismos de defesa

Há um intenso e recorrente uso da repressão na tentativa de lidar com a angústia (pranchas 1, 2, 6RH, 7RH, 12H, 13, 15, 19). Ocorre também a utilização da projeção (pranchas 1, 4, 13), cisão (pranchas 3RH, 4, 11), negação (prancha 11) e idealização (prancha 16).

Integração do ego

Através do uso da repressão, Alberto consegue manter a integração do ego razoável em metade das pranchas (1, 6RH, 7RH, 13, 15, 16). Na outra metade das pranchas, a repressão foi tão intensa que afetou a integração do ego, deixando-a fraca, ou se utilizou de outros mecanismos que não contiveram a desorganização do ego.

Simbolização

Alberto cria histórias curtas, com poucos elementos, afetivamente pobres, com recorrente uso da repressão que limita o desenvolvimento e desfecho de suas histórias e por vezes prejudica a integração do ego. Contudo, além do uso intenso da repressão, verifica-se que mesmo quando ela não está presente, a capacidade de simbolização é comprometida.

Alberto relata problemas com sua autoimagem desde muito cedo em sua história. Quando ainda era uma criança pequena, no colégio, sentia-se intimidado e acuado pelos colegas, e Alberto se comportava com timidez e retraimento social como forma de enfrentamento. Não se pode falar que a relação com os colegas de Alberto seja a causa dessa forma de agir, contudo, pode-se dizer que ele se reconheceu como alguém diminuído ou desvalorizado. Alberto procurava o retraimento, seja do convívio social ou da expressão de si mesmo.

Em sua história familiar, Alberto tem um irmão gêmeo que foi separado ainda bebê de seu núcleo familiar e foi morar com a avó. Interessante notar que na prancha 16, a que permite maior projeção, Alberto cria uma história que se refere ao seu irmão e o desejo de estar junto a ele, revelando ansiedade de privação de amor/amizade do irmão. Posteriormente, ambos moraram juntos, mas nunca tiveram uma relação próxima, o que indica que esse irmão do qual Alberto sente falta é o de uma fantasia infantil da qual até hoje ele carrega, onde ambos foram separados e com o qual Alberto se identifica. A fantasia do irmão separado de alguma forma influencia a organização psíquica de Alberto, e com problemas nas relações familiares como conteúdo mental significativo, leva-se a crer que Alberto vivencia uma possibilidade de separação por não conseguir ser bom o suficiente para seus pais, visto que o conteúdo mental significativo que aparece com mais frequência no TAT é a perda ou possibilidade de perda do objeto de amor, além de possuir uma autoimagem frágil e insegura.

Não consegue se colocar nas situações e tem grande dificuldade de falar de si. Diante de situações em que sente angustiado, em especial quando relacionado a exposição social pois sente-se de antemão desvalorizado, contém a angústia e entra numa espécie de “ruminação” mental, vivenciando e tentando pensar sobre as situações angustiantes várias vezes e por muito tempo. Se a ação está impossibilitada, cabe apenas ao aparelho psíquico lidar com a angústia, causando desconforto psíquico em Alberto.

Quando do incremento da angústia, Alberto sente-se ansioso e por vezes não consegue lidar com a angústia. Anteriormente, sofria com refluxo gástrico, referindo que era modulado por estados emocionais, que foi contornado por cirurgia. Contudo, o Transtorno de Pânico permaneceu, refere estado de ansiedade elevado que por vezes desencadeia ataques de pânico. O Transtorno de Pânico se configurou quando Alberto já adulto, mas a ansiedade está presente desde muito cedo em sua vida.

A forma de enfrentamento que Alberto desenvolveu para a angústia foi a repressão. Tenta reprimir a angústia e tudo aquilo que se possa relacionar a ela: ações, comportamentos, expressões. É retraído, tímido, de pouca fala, com dificuldades de expressar pensamentos e emoções, limitações no convívio social, exageradamente precavido, evitação de situações onde poderia ser julgado. Essas características dizem de uma pessoa com uma autoimagem frágil e insegura, controladora no que tange ao meio e às situações às quais depende apenas dele, com traços obsessivos e que usa a repressão para tentar manter a integração do ego diante da angústia.

No TAT, Alberto utiliza a repressão como mecanismo de defesa em 9 das 12 pranchas, por vezes quando a angústia fica forte, a repressão aumenta diminuindo a integração do ego. Em geral não confere afetividade aos personagens, optando por descrevê-los. Evita o conflito, porém quando ele ocorre, tenta mesmo assim evita-lo, ocasionando em dificuldades em sua resolução. Histórias curtas e com seu desenvolvimento e desfecho limitados. Como exemplo, a prancha 2:

“Vejo um trabalhador de campo. Uma mulher que deve ser a... não sei... um livro na mão... não estou entendendo bem. Uma outra que poderia estar lavando roupa... mas pode ser pedras. É isso que eu vejo, não vejo mais...”

Tais características também compõem o quadro de alexitimia, que é referendado pelos resultados positivos nas duas escalas. É notável a dificuldade de Alberto em manifestar suas emoções, seja verbalmente ou através de suas histórias no TAT. Além disso, apresenta traços obsessivos e com características perfeccionistas, ansiedade, facilmente mobilizado por expectativas e com desejo de realizar as coisas com rapidez, com tensão facial e dificuldade de relaxar, de tal forma que obteve resultado positivo para personalidade tipo A.

De forma geral, Alberto tenta controlar a angústia através do intenso uso da repressão. Esse mecanismo, o qual Alberto se utiliza desde cedo em seu desenvolvimento, faz com que seu funcionamento mental seja comprometido na capacidade de simbolização para que não entre em contato psicológico consciente e direto com o que lhe possa causar angústia. No entanto, mesmo quando não há o uso de repressão, verifica-se um comprometimento da capacidade de simbolização, de forma que indica uma forma de pensamento operatório, que se intensifica na medida em que se utiliza a repressão e/ou perde a integração do ego.

8.2.1. PACIENTE 5 – Irene

Entrevista semi-dirigida

Irene, 58 anos, divorciada, mãe de uma filha, diz ser uma pessoa organizada, metódica e precavida. Refere ansiedade desde criança. Foi adotada aos dois anos e meio de idade, mas sua história anterior não era contada por sua mãe adotiva, Isabela, que procurava esconder dela. Não tinha contato com sua família biológica. Apenas aos 38 anos de idade soube sobre essa família, pois sua irmã biológica entrou em contato telefônico com Irene. Sua mãe biológica havia tido três filhos com um homem casado, era empregada e não tinha condições, e seu pai biológico não queria ter mais filhos. Irene era a mais nova das três. Imagina que sua mãe biológica achava que Irene não prestava, por dá-la para adoção. Natural de Serra Negra, não sabe como foi para Perdizes, cidade onde sua mãe de criação a encontrou.

O que sua mãe de criação conta é que ela não podia ter filhos, porém queria ter um, e aos 20 anos de idade se inscreveu num programa de adoção. Porém não conseguiu adotar ninguém passado quase um ano. Quando estava na casa de uma tia, em Perdizes, ouviu um choro que vinha da casa ao lado. Essa tia falou que a vizinha havia adotado uma menina, mas estava tendo problema pois tinha filhos meninos que destratavam e batiam em Irene. No momento do choro, esses meninos, que eram mais velhos, estavam afogando Irene dentro de um tanque. A tia falou para a Isabela que a vizinha queria dar a criança pois ela não se adaptou com os meninos. Isabela quis adotar Irene e pediu para a tia falar com a tal vizinha, o que foi favorável. Relata que sua mãe diz que a Irene a ganhou pelo choro. Na ocasião, Irene estava com várias marcas no corpo de quem apanhava de cinta, além de passar pelos maltratos dos meninos.

Assim, Irene foi com Isabela para o Rio de Janeiro. Na viagem, Irene foi agarrada em Isabela a viagem toda, e dormiu por 24 horas. Apegou-se de forma bastante intensa a Isabela, de forma que onde ela ia, Irene estava junto. Como seu pai de criação estava sempre fora de casa, Irene fazia companhia para sua mãe. Uma prima fala para Irene que sua mãe não havia adotado uma criança, adotou uma dama de companhia. Isabela não fazia nada sem estar com Irene, levando-a para todos os lugares em que ia. Irene conta que aos 6 anos de idade foi assistir Ben Hur com sua mãe e na cena em que houve violência, Irene vomitou e teve que sair do cinema. Assistia filmes com grande periodicidade.

Foi bastante pressionada pela mãe, que exigia que ela ficasse entre os três primeiros alunos com melhores notas na sala de aula do colégio. Irene precisava sempre de destacar. Bastante obediente, fazia o que sua mãe mandava. Foi de tal forma que relata que teve alguns comportamentos estranhos para uma criança. Ficava preenchendo nas revistas as letras “O” e os números zeros, por horas, sentada, e sua mãe gostava e dizia que Irene era uma criança muito comportada. Relata que tinha sonambulismo, e durante a noite sentava de frente a penteadeira, ficando na frente do espelho. Numa ocasião, sua mãe colocou Irene na varanda lendo uma revista enquanto ela saía. Após três horas, sua mãe voltou, e Irene estava sentada no mesmo local, com a mesma revista, tendo urinado e evacuado nas calças pois não ousou levantar da cadeira. Tinha um sonho constante em que estava na praia, entre um paredão e o mar, e vinham ondas enormes em sua direção e antes de morrer, acordava. Urinou na cama e nas calças até os seis anos, usando fralda até essa idade. Parou por conta própria quando entrou no colégio e viu que outras crianças não urinavam nas calças ou na cama. Desde criança até hoje, quando sente o cheiro de alguns perfumes, diz que perde a noção de onde está e o que está fazendo; o mesmo acontece quando vê uma poça de água com reflexo.

Diz que era uma criança quieta e comportada. Aos 11 anos refere que começou a mudar, pois não aguentava mais sua mãe que queria que Irene estivesse sempre ao seu lado e que fizesse as coisas por ela. Numa ocasião, Irene se recusou a sair com sua mãe, então Isabela disse que a pegou para ser sua companhia, já que o marido não era. A idéia de dama de companhia fez sentido para Irene. Começou a se opor à mãe por não aguentar seus caprichos. Assim, diz que começou a ser rebelde, a confrontar a mãe, a fumar. Como desobedecia, sua mãe jogava objetos em Irene, e assim brigavam. Irene sabia que seu pai era mulherengo, e quando sua mãe pedia para ela ligar para seu pai no trabalho, ela encobertava-o dizendo que estava de plantão quando na verdade não estava mais no trabalho.

Relata que tinha mais amizade com seu pai, apesar de passar mais tempo com a mãe. Porém, Irene fala que seu pai era bastante ciumento com ela, se opunha contra pretendentes de Irene e era agressivo com eles. Irene não podia conhecer algum rapaz que seu pai tornava-se agressivo com ele. Dessa forma, encontrava-se às escondidas com os rapazes por quem se interessava, até que seu pai descobrisse. Foram poucos rapazes, mas a perseguição ciumenta de seu pai ficou marcada. Irene relata que certa vez seu pai, ao cobrí-la na cama para dormir, passava a mão em sua perna, o que deixava Irene confusa e com medo. Posteriormente, Irene conheceu um rapaz que ofereceu uma oportunidade de negócio para o pai de Irene. Ela não

gostava dele, tinha apenas afeição. Não levou o relacionamento para frente, e o rapaz, apesar de ter sido enganado nos negócios pelo pai de Irene, continuou ajudando a família.

Quando Irene tinha 18 anos, sua avó faleceu. Diz que sua mãe entrou em desespero, só chorava e não comia. Seu pai, tinha se tornado alcoólatra em função das dificuldades financeiras que estavam passando. Irene foi então trabalhar como secretária para ajudar com as despesas da casa.

No trabalho, aos 20 anos, conheceu um rapaz com quem viria se casar. Não conversava muito com ele, tanto por não ter muita oportunidade por causa da perseguição ciumenta de seu pai, como pelo rapaz ser mais reservado. Em apenas um ano namorou, noivou, engravidou e casou. O rapaz quis que Irene abortasse, pois tinha medo da ameaça do pai dela de que mataria a todos caso Irene engravidasse. Irene foi a contragosto nas clínicas de aborto, mas com a ajuda de um médico, convenceu o então noivo a desistir do aborto. Assim nasceu Lúcia. Irene ficou com esse marido por quatro anos. Ele era muito ciumento e usava a criança para que Irene fizesse o que ele queria. Após dois anos de casamento, ela diz que as coisas já estavam diferentes por causa do grande ciúme dele, e ficou por mais dois anos até decidir terminar o casamento.

Aos 35 anos, trabalhando como secretária, conheceu José no trabalho, que era um dos donos da empresa de manutenção de consultórios. Ele era casado, tinha três filhos e morava com a esposa. Ele não separou da mulher, mas ficava a maior parte do tempo com Irene no trabalho. O relacionamento durou por 22 anos. Durante todo esse tempo, ela morava sozinha, gostava da sua independência e de ter um espaço próprio. Diz que era secretária, amante e administradora.

A primeira crise de Transtorno de Pânico de Irene foi no início de 2008. Refere que teve angústia, falta de ar, estranheza dos lugares, sensação de estar enlouquecendo e dificuldades para dormir. A crise durou por uma semana. Irene estava passando por um momento difícil em sua vida. A empresa de José, onde ela trabalhava havia 22 anos, estava com sérias dificuldades financeiras, e Irene por ocupar um cargo estratégico na empresa sentia-se também responsável pela empresa. Além disso, há dois anos vinha pensando em como sair de seu relacionamento. Passava por problemas no trabalho e em seu relacionamento. No momento de crise, quem a ajudou foi uma amiga, José evitou atender os telefonemas. Isso fez com que Irene se decidisse de vez por terminar o relacionamento.

Alguns meses depois, seu ex-marido, pai de sua filha, faleceu e deixou uma pensão para Irene, o que lhe trouxe independência financeira. Fala que foi ele quem lhe deu liberdade. Seu atual relacionamento já não estava bem e Irene pensava em se separar já há alguns anos, porém agora, com independência financeira, pôde se separar. Disse para José que iria para São Paulo, onde sua filha morava. E assim ela fez, estabelecendo-se em São Paulo em uma casa própria e se separando de José. Em São Paulo teve mais duas crises, procurando atendimento psiquiátrico.

Personalidade tipo A: sim

TAS: 75 (clínico)

OAS: 44 (sim)

TAT (anexo 12)

Conteúdos mentais significativos

Autoimagem (pranchas 3RH, 6MF, 12F, 16), desamparo (pranchas 4, 15, 19), relações familiares (pranchas 4, 7MF).

Afetividade

Irene confere afetividade na maioria das pranchas, tanto aos personagens como às situações. Apenas em 4 pranchas (11, 12F, 16, 19) não confere afetividade alguma. Nas 8 pranchas as quais confere afetividade, apenas 2 a afetividade é positiva, nas demais, a afetividade é negativa, como depressão, abandono, cobrança, insatisfação, surpresa, confusão e preocupação.

Resolução de conflito

Nas duas primeiras pranchas (1, 2) e na prancha em branco (16), consegue dar uma boa e favorável resolução de conflito. A partir da terceira prancha (3RH), Silvia já não consegue apresentar boa resolução. Nas demais pranchas, a resolução é desfavorável (pranchas 4, 7MF,), não há resolução do conflito (pranchas 3RH, 6MF, 9MF, 15) ou não apresenta conflito (11, 12F, 19).

Mecanismos de defesa

Racionalização (pranchas 1, 2, 3RH, 6MF, 7MF, 9MF, 15), repressão (pranchas 3RH, 6MF, 7MF, 9MF, 11, 15) projeção (pranchas 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 16) cisão (pranchas 4, 12F, 16, 19), regressão (prancha 7MF), negação (prancha 3RH, 11, 15), formação reativa (prancha 11) idealização (prancha 16), descolamento (prancha 11). Nas situações em que projeta intensamente a si mesma (3RH, 6MF, 7MF, 9MF), utiliza da repressão e da racionalização para evitar a cisão do ego, contudo, quando não se utiliza desses dois mecanismos nessa situação, ocorre a cisão (pranchas 4,16).

Integração do ego

Nas duas primeiras pranchas (1, 2), o ego apresenta boa integração. A partir da terceira prancha, que é desestruturante, o ego perde sua organização, e passa a apresentar fraca integração no restante das pranchas, com projeções intensas e cisão do ego.

Simbolização

Se por um lado, diante da perda de integração do ego, apresenta dificuldade na resolução de conflitos e o uso de afetividade negativa, por outro, mesmo assim consegue elaborar histórias e criar sentidos. Contudo, verifica-se que diante do aumento da angústia e perda de integração do ego, há um empobrecimento da sua capacidade de simbolização, comparando as duas primeiras pranchas, as quais o ego possui boa integração, e o restante delas, em que apresentou fraca integração. Há apenas duas pranchas em que a simbolização

foi significativamente afetada, em uma por causa da forte repressão (prancha 11), e na outra por causa da forte cisão do ego (19).

Irene traz em sua história de vida situações de desamparo e maltratos quando ainda bebê. A saída foi confusa que Irene teve de sua família biológica para uma família adotiva, onde era agredida por outros meninos e tinha arcos de agressão com cinto em várias partes do corpo. Novamente mudou de família e foi para a que a criou. Foi assim, passando de família em família, que Irene passou seus primeiros anos de vida. Tornou-se dependente de sua mãe adotiva, obedecendo ao que lhe era determinado, e o fazia de tal forma que suas necessidades eram secundárias, como na ocasião em que evacuou e urinou nas calças para não levantar da cadeira que sua mãe havia pedido que ficasse. Por outro lado, sua mãe adotiva também tornou-se dependente de Irene, e as duas cresceram juntas. Irene pode se desenvolver em um ambiente de acolhimento.

Contudo, a questão do desamparo ainda lhe era significativa, e passava horas preenchendo os zeros e as letras “o” das revistas. Preenchendo um espaço vazio dos textos das revistas, mas que representavam uma tentativa de preenchimento do próprio vazio que lhe afligia em virtude de seu sentimento de desamparo.

Com o tempo, foi desenvolvendo sua independência, enfrentando sua mãe adotiva e fazendo valer seus desejos. A relação com seus pais adotivos permitiu o desenvolvimento favorável de Irene. Contudo, mais do que uma necessidade de separação egóica com sua mãe adotiva, visto a relação de dependência entre ambas, a independência e rebeldia foram impulsionadas pelo sentimento de desamparo de Irene, reforçado quando sua mãe adotiva ficava contrariada e falava “filho de peixe, peixinho é” ou “isso que dá criar filho dos outros”. Irene se recorda dessas falas e refere que isso a motivou a querer conhecer seus pais biológicos.

Uma das formas que Irene desenvolveu para lidar com a situação de desamparo foi tentando se precaver das situações, estar preparada para elas e assim ter certo domínio sobre os acontecimentos, com o objetivo de evitar a angústia. Enquanto preparada, Irene encontra-se organizada para lidar com situações de vida, com boa integração do ego e utilizando-se de racionalização como mecanismo de defesa. Contudo, quando do aumento da angústia que foge de seu controle, o ego fica com fraca integração e utiliza-se de projeção intensa. Quando

isso ocorre, recorre a repressão e racionalização para lidar com a forte projeção. Esse processo de perda de controle, perda da integração do ego e uso intenso de projeção faz com que a boa capacidade de simbolização de Irene sofra um empobrecimento. Por exemplo, tem-se a prancha 3RH:

“Era uma vez um corcunda de Notre Dame (risos). Parece ser uma pessoa chorosa, com problemas, está deitado pensando como resolver. Tem que falar se resolve ou não, né? Acho que ele está pensando como vai resolver essa situação. (Que problemas?) Vou botar meu caso. Depressão. (Por que está deprimida?) Eu fico deprimida quando não consigo dormir, ela não está dormindo direito. (Por que não está conseguindo dormir direito?) Se ela for que nem eu, qualquer barulho que faz eu acordo. Se for qualquer barulho desses que escuta a distância, se for de madrugada eu acordo e não pego mais no sono. Eu tenho muito facilidade para qualquer barulho me acordar, aí eu acordo assim, um caco. Mas como não sou eu.. olha. Ele está triste porque está corcundinha e quer fazer uma operação plástica. Esse não sou eu é ótima né? (risos)”

Nas duas primeiras pranchas, Irene desenvolve histórias bem estruturadas, com começo, meio e fim, superego adequado e boa integração do ego. A partir da terceira prancha, que é desestruturante, Irene tem sua integração do ego afetada, as histórias se tornam menos elaboradas e com uso recorrente de projeção.

A expressão emocional também fica comprometida com a desorganização do ego. Nas duas primeiras pranchas, a emoção é bem manifestada e positiva. Contudo, a partir da terceira prancha, a expressão da emoção ou é anulada, ou quando surge é negativa, decorrente de conflitos e carregada de angústia. Não obstante, os resultados nas escalas de alexitimia foram positivos. Dessa forma, quando Irene consegue manter a integração do ego, há uma boa percepção e expressão emocional, contudo, quando perde essa integração, apresenta características alexitímicas. O mesmo pode ser dito em relação à personalidade tipo A, que foi positivo para Irene e condiz com o pensamento utilitário e urgência do tempo nas histórias rápidas no TAT.

A perda de integração do ego leva a um comprometimento da capacidade de simbolização de Irene na medida em que suas histórias ficam mais pobres e menos elaboradas, além de expressar afetividade negativa e com dificuldade em sua expressão, assim como dificuldade na resolução de conflitos e o uso de mecanismos de defesa mais primitivos. Porém, é importante ressaltar que mesmo com a perda da integração do ego e

comprometimento da capacidade de simbolização, Irene consegue elaborar histórias e criar novos sentidos aos elementos das pranchas, porém de modo mais precário e em geral carregado de afetividade negativa.

9. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A dimensão psíquica das somatizações, segundo autores em Psicossomática, indica para uma insuficiência no processo de elaboração simbólica dos concomitantes psicológicos das emoções, ou do ponto de vista psicanalítico e metapsicológico, das pulsões. Estímulos, percepções, sentimentos e lembranças angustiantes vinculadas a situações de vida não se ligariam a rede simbólica de representações mentais da dinâmica psíquica, seja por uma insuficiência psíquica ou como defesa para se evitar o desenvolvimento de afetos insuportáveis. Ocorreria como se os resultantes psicológicos de tais situações de vida não tivessem registro na dinâmica psíquica, ou tais registros seriam incompletos. Contudo, as respostas fisiológicas para tais situações de vida ocorreriam, mas ausentes de sentido na dinâmica psíquica. Na medida em que o psiquismo não teria de lidar com tal situação, a emoção correspondente a essa situação permanece no corpo, aumenta a vulnerabilidade somática, seja em função da cronificação e/ou sensibilidade somática a essa emoção, podendo produzir sintomas somáticos.

Por outro lado, esse mecanismo também se assemelha com o das neuroses atuais, notadamente das neuroses de angústia. Contudo, em tais neuroses, há um transbordamento de angústia na vida psíquica diante da insuficiência no processo de elaboração simbólica das pulsões, por uma ausência de junção entre a excitação sexual somática e as representações de objeto do inconsciente (MIJOLLA, 2005). Em ambas as situações, o que está em pauta é o comprometimento da capacidade de simbolização das situações emocionais: nas somatizações, há um represamento da emoção não simbolizada no corpo em forma de hiperfuncionamento dos órgãos; nas neuroses atuais, há um transbordamento da emoção não simbolizada no psiquismo em forma de angústia. Evidentemente que em ambos os casos há sintomas tanto somáticos como psíquicos, o que se destaca é o foco do sintoma.

Se a questão principal nas somatizações e nas neuroses atuais é o comprometimento na capacidade de simbolização, pesquisou-se *se* e *como* está presente em pacientes com tais patologias, utilizando a Síndrome do Intestino Irritável (transtorno neurovegetativo somatoforme, segundo nomenclatura da CID-10) e o Transtorno de Pânico (neurose de angústia, segundo nomenclatura de S. Freud), através de psicodiagnóstico, dando ênfase na capacidade de simbolização.

Nos sujeitos da pesquisa, quando aparece comprometimento na capacidade de simbolização, as histórias no TAT são mais curtas, descritivas, concretas, com introdução de nenhum ou poucos elementos externos à prancha, com dificuldade na resolução de conflito, personagens pouco integrados, ausência de referências afetivas ou afetividade negativa, prejuízo na integração do ego, com predomínio de pensamento do tipo operatório.

Verifica-se que o funcionamento mental é afetado em sua capacidade de simbolização. Contudo, qual o lugar desse comprometimento na dinâmica psíquica? Como ele surge? Para tal, retomemos como ela se configura nos sujeitos da pesquisa.

O sujeito 1, Juliana, portadora de SII, apresenta no TAT, de forma geral, boa capacidade de simbolização, criando histórias complexas com começo, meio e fim, utilizando-se dos elementos das pranchas e conferindo novos elementos. Não fica apenas na descrição da imagem da prancha. Há capacidade do uso de metáforas e fantasias, assim como expressões de afeto. Contudo, a capacidade de simbolização do sujeito fica afetada diante das questões significativas, em especial a do abandono acompanhada pela impotência e privação. Isso sugere que conteúdos mentais significativos podem comprometer a capacidade de simbolização, no entanto, esse comprometimento diz respeito apenas a esses conteúdos, não a todo o funcionamento mental. Levando em conta que o sentimento de abandono lhe causa angústia relativa a perda do amor do objeto, a desorganização do ego e o comprometimento da capacidade de simbolização funcionariam como uma defesa, evitando que o ego seja tomado pela angústia referente a esse sentimento.

O sujeito 2, Márcia, também portadora de SII, apresenta comprometimento na capacidade de simbolização diante do incremento da angústia, que no caso dela é relacionada a perda do amor do superego, de forma que o ego tende a ter prejuízo em sua integração, recorrendo a mecanismos de defesa mais primitivos, como cisão, projeção e uso intenso de repressão, resultando em um funcionamento psíquico mais precário. Quando o ego consegue lidar com a angústia, a capacidade de simbolização se desenvolve, mesmo que ainda limitada. O comprometimento é transitório, como também o é em Juliana, ocorrendo quando esta se encontra frente à vivência ou experiência emocional de abandono. No entanto, em Márcia, o comprometimento é mais intenso, constante e evidente, em virtude de um ego mais frágil em lidar com a angústia. Tal fragilidade estaria relacionada com seu desenvolvimento, marcado por fragmentação de vínculos, necessidades de dependência e amparo na infância que não foram supridas em virtude da ausência de seus pais e características obsessivas de personalidade.

O sujeito 3, Silvia, também com SII, apresenta histórias são curtas, descritivas, pouco integradas, não possuem desenvolvimento com começo, meio e fim, sendo necessário o uso recorrente e aprofundado do questionário para que se consiga um desenvolvimento da história, e demonstra dificuldade na resolução de conflitos. Traz em sua história de vida a perda de vários vínculos afetivos e atualmente vivencia a perda do amor de seu marido, apresentando significativa angústia de perda do amor do objeto. Utiliza-se de vários mecanismos de defesa e em grande quantidade, como repressão, projeção, idealização, negação, cisão, entre outros, mas que não são suficientes evitar o prejuízo na integração do ego. Dessa forma, Silvia apresenta significativo comprometimento na capacidade de simbolização. Tal comprometimento não se restringe a conteúdos mentais significativos, é amplo e pode ser característico do funcionamento mental do sujeito.

Com os três sujeitos com SII, o comprometimento de simbolização se apresentou de formas diferentes: para o sujeito 1, o comprometimento informa de determinada dinâmica psíquica relacionada a conteúdos mentais significativos; para o sujeito 2, anuncia de uma estrutura egóica frágil na capacidade de lidar com a angústia da perda do amor do superego; para o sujeito 3, comunica a uma característica do funcionamento mental.

Pensar o comprometimento da capacidade de simbolização em pacientes com somatização a partir do pensamento operatório faz sentido, visto que os três sujeitos apresentaram tal forma de pensamento, embora apresentem variações significativas na intensidade e frequência de funcionamento mental do tipo operatório. Enquanto para o sujeito 3 é mais característico de seu funcionamento mental, para os outros dois é transitório, apresentando “momentos” de pensamento operatório. Isso traz a questão se o comprometimento na capacidade de simbolização anuncia uma estrutura psíquica deficitária em tal capacidade, tal qual coloca Marty (1994), ou diz respeito de uma defesa do psiquismo, tal como propôs McDougall (1991). Pela análise de dados dos sujeitos, ambas as elaborações teóricas estão parcialmente corretas: há pacientes os quais o comprometimento na capacidade de simbolização funciona como defesa psíquica diante da angústia, de forma a prejudicar a integração do ego em razão de manter um funcionamento mental mais estável; e há os que esse comprometimento é característico do funcionamento mental, que foi assim determinado em função de intensas angústias capazes de desorganizar o ego em fases críticas de seu desenvolvimento e estruturando em seu aparelho psíquico.

O comprometimento da capacidade de simbolização como uma defesa psíquica, como sustenta McDougall, abre a perspectiva de que todas as pessoas, em última instância, podem desenvolver algum tipo de somatização. Isso por que, sendo uma defesa, um mecanismo para

lidar com a angústia, não está relegado apenas para pessoas que possuem esse comprometimento como característico do funcionamento mental, mas também para pessoas que mesmo tendo uma boa capacidade de simbolização, pode vir a desenvolver somatização, visto que tal comprometimento diz respeito apenas a determinados conteúdos ou situações, e não engloba toda sua vida psíquica. Do ponto de vista funcional, seria pouco provável que o aparelho psíquico conseguiria simbolizar de forma suficiente todos os estímulos sensoriais e psicológicos aos quais ele se submete, em especial em situações traumáticas ou de grande tensão, momentos em que o aparelho psíquico encontra-se fragilizado. Por conseguinte, tem-se a alta prevalência global de somatização de 19,7%, variando de 7,6 a 36,8% (GUREJE, 1997). Em estudo de epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo (ANDRADE et al, 1997), o transtorno somatoforme é o quarto transtorno mais comum (6% ao longo da vida, 4,2% no ano anterior e 3,2% no mês anterior à entrevista), atrás de dependência de tabaco 25%, 11,4%, 9,3%), transtorno depressivo (18,5%, 7,6%, 5,0%) e transtorno ansioso (16,8%, 7,1%, 4,5%). Especificamente em relação a SII, sua prevalência é estimada em 50% das consultas em consultórios de gastroenterologia (FARTHING, 1995).

Em função do característico comprometimento simbólico de pacientes com somatização, tem-se associado a alexitimia a tais pacientes. Tal associação se deve, fundamentalmente, à própria concepção da alexitimia, utilizada para descrever sujeitos que possuem grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais. Apresentam dificuldade na capacidade de simbolicamente representar suas emoções, de forma que seu estado emocional permaneceria não modulado e contribuindo para o surgimento de sintomas físicos (NEMIAH & SIFNEOS, 1970).

Apesar de sugerir uma forte relação entre os denominados distúrbios psicossomáticos e alexitimia, Prazeres (2000) atenta para a errônea ligação etiológica que se foi construída entre eles, apesar da colocação de Sifneos (1973) de que a alexitimia não é específica nem universal nos distúrbios psicossomáticos. Não obstante, essa associação entre alexitimia e sintomas somáticos não tem sido evidenciada de forma consistente na literatura (TAYLOR, 1984).

O sujeito 1 teve um escore de 63 na TAS, dois pontos acima do limiar de não-alexitimia, ficando numa faixa inconclusiva de alexitimia, já que apenas a partir de 72 pontos a pessoa apresentaria de fato alexitimia. Na OAS, o sujeito obteve 39 pontos, a apenas um ponto do limiar de alexitimia. Mesmo no TAT, o sujeito apresenta referências afetivas e

expressões emocionais, assim como em sua história de vida. Dessa forma, traços de alexitimia não são característicos nem determinantes em seu quadro.

O sujeito 2 também obteve um escore de 63 na TAS, contudo na OAS, obteve escore 54 que é a favor de alexitimia. No TAT, confere pouca afetividade aos personagens, em algumas situações apenas citando ou descrevendo o estado emocional; o mesmo ocorre quando relata sua história de vida. Tais dados sugerem que a alexitimia surge em determinados momentos de prejuízo na integração egóica.

O sujeito 3, com escore de 77 na TAS e 42 no OAS, além de uma comprometida capacidade de simbolização no TAT e o relato descritivo de sua história de vida, todos esses dados levam a crer significativos traços de alexitimia.

Com essa pequena amostra de pacientes com SII, há desde a situação em que a alexitimia não é característica nem determinante do quadro do paciente, até outra em que apresenta significativos traços de alexitimia. O sujeito 1 consegue se expressar emocionalmente e nomear estados afetivos, manifestando boa capacidade de elaboração simbólica; o sujeito 2 apresenta dados que sugerem alexitimia mas em momentos determinados, e no TAT consegue ter momentos de razoável elaboração simbólica; o sujeito 3 apresenta dificuldade em subjetivar suas emoções e comprometimento na capacidade de simbolização.

Temos, portanto, que com os dados dos sujeitos com SII, apesar de terem um transtorno neurovegetativo somatoforme, a alexitimia não é determinante em todos os casos. Mesmo o sujeito tendo boa capacidade de simbolização, há situações em que a alexitimia surge em determinados momentos, apesar de não ser determinante para o quadro. Pode ser transitório de acordo com a integração egóica do sujeito, ou mesmo ser característico do funcionamento psíquico.

Retomando a caracterização da alexitimia, temos que há fatores etiológicos biológicos e psicossociais. Fatores biológicos constituem traço de personalidade sendo um problema constitucional e estrutural do sujeito, advindo de defeito estrutural neuroanatômico ou deficiência neurobiológica. Fatores psicossociais como situações traumáticas em períodos críticos do desenvolvimento infantil ou reação a traumas intensos na idade adulta poderiam ter tamanha magnitude que resultariam em alterações no funcionamento psíquico, afetando principalmente o componente afetivo das emoções (SIFNEOS, 1991). Estaria relacionada a uso excessivo de negação e repressão de afetos como estratégia de enfrentamento de situações conflituosas ou emocionalmente desgastante. É transitória, constituindo um estado (PEDINIELLI & ROUAN, 1988).

Os resultados obtidos estão de acordo com a literatura no que se refere a diferentes configurações de alexitimia – como traço de personalidade ou como defesa – e a não universalização da alexitimia nos denominados distúrbios psicossomáticos. A associação entre ambos é favorável e por vezes complementar, mas não é pré-determinada nem etiológica.

Outra característica que tem sido associada aos distúrbios psicossomáticos é a personalidade tipo A. Descrita como um padrão ação-emoção manifestado por indivíduos envolvidos numa incessante luta a fim de conseguir cada vez mais em menos tempo, a despeito de suas próprias condições orgânicas e emocionais, estando num estado contínuo de tensão para atingir seus objetivos, apresentando uma forma de pensamento utilitário (FRIEDMAN E ROSENMAN, 1975).

Dos três sujeitos, dois obtiveram resultado positivo para personalidade tipo A (sujeito 1 e sujeito 3). Todos os três sujeitos apresentavam características que incluíam manifestações significativas de ansiedade, e se comportavam em sua vida tomando atitudes e comportamentos desconsiderando suas capacidades orgânicas e emocionais, trazendo queixas eminentemente orgânicas e após longo período de sofrimento com seus sintomas. Contudo, o sujeito 2 não obteve resultado positivo, o que revela que características ansiosas e distúrbios psicossomáticos não necessariamente significa que o indivíduo com somatização possua esse tipo de personalidade, contudo, há significativa relação. Não obstante a diferença de terminologias em relação a formas de pensamento, o *utilitário* utilizado por Friedman e Roseman (1973), e *operatório* utilizado por Marty (1993), há certa semelhança entre os termos: pensamento utilitário é o que visa utilidade, voltado para a obtenção de algo, para o que é conveniente; pensamento operatório é orientado para a realidade sensível, com preocupação de causalidade, de lógica. Há uma complementaridade lógica entre essas formas de pensamento. Mais estudos são necessários a respeito dessa relação.

Nas neuroses atuais, especificamente com o Transtorno de Pânico, situação semelhante a somatização, a partir dos Transtornos Somatoformes, ocorre. Partindo da idéia de que no Transtorno de Pânico (Ataques de Ansiedade na Neurose de Angústia), a pulsão não ascende ao psiquismo, não passa pelo trabalho de elaboração simbólica e em função disso, há um transbordamento de angústia no psiquismo. Há uma falta, uma insuficiência no que se refere à simbolização da pulsão. Assim, foi aplicado o TAT em pacientes com TP para se verificar como se configura essa insuficiência.

No sujeito 4, Alberto, verifica-se significativo comprometimento na capacidade de simbolização. Desenvolve histórias curtas, com poucos elementos, afetivamente pobres, com recorrente uso da repressão que limita o desenvolvimento e desfecho de suas histórias e por vezes prejudica a integração do ego. Contudo, além do uso intenso da repressão, verifica-se que mesmo quando ela está menos atuante, a capacidade de simbolização é comprometida.

Já com o sujeito 5, Irene, foi diferente. Se por um lado, diante do prejuízo da integração do ego, apresenta dificuldade na resolução de conflitos e o uso de afetividade negativa, por outro, mesmo assim consegue elaborar histórias e criar sentidos. Diante do aumento da angústia e diminuição de integração do ego, há um empobrecimento da sua capacidade de simbolização, contudo o empobrecimento não anula tal capacidade, mas passa a apresentar falhas, e há situações em que Irene consegue mesmo assim desenvolver sentidos, mesmo que de forma mais precária.

Se com o sujeito 4, o pensamento operatório é característico de seu funcionamento mental, para o sujeito 5 não é. Irene consegue apresentar uma boa capacidade de simbolização nas primeiras pranchas, que é comprometida com o prejuízo da integração do ego. Desse modo, diante de uma situação angustiante, o sujeito 4 tenderá a responder a ela com dificuldade na representação simbólica, enquanto que o sujeito 5 irá responder com dificuldade simbólica se houver diminuição na organização do ego. Assim como nos sujeitos com SII, nos sujeitos com TP o comprometimento na capacidade de simbolização pode ocorrer como característica do funcionamento mental assim como uma defesa psíquica, podendo potencialmente ocorrer com qualquer pessoa. Não obstante, há alta prevalência de ataque de pânico (23%) e a de TP (5%) (Kessler et al, 2006).

A lógica do comprometimento da capacidade de simbolização, que faz com que se associe alexitimia com somatização, também permite a associação da alexitimia com neurose atual, visto que a questão simbólica é elemento central nessas neuroses. Com os sujeitos da pesquisa, verifica-se que é uma associação válida, visto que os sujeitos com TP apresentaram escores positivos para alexitimia em ambas as escalas. No sujeito 4, é notável a dificuldade que possui em relação às emoções, tanto no reconhecimento como na expressão, apresentando um nível elevado de repressão. Já o sujeito 5 consegue ter melhor expressão emocional, principalmente quando apresenta boa integração do ego, contudo, quando perde essa integração, a expressão da emoção é anulada ou quando surge é negativa e carregada de angústia. Tal situação sugere uma flutuação da atuação da alexitimia, que parece se apresentar e intensificar quando ocorre a perda da integração do ego.

Apresenta também personalidade tipo A, revelando um pensamento utilitário e uma incessante busca por seus objetivos, a despeito de condições emocionais e orgânicas. A percepção de suas condições não ocorre, ou quando ocorre, é reprimida, e o estado de tensão é cronicado. Maiores estudos são necessários a respeito de pacientes com TP e a personalidade tipo A, pois há uma relação favorável entre tais condições.

As somatizações, em seu sentido lato, e as neuroses atuais possuem significativas semelhanças. O mecanismo que há por trás diz respeito ao comprometimento da capacidade de simbolização, de forma que a representação e o afeto associado não ascendam ao psiquismo e não se desenvolva, ocorrendo uma ausência de junção entre excitação sexual somática e as representações de objeto do Inconsciente (MIJOLLA, 2005). Tal característica foi evidenciada nesta pesquisa em pacientes de ambos os transtornos, verificando-se o comprometimento da capacidade de simbolização tanto relacionado a conteúdos mentais significativos, como em função de parcial desorganização ou pouca integração do ego diante do incremento da angústia. No entanto, a somatização se diferenciou da neurose de angústia em relação ao foco da excitação: no TP, há um transbordamento da angústia no aparelho psíquico, na SII a excitação é descarregada ou defletida para os órgãos, que passam a sofrer interferência em seu funcionamento. Outra característica comum é o caráter atual, no sentido da temporalidade, com etiologia ligada às vicissitudes as quais o sujeito está submetido, em contrapartida a etiologia infantil das neuroses de defesa. Entretanto, o caráter atual das somatizações e neuroses atuais não é necessariamente efêmero, comumente se tornam crônicas e moduladas pelas condições de vida do sujeito, mas dizem da interação dinâmica do sujeito com seu meio. Essas duas características – o mecanismo da não simbolização e o caráter atual – são o que configuram a neurose atual, e como exposto acima, são características centrais nas somatizações. Tais similaridades já têm sido levantadas por alguns autores (LAPLANCHE E PONTALIS, 1996; DEJOURS, 1998; FERRAZ, 2005, MIJOLLA, 2005), de tal forma que há uma relação bastante próxima entre somatização e neurose atual.

Diante do exposto acima, faz-se necessário um aprofundamento. Pacientes com somatização são tidos como possuidores de uma forma de pensamento operatório, precário de fantasias, atividades oníricas, com uma forte negatividade simbólica. Não possuem laços com a vida fantasiosa, sendo racional, factual, voltada para o exterior, com forte concretude, ausente de referências afetivas e imagens verbais. Possuiriam uma forma de organização

psíquica diferente da neurose e da psicose, marcada pela negatividade simbólica e pela ausência de certos processos mentais, constituindo um modo de funcionamento mental singular, caracterizado pelo pensamento operatório (MARTY; M'UZAN 1994). A partir da influência da obra de Marty, somatizadores seriam possuidores de estruturas psíquicas deficitárias na capacidade de representação e elaboração simbólica. Tais pacientes, em função de sua estrutura mental, responderia às vicissitudes da vida somatizando.

Contudo, como foi evidenciado no presente trabalho, a somatização não implica necessariamente um funcionamento mental caracterizado pelo pensamento operatório. Mesmo tendo boa capacidade de simbolização, o que denota que não possui uma estrutura psíquica deficitária em tal capacidade, a pessoa pode vir a desenvolver alguma somatização. Afirmar que o paciente com somatização possui por definição uma estrutura psíquica deficitária na capacidade de simbolização é insuficiente. Pacientes com somatização podem sim apresentar boa capacidade de simbolização, que pode ser comprometida como função defensiva do psiquismo diante de condições de vida e sentimentos desfavoráveis, significativos ou angustiantes.

Pensando o comprometimento da capacidade de simbolização não só como característica do funcionamento mental, mas também podendo se apresentar como uma defesa psíquica, tal comprometimento pode aparecer com diferentes formas e intensidades, tanto em um mesmo indivíduo como entre indivíduos diferentes. Seria uma resposta psíquica às condições as quais o sujeito está submetido, na tentativa de se evitar maior estado de angústia e desamparo. Na medida em que não há simbolização, ou ela é comprometida, o aparelho psíquico não precisa lidar com determinadas condições psíquicas e de vida. Tais condições podem persistir, reaparecer, ou o aparelho psíquico pode funcionar como se essas condições estivessem presentes mesmo não estando, pois a realidade psíquica atua sem necessariamente haver concordância com a realidade externa.

Estando o psiquismo comprometido em sua capacidade de simbolização como forma de defesa a condições de vida, as emoções, ou determinadas emoções, não teriam o desenvolvimento de seus concomitantes psíquicos. Contudo, em função da cronicidade devido ao não desenvolvimento psíquico e a sensibilidade somática a tais representações e afetos associados, o concomitante fisiológico das emoções tomaria a forma de somatizações. Essa perspectiva abre a possibilidade de que todos potencialmente podem vir a desenvolver

somatizações ou neuroses atuais, principalmente desencadeadas por situações de vida significativas e angustiantes para as pessoas.

A variação da intensidade da capacidade de simbolização permite retomar a somatização a partir de uma forma mais ampla, como um acontecimento natural e adaptativo. Pensada a partir das funções fisiológicas afetadas por influências psicológicas, Alexander (1950) traz desde comportamentos voluntários que são orientados pela influência de motivações psicológicas para surgir, desaparecer, aumentar ou diminuir determinado estímulo fisiológico através do estabelecimento de algum comportamento; passando pelas inervações expressivas das emoções, que requerem inúmeras modificações fisiológicas, que vão de espasmos musculares a liberação de neurotransmissores; até as respostas vegetativas para os estados emocionais as quais o sistema nervoso procura lidar para manter as condições do organismo em equilíbrio. Diante de conflitos internos ou catástrofes externas, aos quais o indivíduo inevitavelmente está suscetível, McDougall (1991) diz que a somatização é uma resposta banal. Assim, os fenômenos psicossomáticos não poderiam ser relegados apenas às doenças, mas a tudo aquilo que estivesse associado à saúde ou à integridade física, na medida em que o funcionamento do corpo sofre influências psicológicas. Qualquer indivíduo pode apresentar sintomas corporais diante de situações emocionais intolerantes ou que fogem de seu controle (MCDUGALL, 1984). Sifneos (1991), ao falar da alexitimia em sua forma secundária, coloca que experiências traumáticas, tanto na infância como na fase adulta, poderiam ter tamanha magnitude que resultariam em alterações no funcionamento psíquico, afetando principalmente o componente afetivo das emoções.

A somatização passa a ser uma enfermidade quando provoca, tal como coloca Lipowski (1986), desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados orgânicos, que não justificam os sintomas nem o sofrimento do paciente. O desequilíbrio somático causado pelo uso intenso ou constante do comprometimento da capacidade de simbolização se manifesta produzindo sintomas somáticos que causam sofrimento. E na medida em que há pessoas que possuem um funcionamento mental caracterizado pelo comprometimento da capacidade de simbolização, assim como algumas pessoas que se utilizam em maior frequência desse comprometimento como defesa psíquica, elas tendem a lidar com as vicissitudes da vida somatizando.

Compreendendo o funcionamento psicológico que há por trás das somatizações – o comprometimento da capacidade de simbolização – e as formas como se configura na dinâmica psíquica do sujeito – como defesa psíquica ou como característica do funcionamento mental – pode-se estabelecer métodos de abordagens e técnicas psicoterápicas mais eficientes e condizentes com pacientes com somatizações. Ao lidar com esses pacientes, é importante o resgate histórico do sujeito e biográfico da enfermidade, assim como um psicodiagnóstico que verifique como o comprometimento da capacidade de simbolização se relaciona com a dinâmica psíquica do paciente. Nesse sentido, torna-se importante um trabalho terapêutico que permita ao paciente fazer associações entre os sintomas e fatores estressores, relacionar com aspectos de sua vida, e trabalhando suas questões emocionais para que ele possa lidar com suas angústias e elaborá-las psiquicamente. Na medida em que se contextualiza a doença e o transtorno na história de vida do sujeito, percebe-se o adoecimento como parte de um processo que ganha sentido a partir da biografia do paciente, e a compreensão de seu quadro clínico fica mais favorável, permitindo a possibilidade de melhores intervenções e melhor qualidade de vida para o paciente.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática**: seus princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.
- AMARAL, A., FRANCO, R. FARAH, F. A psicopatologia fenômeno-estrutural e o Rorschach no transtorno de pânico. In: **Estud. psicol.** (Campinas) vol.25 no.1 Campinas Jan./Mar. 2008
- ANDRADE, L.H.S.G; LÓLIO, C. A; GENTIL, V; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 1997.
- ARAGON, L. Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático. In: **Interface** (Botucatu) vol.14 no.32 Botucatu Jan./Mar. 2010
- BALLONE GJ - **Personalidade Tipo A e Cardiologia** - in. PsiqWeb, Internet, - disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2007.
- BELLAK, L. **The Concept of Projection**. Psychiatry, 1944.
- BELLAK, L. **El uso clínico de las pruebas psicológicas Del TAT, CAT y SAT**. México: El Manual Moderno, 1979.
- BUSCH, F. N ., COOPER, A. M., KLIERMAN, G. L., PENZER, R. J., SHAPIRO, T. & SHEAR, M. K. Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward an integration. In: **Psychoanalytic Inquiry**, v.11,p. 316-332. 1991.
- CALLEGARI, D.C. – A Relação Médico-Paciente. In: **Jornal do Cremesp** , nº 268, p.13 2010.
- CAPITÃO, C. G. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. In: **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, nº 2, p 21-29. 2006.
- CARNEIRO, B. V. **Propriedades psicométricas da OAS – Observer Alexithymia Scale**: versão brasileira. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.
- CARNEIRO, B. YOSHIDA, E. Alexitimia: uma revisão do conceito. In: **Psicologia.: Teoria e Pesquisa**. vol.25 no.1 Brasília Jan./Mar. 2009
- CASSETO, S. J. Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. In: **Psyquê**, ano X, nº 17, p. 121-142. São Paulo, 2006.

CASTELLI, A; SILVIA, M. "Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo..."- compreendendo a Doença de Chron. In: **Revista escolar de enfermagem USP** vol.41 no.1 São Paulo Mar. 2007.

CREED F, BARSKY A. A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. In: **Journal of Psychosomatic Res**, n.56, p. 391-408, 2004.

CUNHA, J. A. A história do examinando. In: **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAMIÃO, A. MORAES-FILHO, J. Diagnóstico e tratamento da síndrome do intestino irritável. In: *Psiquiatria na prática médica*. v.34, n. 2. São Paulo, 2001.

DEJOURS, C. Biologia, psicanálise e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C.A. **Psicossoma II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

DEJOURS, C. As doenças somáticas: sentido ou sem-sentido? In: **Pulsional**, Revista de Psicanálise. n. 18, p. 26-41. São Paulo, 1999.

DIAS, C. **Aventuras de Ali-Babá nos túmulos de Ur**. Ensaio psicanalítico sobre somatopsicose. Fenda Edições Ltda.

DROSSMAN, D. A. Os distúrbios gastrointestinais funcionais e o processo ROMA III, In: **Capítulos selecionados dos critérios de ROMA III: os distúrbios gastrointestinais funcionais**. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

FARTHING, M. J. G. Irritable bowel, irritable body or irritable brain. **BMJ**, 1995.

FARAVELLI C. Life events preceding the onset of panic disorder. In: **J Affect Disord**. n. 9, v. 1, p. 103-5.1985

FERNANDES, M. H. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: **Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial**, Rio de Janeiro, 2003

FERRAZ, F.C. Das neuroses atuais à Psicossomática. In: FERRAZ F.C. VOLICH R.M., (orgs.) **Psicossoma I – Psicanálise e Psicossomática**, S. Paulo, Casa do Psicólogo, 1997 (2a Edição, 2005).

FIGUEIRA, I.; NARDI, A.E.; VERSIANI, M. - Diagnóstico e tratamento dos transtornos somatoformes. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n.48, p. 35-42, 1999.

FINK P, ROSENDAL M, OLESEN F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. In: **Aust NZ J Psychiatry**, v. 39 n. 9, p. 772-81, 2005.

FONSECA, F. C. A. COELHO, R. Z. NICOLATO, R. MALLOY-DINIZ, L. F. SILVA FILHO, H. C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. In: **J. bras. psiquiatr.** vol.58 no.2. Rio de Janeiro, 2009.

FRANCISCONI, C. F. M (org). **Capítulos selecionados dos critérios de Roma III: os distúrbios gastrointestinais funcionais**. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. 1996

. _____Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas, 1893.

_____As neuropsicoses de defesa, 1894.

_____ Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia, 1895.

_____Estudos sobre a histeria, 1895.

_____ Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa, 1896.

_____ A sexualidade na etiologia das neuroses, 1898.

_____ A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão, 1910.

_____Algumas lições elementares de Psicanálise, 1940.

GALLACHER JEJ, SWEETNAM PM, YARNELL JWG, ELWOOD PC, STANSFELD SA. Is type A behavior really a trigger for coronary heart disease events? In: *Psychosom Med*. N. 65, 2003.

GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB, GOLDBERG DP. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. In: **American Journal of Psychology**, n.8154, p. 989-995, Washington DC, 1997.

HINSIE, L.E, CAMPBELL, R.J. **Psychiatric dictionary**. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1960.

KNOBLOCH. **O tempo do traumático**. São Paulo: Escuta, 1998.

KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY III FV, HAHN SR, LINZER M, WILLIAMS JBW, BRODY D, DAVIES M. Multisomatoform disorder - an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. In: **Arch Gen Psychiatry**, n.54, p.352-8, 1997.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LIPOWSKI,Z.J. "What does the word Psychossomatic" really mean? A Historical and Semantic Inquiry, In: **Psychosomatic Medicine**. vol 46, no.2, 1984.

LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic medicine: past and present. Current state. In: **Am. Journal Psychiatry**, n. 38. 1986.

LOWENKRON, T. A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico. In: **Rev. bras. psicanál** v.43 n.3 São Paulo set. 2009.

MARKS, I.; LADER, M. Anxiety states (anxiety neuroses): a review. In: **J Nerv Ment Dis** n. 156, p. 3-18, 1973.

MARTY, P. **A Psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P; M'UZAN, M. O pensamento operatório. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**. v. 28, p. 165-174, São Paulo, 1994.

MAYOU R, KIRMAYER LJ, SIMON G, KROENKE K, SHARPE M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. In: **Am J Psychiatry**, n.162, p. 847-55, 2005.

MCDUGALL, J. The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. In: **Psychoanalytic Quarterly**, v.53, pp.386-409. 1984

MCDUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo. O psicossoma em Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. 1a. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MIJOLLA, A. *Dicionário Internacional de Psicanálise: conceitos, noções, biografias, eventos e instituições*. Rio de Janeiro: Imago, 2005

MISZPUTEN SJ, ANDRÉ EA, FRANCISCONI CF. **Síndrome do Intestino Irritável - SII**. São Paulo: Lemos Editorial 2002.

MURRAY, H. A. **Teste de Apercepção Temática (TAT)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

NEMIAH, J. SIFNEOS, P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: **Modern trends in psychosomatic medicine**. V. 2. Londres: Butterworth press. 1970.

PEDINIELLI, J. L., & ROUAN, G. **Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique**. *Encycopédie Médico-Chirurgicale* , n 20, 1998.

PEREIRA, M. C. **Psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo: Escuta, 2003.

PORCELLI, P. SONINO, N. et al. **Psychological Factors Affecting Medical Conditions – A new classification for DSM V**, ISSN 0065-3268, Editora Karger, Basel, Switzerland, 2007.

PRADO, M.A.P. **Estudo sobre o impacto psicológico da intercorrência cirúrgica: trauma e seus efeitos pós-traumáticos**. Aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário e pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, p. 14, 2004

PRAZERES, N. **Alexitimia: uma forma de sobrevivência**. In: *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Jan-Jun, v. 2. Porto:Portugal, 2000.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE. Introductory statement - The editors. vol. 1, no.1, january, 1939.

ROCHA, F. Introduzindo o tema: A linguagem do corpo. Reflexões 2. In: **Revista IDE**, nº. 19, p102-108. São Paulo, 1989

ROSENMAN, RH et al. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8.5 years. In: **JAMA** vol. 233, 1975.

SIFNEOS, P.E. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. In: *Psychother Psychosom*, n. 22, p. 255-262, 1973.

SIFNEOS, P.E. APFEL-SAVITZ, R. FRANKEL, F. H. The phenomenon of “alexithymia”. In: **Psychterapy Psychossomatics**, n. 28, 1977.

SIFNEOS, P. E. Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. In: **Psychotherapy and Psychosomatics**, 56, 116-122, 1991.

SILVA, E. F. **Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira**: manual de aplicação e interpretação. Fundação Getúlio Vargas; 1984

SILVA, M.C.V.M, **TAT**: aplicação e interpretação do teste de apercepção temática. EPU, São Paulo, 1989.

SCOCCO P, BARBIERI I, FRANK E. Interpersonal problem areas and onset of panic disorder. In: **Psychopathology**. n. 40, v. 1, p. 8-13. 2007

TAYLOR, G. Psychossomatics and self-regulation. In: BARRON, J.W, EAGEL, M. N., & WOLITZKY, D. L. Interface of psychoanalysis and psychology. American Psychological Association, Washington, DC: 1992.

TAYLOR, G. BAGBY, R. PARKER, J. **Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness**. Reino Unido: Cambridge University Press, 1997.

VOLICH ,R. M. **Psicossomática**: de Hipócrates à psicanálise, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VALENTE, G. B. RODRIGUES, A. L. Psicossomática e Psicanálise: uma história em busca de sentidos. In: **anais do XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática**. Porto Alegre: ABMP-RS, 2010.

WEINRYB, R. Alexithymia: old wine in new bootles? In: **Psychoanalysis and contemporary thought**. V. 18, n. 2, 1995.

WERLANG, B. G. TAT, conforme o modelo de Bellak. In: **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

WHITEHEAD, W. E. BOSMAJIAN, L. ZONDERMAN, A. B. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinic samples. In: **Gastroenterology**, n. 95 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

YOSHIDA, E. M. P.. Toronto Alexithymia Scale - TAS: precisão e validade da versão em português. In: **Psicologia. Teoria e Prática**, v. 2, n. 1, p. 59-74, 2000.

ANEXOS

No protocolo de pesquisa como critérios de inclusão:

- 1) Carta de solicitação do laudo ao médico atestado que o paciente é portador de Síndrome do Intestino Irritável (SII), incluindo os critérios diagnósticos de Roma III.
- 2) Carta de solicitação do laudo ao médico atestado que o paciente é portador de Transtorno de Pânico (TP), incluindo os critérios diagnósticos para pesquisa do CID-10.
- 3) Termo de consentimento livre e esclarecido.

Entrevista semi-dirigida

- 4) Protocolo de entrevista semi-dirigida,

Questionários:

- 5) Toronto Alexithymia Scale (TAS)
- 6) Observer Alexithymia Scale (OAS)
- 7) Entrevista para Personalidade tipo A

Análise das respostas do TAT

- 8) Sujeito 1 – Juliana
- 9) Sujeito 2 – Márcia
- 10) Sujeito 3 – Sílvia
- 11) Sujeito 4 – Alberto
- 12) Sujeito 5 – Irene

1) CARTA DE SOLICITAÇÃO DO LAUDO AO MÉDICO ATESTADO QUE O PACIENTE É PORTADOR DE SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL (SII), INCLUINDO OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA III

Prezado(a) Doutor(a):

O (a) paciente _____, em função de seu quadro gastrointestinal, pode ser incluído(a) em pesquisa clínica que pretende avaliar aspectos psicológicos em pacientes portadores de Síndrome do Cólon Irritável ou Síndrome do Intestino Irritável (SII). Solicitamos do(a) senhor(a) um atestado (relatório) médico que confirme ou não tal diagnóstico do(a) paciente, segundo o consenso para o diagnóstico da SII, conhecido como Critérios de Roma III, abaixo relacionados:

Dor ou desconforto abdominal recorrente pelo menos 2 dias/semana, nos últimos 3 meses, com início do sintoma pelo menos 6 meses antes do diagnóstico, associada com dois ou mais dos seguintes:

1. Melhora com a defecação;
2. Início associado com mudança na frequência das evacuações;
3. Início associado com mudança do formato (aparência) das fezes.

Antecipadamente agradecemos e nos colocamos a disposição para outros e maiores esclarecimentos, se porventura achar necessário.

São Paulo, ____/____/____.

Guilherme Borges Valente

Mestrando em Psicologia Clínica do IP-USP - CRP-6097/09

Fone para contato (11) 6428 6050

Orientador:

Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

Médico – Prof. Dr. Depto. Psicologia Clínica IP-USP

Fone para contato: (11) 3285-2420

2) CARTA DE SOLICITAÇÃO DO LAUDO AO MÉDICO ATESTADO QUE O PACIENTE É PORTADOR DE TRANSTORNO DE PÂNICO (TP), INCLUINDO OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA PESQUISA DO CID-10

Prezado (a) Doutor (a):

O (a) paciente _____, em função de seu quadro de transtorno de pânico, pode ser incluído(a) em pesquisa clínica que pretende avaliar aspectos psicológicos em pacientes portadores de Transtorno de Pânico. Solicitamos do(a) senhor(a) um atestado (relatório) médico que confirme ou não tal diagnóstico do(a) paciente, segundo os critérios diagnósticos para pesquisa do CID-10, abaixo relacionados:

F41.0 – Transtorno de Pânico

- A. Ataques recorrentes de pânico, que não são consistentemente associados com uma situação ou objeto específico, e freqüentemente ocorrem espontaneamente (i.e. episódios são imprevisíveis). Os ataques de pânico não são associados a esforço físico acentuado ou com a exposição a situações de perigo ou risco de vida.
- B. Um ataque de pânico é caracterizado por todos os seguintes:
 - (a) é um episódio discreto de intenso medo ou desconforto;
 - (b) inicia abruptamente;
 - (c) atinge um crescendo dentro de alguns minutos e dura pelo menos alguns minutos;
 - (d) pelo menos quatro sintomas devem estar presentes na lista abaixo, um dos quais deve ser dos itens (1) a (4):

Sintomas de excitação autonômica

- (1) Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- (2) Transpiração;
- (3) Tremor ou agitação;
- (4) Boca seca (não devido a medicação ou desidratação);

Sintomas relativos ao tórax e abdômen

- (5) Dificuldade em respirar;
- (6) Sensação de asfixia;
- (7) Dor no peito ou desconforto
- (8) Náuseas ou dor abdominal (ex: agitação no estômago)

Sintomas relativos ao cérebro e mente

- (9) Sentindo-se tonto, instável ou fraco;
- (10) Sentimentos que os objetos são irreais (desrealização) ou que a si mesmo é distante ou "não está realmente aqui" (despersonalização);
- (11) Medo de perder o controle ou enlouquecer;
- (12) Medo de morrer;

Sintomas gerais

- (13) Ondas de calor ou calafrios;
- (14) sensações de dormência ou formigamento.

C. Critérios de exclusão mais comumente utilizados: não devido a uma doença física, transtorno mental orgânico (F0), ou outros transtornos mentais como esquizofrenia e transtornos relacionados, (F20-29), transtornos afetivos (F30-39) ou transtornos somatoformes (F45).

Antecipadamente agradecemos e nos colocamos a disposição para outros e maiores esclarecimentos, se porventura achar necessário.

São Paulo, ____/____/____.

Guilherme Borges Valente

Mestrando em Psicologia Clínica do IP-USP - CRP-6097/09

Fone para contato (11) 6428 6050

Orientador:

Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

Médico – Prof. Dr. Depto. Psicologia Clínica IP-USP

Fone para contato: (11) 3285-2420

3) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. Nome.....

Documento de identidade nº..... sexo: M ☐ F ☐

Data de nascimento...../...../.....

Endereço.....

.....

Bairro..... Cidade.....

Estado.....

CEP..... Telefone: DDD (.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

- TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: “A questão da simbolização na Psicossomática: estudo de pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico”
- PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Dr. Avelino Luiz Rodrigues (Prof. Dr. do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP)
- PESQUISADOR: Guilherme Borges Valente
- Avaliação do risco da pesquisa: A participação no estudo não oferece risco para os entrevistados.
- Duração da pesquisa: 2 anos

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

O objetivo deste trabalho é avaliar os aspectos psicológicos em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável e em pacientes com Transtorno de Pânico, levando em conta suas histórias de vida, características emocionais, percepções e formas de lidar com conflitos. Com isso, visamos colaborar para uma melhor compreensão de tais aspectos presentes em tais transtornos, buscando fornecer subsídios para melhorar a abordagem a tais pacientes

O participante irá participar de entrevista, responder questionários e realizar teste psicológico. A participação na pesquisa ocorrerá em três encontros, com duração de aproximadamente 60 minutos, a serem marcadas conforme acorde entre o participante e o pesquisador, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Nos dois primeiros encontros, será realizada a aplicação da entrevista e questionários, sendo gravada em áudio para posterior transcrição e análise, tendo acesso as gravações apenas os pesquisadores; no terceiro encontro, o pesquisador irá fornecer e explica a avaliação feita.

Caso eventualmente surja algum desconforto emocional, este será trabalhado na própria entrevista, pelo pesquisador. Caso haja necessidade e desejo de realizar um acompanhamento psicoterapêutico, o participante poderá ser encaminhado posteriormente para um profissional de saúde mental do próprio hospital.

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Com a assinatura deste termo estará garantido para você, a qualquer tempo:

- O acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas;
- A liberdade de retirar seu consentimento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência no hospital;
- A salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;

V – OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

- Caso haja intercorrência da saúde decorrente da pesquisa, o participante será atendido no hospital segundo o critério de assistência do mesmo. Se houver necessidade de atendimento de maior complexidade, o participante será encaminhado ao profissional de saúde mental responsável pela unidade em questão.

VI – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS OU PARA ESCLARECIMENTOS DE DÚVIDAS.

- Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues
Tel. 3091-4911

Depto. de Psicologia Clínica – IPUSP

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco F

CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo
- Guilherme Borges Valente
Tel. 3062-3049

Al. Jaú, 1717, casa 07 – Jardim Paulista

CEP 01420-040 São Paulo – SP

VII – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante da pesquisa

Dr. Avelino Luiz Rodrigues
Pesquisador responsável
Prof. Dr. do Depto. de Psicologia Clínica
do Instituto de Psicologia da USP

4) PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA

1. Dados Pessoais

Nome: _____

Idade: _____

Diagnóstico Médico: _____

Estado Civil: _____

Nascimento: __/__/__

Naturalidade: _____

Escolaridade: _____

Telefones para contato: _____

Nº do prontuário ou de inscrição no serviço _____

Encaminhado por: _____

2. Roteiro de Entrevista

2.1 História de vida (biografia)

- condições de nascimento;
- condições pós-natais ou dados do desenvolvimento precoce;
- Sintomas neuróticos na infância (medo, pesadelos, conduta anti-social, conduta impulsiva, hiperatividade, agressividade, enurese, etc)
- Escolaridade e Profissão (começo, evolução, rendimento, aptidões, dificuldades, relação com professores e colegas, amizades, jogos preferidos, escolha da profissão, etc)
- Lembranças significativas

- Pessoas significativas na infância e Adolescência
- Adolescência e puberdade
- Relação estabelecida com o corpo
- Trabalho e relações com o ambiente profissional
- Estrutura familiar (pais casados/separados, ordem de nascimento, irmãos):
GENETOGRAMA

- Papéis desempenhados no núcleo familiar? É o provedor?
- História afetiva (casamento, cônjuge, filhos, relações familiares)
- Relacionamentos sociais e estilo de vida.

2.2 História da enfermidade

- Circunstâncias de vida quando surgiu a enfermidade
- O que esta doença representou na sua vida? O que significa para você esta doença?
- Que conseqüências/repercussões teve sobre sua vida e relações afetivas/familiares?
- Como é sua relação com a equipe médica que o atende?
- Quais são as informações que você tem a respeito de sua doença?
- Como você acha que será sua evolução?
- Como está o uso da medicação e aceitação das orientações médicas?
- Investigar tratamentos anteriores e o atual.
- Investigar o decurso da doença: internações (período e causa), medicações e reações a ela.
- Investigar comorbidades
- Investigar antecedentes familiares com a mesma doença
- Investigar episódios de depressão, ansiedade, pânico, ou outro transtorno mental. Fez algum tipo de tratamento Psiquiátrico / Psicológico? Qual? Porque?

3. Observação do entrevistado

- apresentação, comportamento, aparência geral
- atenção e orientação
- organização do pensamento
- observar a maneira como o paciente se coloca
- o que é priorizado no relato dele
- qual o tipo de relação é estabelecida com o entrevistador (transferência e contratransferência)

5) TORONTO ALEXITHYMIA SCALE (TAS)

Escala de Alexitimia de Toronto

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

- 1- Discordo inteiramente (DI),
- 2- Discordo (D),
- 3- Eu não sei (NS)
- 4- Concordo (C)
- 5- Concordo plenamente (CP)

Itens	DI	D	NS	C	CP
1. Quando choro sempre sei por quê.					
2. "Sonhar acordado" é uma perda de tempo.					
3. Gostaria de não ser tão tímido.					
4.Freqüentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.					
5. Freqüentemente fico "sonhando acordado" sobre o meu futuro.					
6. Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.					
7.Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.					
8. É difícil para eu encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.					
9. Eu gosto de mostrar às pessoas do que preciso.					
10. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.					
11. Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por quê e como elas funcionam.					
12. Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.					
13. Prefiro analisar problemas em vez de apenas descrevê-los.					
14. Quando estou chateado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.					
15.Uso um bocado minha imaginação.					

16. Fico um tempão sonhando acordado sempre que não tenho nada para fazer.					
17. Frequentemente fico cismado com sensações em meu corpo.					
18. Raramente sonho acordado.					
19. Prefiro deixar as coisas acontecerem em vez de entender por que elas acontecem daquele jeito.					
20. Tenho sentimentos que mal posso identificar.					
21. Estar em contato com as emoções é essencial.					
22. É difícil para eu descrever como me sinto em relação às pessoas.					
23. As pessoas falam para eu descrever mais os meus sentimentos.					
24. Deve-se procurar por explicações mais profundas.					
25. Não sei o que acontece dentro de mim.					
26. Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.					

6) OBSERVER ALEXITHYMIA SCALE (OAS)

OBSERVER ALEXITHYMIA SCALE (OAS) – M.G. HAVILAND, Ph.D., 2000

Por favor, use a escala a seguir para cada item:

0 – Nunca.

1 - Algumas vezes, um pouco.

2 – Muito, quase sempre.

3 - Todo o tempo, sempre.

A Pessoa

Faça um círculo

1. É uma boa companhia; é agradável.	0	1	2	3
2. Fica desorientada quando as coisas estão muito difíceis.	0	1	2	3
3. Se preocupa muito com a saúde.	0	1	2	3
4. É divertida, alegre.	0	1	2	3
5. É controlada demais; se controla muito.	0	1	2	3
6. Tem pena dos outros; tem o coração mole.	0	1	2	3
7. Tem bom relacionamento com os outros.	0	1	2	3
8. Fica confusa em situações muito difíceis; não sabe o que fazer.	0	1	2	3
9. Reclama muito de dor.	0	1	2	3

10. Conta piadas e está sempre brincando.	0	1	2	3
11. É muito sistemática; é "muito certinha".	0	1	2	3
12. Tem um bom coração; é sensível.	0	1	2	3
13. Fica chateada (nervosa) quando não entende bem o que está acontecendo.	0	1	2	3
14. Está sempre preocupada e procurando ajuda para tratar da saúde .	0	1	2	3
15. É brincalhona.	0	1	2	3
16. É rígida; é difícil lidar com ela.	0	1	2	3
17. Gosta da companhia das pessoas.	0	1	2	3
18 . Gosta de falar sobre o que está sentindo.	0	1	2	3
19 . Sente emoções fortes que não consegue por para fora.	0	1	2	3
20 . É imaginativa ; criativa.	0	1	2	3
21 . Parece que não tem rumo na vida; parece não ter plano para o futuro.	0	1	2	3
22 . Tem problemas físicos que são difíceis de tratar.	0	1	2	3
23 . É “chata”; cansativa.	0	1	2	3
24 . É flexível; é fácil lidar com ela.	0	1	2	3

25 . Gosta de ter amigos com quem pode contar.	0	1	2	3
26 . Ela se conhece bem.	0	1	2	3
27 . Quando fica chateada (preocupada) tem dor de cabeça, dor de estômago, sua,tem dor no corpo.	0	1	2	3
28 . É "sem graça"; "sem sal nem açúcar".	0	1	2	3
29 . Gosta de contato físico; de ser tocada e de tocar nos outros.	0	1	2	3
30 . Tem dificuldade em achar as palavras certas para dizer o que está sentindo.	0	1	2	3
31 . Vê as coisas apenas como "oito ou oitenta"; não tem meio termo.	0	1	2	3
32 . Compreende bem suas próprias necessidades.	0	1	2	3
33 . Deixa para depois as coisas boas da vida, mesmo quando não precisa.	0	1	2	3

7) ENTREVISTA PARA PERSONALIDADE TIPO A

Entrevista para os Critérios de Diagnóstico para Personalidade tipo A

- A. 1. Você freqüentemente permanece no trabalho depois do seu horário normal para terminar atividades sujeitas a prazos, onde você se sente particularmente responsável?

SIM ☐

NÃO ☐

2. Você freqüentemente tem um forte senso de urgência para terminar atividades que você iniciou (quer no trabalho ou não)?

SIM ☐

NÃO ☐

3. O paciente tem um discurso rápido e explosivo, movimentos corporais e gestos com as mãos abruptos, e tensão dos músculos faciais?

SIM ☐

NÃO ☐

4. Quando você sente um forte senso de urgência, você se torna agressivo com as pessoas a sua volta?

SIM ☐

NÃO ☐

5. Você se sente freqüentemente irritável?

SIM ☐

NÃO ☐

6. Você está propenso a andar, se mover, agir, e gesticular muito rápido?

SIM ☐

NÃO ☐

7. Você sente que tem várias idéias e pensamentos ao mesmo tempo?

SIM ☐

NÃO ☐

8. Você sente que é muito ambicioso no trabalho, desejando por conquistas e mais reconhecimento do que as outras pessoas?

SIM ☐

NÃO ☐

9. Você se sente em competição com outros colegas?

SIM ☐

NÃO ☐

(Se menos de cinco SIM, pule “Personalidade do Tipo A”)

B. Você tem sintomas físicos, tais como palpitação, transpiração, dores musculares e estomacais, desordens intestinais, e /ou respiração acelerada?

SIM ☐

NÃO ☐

Diagnostico: A (no mínimo cinco características) = sim + B = sim

8) SUJEITO 1 – JULIANA

História no.: 1

Figura no.: 1

1. Tema:

TL: 13s. TT: 2:45min - Um menino. É um livro? Nossa, é um violino! Eu achando que era um livro. Para você ver como eu enxergo bem. Um menino, ele está muito triste, ele vai ter uma apresentação e não vai poder ir... Aconteceu um imprevisto na família dele, a apresentação não é na cidade e não tem como ele ir... A mãe... dele acabou perdendo o pai, por isso não vai poder levar ele. Ao mesmo tempo que ele está triste pelo avô que perdeu, ele está triste porque não vai apresentar. Mas a professora falou para ele ficar tranquilo pois vai ter outra apresentação e nessa ele vai poder. Para ele não se preocupar com isso.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um menino muito triste pois não vai poder ir numa apresentação	(Se um) menino não consegue se apresentar/aparecer/fazer o que quer, fica muito triste	Dificuldade de lidar com a frustração. Exibicionismo e vontade de ser notada. Conflito entre seu narcisismo e as vicissitudes do meio.
porque aconteceu um imprevisto na família, a mãe perdeu o pai e não vai poder levar ele,	Os imprevistos familiares são impeditivos por problemas de saúde/vida de parentes	Contexto familiar conturbado por problemas de saúde de parentes (irmã da Juliana/ e ela mesma). Agressividade. Desejo de morte da irmã. Sentimento de abandono: relegada a segundo plano.
a apresentação não é na cidade	Assim como o local do evento,	Desejo de fuga do contexto familiar
e ele não vai poder ir.	E ele não vai poder ir.	Impotência
Está triste pela perda do avô e por não poder ir se apresentar.	Problema familiar que impede a apresentação de um crescimento.	Ambiguidade emocional em relação aos problemas familiares, que a entristece mas que também é visto como empecilho
A professora falou para ficar tranquilo pois vai ter outra apresentação na qual vai poder ir.	É falado para ele suportar a frustração pois depois ele terá o que quer	Exigências maiores que o meio familiar pode proporcionar no momento no momento - frustração. Expectativa da satisfação postergada – resiliência.
Dificuldade em enxergar o violino	Dificuldade em enxergar a si	Auto-estima frágil

2. Herói

Idade: Criança **Sexo:** Masc **Vocação:** Tocar violino

Interesses: Apresentar-se **Traços:** Tristeza, frustração

Imagem corporal e/ou auto-imagem: frágil

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** apresentar-se (ser visto e admirado)

Influência dinâmica: rejeição

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** Mãe, professora, perda do avô, perda da apresentação

Implicando necessidades de ou para: reconhecimento, agressão, acolhimento

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** violino

- d. **Implicando necessidades de ou para:** reconhecimento

4. **Concepção do ambiente:** Conturbado, frustrador, perda

5. **Conflitos significativos:** reconhecimento, problemas familiares – problemas próprios

6. **Ansiedades:** abandono, privação, impotência

7. **Mecanismos de defesa:** negação, projeção, deslocamento, racionalização

8. **Adequação do superego:** atuante

9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 2

Figura no.: 2

1. Tema:

TL: 5s. TT: 2:15min - Ela é uma professora que mora numa fazenda e ela ensina as pessoas que trabalham lá. Ela não gosta das injustiças que tem e as diferenças sociais... Ela foi para a cidade estudar e ela voltou para ensinar o povo. Aqui é interior, ela voltou para ensinar, desde pequenininha ela queria isso, acabar com essas diferenças. Ao mesmo tempo em que ela fica preocupada pois não são todos que aceitam, ela fica feliz com o desenvolvimento de outros.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma professora mora na fazenda e ensina as pessoas que lá trabalham.	(Se uma) pessoa com um saber mora num lugar menos privilegiado, ela ensina as pessoas do local	Insatisfação (representada por si mesma) projetando no meio familiar. (Tentativa de mudança do meio familiar. Determinação. Narcisismo.
Não gosta das injustiças e das diferenças sociais	Não gosta das injustiças e das diferenças sociais	Sente-se injustiçada e negativamente diferenciada
Foi para a cidade estudar e voltou para ensinar o povo. Desde pequena ela queria acabar com as diferenças	E desde pequena quer acabar com essas diferenças	Desde criança sente-se injustiçada e insatisfeita com o meio familiar. Desejo de reconhecimento de suas capacidades
Fica preocupada pois não são todos que aceitam e feliz com o desenvolvimento dos outros	Preocupada com a rejeição e contente com o progresso de outros	Ambiguidade em relação ao contexto familiar. Conflito entre o sentimento de rejeição X felicidade do outro (irmã)

2. Herói**Idade:** Adulto **Sexo:** Femin **Vocação:** Ensinar**Interesses:** Acabar com as injustiças **Traços:** determinação, insatisfação com o meio**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** injustiçada**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** ensinar as pessoas**Influência dinâmica:** insatisfação com o meio, narcisismo**Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** pessoas injustiças e diferenças**Implicando necessidades de ou para:** reconhecimento familiar**b. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** trabalhador e mulher**Implicando necessidades de ou para:** negação da situação familiar**4. Concepção do ambiente:** Injusto e desigual

5. **Conflitos significativos:** sentimento de rejeição x felicidade do outro, necessidade de reconhecimento x contexto familiar
6. **Ansiedades:** abandono, privação, persecutoriedade
7. **Mecanismos de defesa:** projeção, idealização, negação
8. **Adequação do superego:** adequada
9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 3**Figura no.: 3RH****1. Tema:**

TL: 2s. TT:3:42 min - Que isso? (25s) Essas figuras são muito difíceis de interpretar. A pessoa está chorando muito de raiva. Ela está fazendo um trabalho e não deu certo... Nossa, tá complicado de inventar uma resposta. Ela fez um trabalho que não deu certo... e falou que a vida dela acabou, não vai fazer mais nada, ia largar tudo, ia desistir. Deram um trabalho muito importante para ela e ela não podia errar... E ela fez o escândalo todo, e chorou, aí acabou dormindo e passou. Aí depois ela ficou bem. Dormiu sentada no chão com a cabeça no banco... Essa figura está meio estranha, tem uma tesoura ali... vai que a pessoa é louca? Sei não. A minha prima já tentou se matar duas vezes, mas eu não teria coragem não, nem cogito a idéia. (O que ela fez que não deu certo?) Perdeu os dados do trabalho de TCC.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A pessoa está chorando muito de raiva	(Se uma) pessoa está com muita raiva, ela chora	Forte agressividade
Pois está fazendo um trabalho que não deu certo	Pela frustração de um trabalho que não deu certo	Frustração, impotência
E falou que a vida dela acabou, não vai fazer mais nada, largar tudo e desistir	E acha que deve perder a vida e desistir de tudo	Intra-agressão, auto-punição, superego rígido e sádico, impotência, impossibilidade de reparação
Fez o escândalo, chorou, acabou dormindo e passou. Aí ela ficou bem	Após o desespero, dorme e fica bem.	labilidade emocional, passividade, superego rígido, conflito entre sua emoção X necessidade de estar bem
A pessoa pode ser louca e tem uma tesoura. História da prima	A pessoa pode perder o controle e usar a tesoura. Associação com a prima	Medo de perda de controle. Ideação suicida

2. Herói**Idade:** Adulto**Sexo:** Feminino**Vocação:** Estudar**Interesses:** fazer o TCC**Traços:** impotência e ideação suicida**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** impotente**3. Necessidades do herói:**

a. **Necessidades comportamentais do herói:** chorar, desistir de tudo e depois ficar bem

Influência dinâmica: depressão, ideação suicida, impotência, auto-agressão, punição

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** trabalho que não deu certo, prima

Implicando necessidades de ou para: punição, sentimento de culpa

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: tesoura

Implicando necessidades de ou para: punição, castração

- 4. Concepção do ambiente:** Exigente
- 5. Conflitos significativos:** cobrança X impotência, perda de controle
- 6. Ansiedades:** impotência, baixa auto-imagem, persecutoriedade
- 7. Mecanismos de defesa:** negação, projeção, racionalização
- 8. Adequação do superego:** severo e sádico
- 9. Integração do ego:** fraca

História no.: 4

Figura no.: 4

1. Tema:

TL: 21s.TT:2:31min - Eles estão numa festa, num casamento. Estavam preparando há um ano esse casamento, da irmã dela. Todo mundo feliz, dançando, brincando, comemorando com a data. Ele fica enciumado porque tem um outro olhando para ela... e acaba com a festa. Ela fica muito chateada porque ele acabou com a festa e acaba pedindo um tempo no namoro, para esfriar a cabeça, para ver se consegue perdoar... Ela tenta segurar ele, para não brigar. Ele não quer, é cabeça dura. Tem muita imagem? Não sou muito boa de histórias.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Festa de casamento da irmã da mulher que há um ano vem sendo preparada. Estão todos felizes. Ele fica enciumado porque tem um outro olhando para ela, e acaba com a festa	(Se a) mulher é olhada numa situação de atenção da irmã, o homem acaba com a festa	Agressividade. Ciúme. Deseja ser notada, mas não se permite. Ser notada significa acabar com a felicidade da irmã. Relação heterossexual
Ela fica muito chateada pois ele acabou com a festa e pede um tempo no namoro para esfriar a cabeça e tentar perdoar.	Ela fica chateada com o fim da atenção voltada para a irmã e precisa de tempo para se perdoar	Sentimento de culpa.
Ela tenta segurar ele para não brigar, ele não quer pois é cabeça dura	Ambiguidade entre querer se mostrar e querer preservar a atenção da irmã	Conflito entre a necessidade de atenção para a irmã x necessidade de atenção para si

2. Herói**Idade:** Adulto **Sexo:** Femino/masculino**Interesses:**atenção**Traços:** ciúmes/raiva (tentativa de não brigar, mas sua raiva é grande)**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** ambivalente (calma e submissa , mas também agressiva)**3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** ser/não ser notado, estragar que a irmã tem de bom já que mais uma vez ela está em 2º plano

Influência dinâmica: Conflito entre a necessidade de atenção para a irmã x necessidade de atenção para si, sentimento de culpa, raiva.

- b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** irmã, casamento da irmã, ciúme, outro homem, pessoas felizes, dançando, brincando, comemorando

Implicando necessidades de ou para: reconhecimento, atenção, ganho secundário

- c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** mulher ao fundo

Implicando necessidades de ou para: negação da sexualidade

- 4. Concepção do ambiente:** ambivalente, ela é colocada em segundo plano (numa festa, casamento. Todo mundo feliz, dançando, brincando, comemorando)
- 5. Conflitos significativos:** necessidade de atenção para a irmã x necessidade de atenção para si, ciúmes (amor X raiva)
- 6. Ansiedades:** perda de controle, sexualidade, punição
- 7. Mecanismos de defesa:** projeção, negação, repressão, cisão
- 8. Adequação do superego:** severo
- 9. Integração do ego:** frágil

História no.: 5

Figura no.: 6MF

1. Tema:

TL: 1s. TT: 2:00 min - Que isso? (12s) Ela estava vendo televisão. Não sei se existia televisão. Ela estava assistindo televisão, esperando o marido chegar do trabalho, já tinha feito a comidinha dele, daí ele não avisa que está voltando para casa e faz uma surpresa para ela. Ela está distraída, ele chega por trás e ela toma o maior susto. Fica espantada: - Nossa, o que isso aqui? Aí ele fala que chegou, queria fazer uma surpresa e queria levar ela para jantar... Daí ela fala que fez a comida dele preferida, que eles saíam para jantar no dia seguinte, naquele dia não dá. Tinha feito a comida preferida dele. Daí eles jantam na casa deles mesmo.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A mulher estava assistindo TV, já tinha feito a comida do marido, e está esperando ele chegar do trabalho	(Se uma) mulher está esperando o marido chegar em casa, já fez a comida dele, quer agradar o marido	Submissão. Tentativa de agradar. Manipulação. Relação heterossexual
Ele não avisa que está voltando para casa e faz uma surpresa para ela. Ela está distraída, ele chega por trás e ela se assusta	Ela é surpreendida mesmo quando faz algo de bom	Perda de controle. Instabilidade nas relações
Ele queria levar ela para jantar, mas ela fala que tinha feito a comida preferida dele e que naquele dia não dá. Jantam na casa dele e deixam para sair outro dia	Prefere que seja valorizado aquilo de bom que ela faz	Necessidade de reconhecimento e valorização. Tentativa de controle

2. Herói**Idade:** Adulto **Sexo:** Femin **Vocação:** fazer comida**Interesses:** Atenção e valorização **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** de dona de casa**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** fazer a comida do marido e jantar com ele**Influência dinâmica:** necessidade de reconhecimento, controle**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** TV, jantar**Implicando necessidades de ou para:** reconhecimento**Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** -

Implicando necessidades de ou para: -

4. **Concepção do ambiente:** ambivalente
5. **Conflitos significativos:** submissão, reconhecimento
6. **Ansiedades:** necessidade de reconhecimento e controle, persecutoriedade
7. **Mecanismos de defesa:** formação reativa, repressão
8. **Adequação do superego:** adequado
9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 6

Figura no.: 7MF

1. Tema:

<p>TL: 6s TT: 1:30 min - A menina está muito brava porque a mãe dela começou a trabalhar e não vai ter muito tempo para ela. Aí como ela é muito nova, não pode ficar sozinha, contrata uma babá. Mas ela quer a mãe dela, não quer a babá. Ela faz cara feia, maltrata a babá. Depois de um tempo a mãe dela fica cansada, por causa do trabalho. Manda a babá embora, larga o emprego para ficar com ela. Ela também não agüenta ficar longe de casa. Ela não conversa com a babá, mas ela gosta da babá, mas sente muita saudade da mãe. Não aceita que a mãe trabalhe e fique longe dela.</p>		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A menina está muito brava porque a mãe dela começou a trabalhar e não vai ter muito tempo para a filha. Contrata a babá, mas quer a mãe e maltrata a babá	(Se uma) menina está brava pois a mãe não vai ter tempo para ela. Coloca outra pessoa para cuidar da menina	Sentimento de abandono. Agressividade. Carência. Dependência
Depois de um tempo a mãe fica cansada do trabalho, larga o emprego para ficar com a filha e manda a babá embora	A mãe acaba por deixar as obrigações de lado para atender a sua vontade e a da filha	Obrigações deixadas de lado para atender às vontades. Desejo de acolhimento pela mãe. Relação fusional com a mãe
A menina gosta da babá, mas sente saudade da mãe	Destrata as pessoas que cuidam dela para receber atenção da mãe.	Agressividade.
Não aceita que ela trabalhe e fique longe dela	Não aceita o abandono da mãe	Dependência. Tentativa de controle.

2. Herói

Idade: criança **Sexo:** Femin **Vocação:**

Interesses: presença da mãe **Traços:** dependência e agressividade

Imagem corporal e/ou auto-imagem: dependente

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói: atenção e presença da mãe

Influência dinâmica: dependência, carência, sentimento de abandono

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: babá, trabalho da mãe abandonado

Implicando necessidades de ou para: cuidado

Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: bebê (boneca)

Implicando necessidades de ou para: carência

4. **Concepção do ambiente:** de abandono
5. **Conflitos significativos:** Ser abandonada , dependência
6. **Ansiedades:** abandono, submissão, perda, agressividade
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização, projeção, formação reativa
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 7

Figura no.: 9MF

1. Tema:

TL: 17s. TT: 1:20min - Duas amigas foram viajar. Daí resolveram tomar um banho de mar a noite. Uma das amigas para sacanear, brincadeira de mal gosto, se esconde, e a outra fica procurando ela. Fica procurando, mas é rapidinho, coisa de segundos, só para brincar. Aí depois elas ficam juntas de novo, entram no mar, brincam e depois voltam para casa.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Duas amigas foram viajar e resolveram tomar um banho de mar a noite. Uma das amigas se esconde para sacanear, enquanto a outra fica procurando por ela	(Se duas) amigas estão juntas, uma resolve sacanear a outra.	Conflito psíquico entre o desejo de se esconder e ser procurada.
Depois ficam juntas de novo, entram no mar, brincam e depois voltam para casa	Quando se encontram, podem ficar juntas novamente.	Sente-se dividida por esse conflito, que quando conciliado promove a integração egóica

2. Herói

Idade: Adulto **Sexo:** Femin **Vocação:** esconder, procurar

Interesses: esconder, procurar **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem: dividida

3. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** esconder, procurar, olhar e ser olhada

Influência dinâmica: reconhecimento, privacidade

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Implicando necessidades de ou para:

Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** ambivalente

5. **Conflitos significativos:** esconder x ser procurada/encontrada, olhar x ser olhada

6. **Ansiedades:** reconhecimento, abandono

7. **Mecanismos de defesa:** cisão, projeção, repressão

8. **Adequação do superego:** atuante

9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 8

Figura no.: 11

1. Tema:

TL: 11s . TT: 2:20 min - Essa imagem dá para ver assim... é uma estrada no meio de uma floresta e eles estão andando aqui, fazendo uma trilha, só que daí começa a desbarrancar, cai pedras, uma árvore. Ficam desesperados, com medo. Se jogam no chão. Daí a menina fica presa e eles têm que esperar alguém para socorrer. Era uma tempestade. Aí todo mundo começa a procurar, um tempão procurando, daí um menino começa desprender a perna da menina da pedra e consegue chamar socorro. Só que como está chovendo muito, é difícil de chegar. Depois de um tempo a chuva passa e conseguem resgatar eles.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma estrada no meio da floresta onde um menino e uma menina estão fazendo trilha	(Se um) casal estão juntos	Relacionamento heterossexual
Começa a desbarrancar, caem pedras, árvore, ficam desesperados e com medo.	A situação “desbarranca” e fica hostil	Dificuldade com relacionamentos afetivos.
A menina fica presa e eles têm que esperar alguém para socorrer. Todo mundo começa a procurar.	Sente-se presa e precisam de intervenção externa para ajudar	Passividade. Impotência. Dificuldade de lidar com separações. Necessidade de acolhimento
O menino começa a desprender a perna da menina e consegue chamar socorro	(Se) o menino consegue desprender, conseguem pedir por ajuda	Passividade. Impotência
Está chovendo, é difícil de chegar. Depois a chuva passa e conseguem resgatar eles	A ajuda chega depois que a situação melhora	Sente que não recebe ajuda quando mais precisa.

2. Herói

Idade: jovem **Sexo:** Feminino **Vocação:**

Interesses: receber ajuda **Traços:** dependência e impotência

Imagem corporal e/ou auto-imagem: impotente

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói: ser salva

Influência dinâmica: carência, dependência, impotência

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: tempestade, ficou presa, casal

Implicando necessidades de ou para: ser cuidada, ser protegida

Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: dragão

Implicando necessidades de ou para: repressão de hostilidade

4. Concepção do ambiente: hostil

5. Conflitos significativos: impotência, relacionamento afetivo

6. Ansiedades: abandono, males

7. Mecanismos de defesa: repressão, racionalização

8. Adequação do superego: atuante

9. Integração do ego: fraca

História no.: 9

Figura no.: 12HF

1. Tema:

TL: 1s. TT: 2:51min - Parece uma velha! (40s) Essa senhora está perdida e pede ajuda para esse menino, mas ele fica desconfiado dela. Ele ajuda, mas está sentindo muito medo! Ela precisa de ajuda, a senhorinha, ele consegue ajudar pra ela não ficar perdida. Daí ele viu que ela só precisa de ajuda, não precisava sentir medo. Ela agradece e ele fica aliviado e fica bem de ter conseguido ajudado uma pessoa e ter conseguido passar por cima do medo dele. O medo era porque ela parecia uma bruxa, e poderia raptar e fazer algum mal, tirar os órgãos e vender.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma velha está perdida e pede ajuda para o menino, que fica desconfiado	(Se uma) velha pede ajuda, ele fica desconfiado de que pode lhe fazer mal	Aproximação de alguém visto como desconfiança. Medo de que lhe seja causado algum mal. Persecutoriedade.
Ele ajuda mas está sentindo muito medo	Ajuda mesmo sentindo que algo de ruim pode acontecer	Passividade. Submissão. Repressão das emoções.
Ele consegue ajudar para ela não ficar perdida. Percebe que ela só precisava de ajuda e que não precisava ficar com medo. Fica bem por ter ajudado	Ele ajuda para evitar que a velha se perca. Fica bem por ter ajudado o outro	Compaixão. Empatia. Altruísmo. Ajudar o outro lhe causa satisfação. Enfrentamento de seus medos pelo outro. Projeção da necessidade de ajuda
O medo era de que lhe raptasse, fizesse algum mal, tirar os órgãos	Medo de ser raptada ou desfragmentada	Medo da intervenção de se desfragmentar ao ajudar o outro

2. Herói**Idade:** Adulto**Sexo:** Masculino**Vocação:****Interesses:** ajudar **Traços:** medo, desconfiança, compaixão**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** frágil**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** ajudar alguém mais velho**Influência dinâmica:** compaixão, submissão, repressão das emoções, altruísmo**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** ser raptada, retirar seus órgãos, ajudar a velha

Implicando necessidades de ou para: medo de ser desfragmentada pelo outro, ajudar o outro

Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: menina/menino

Implicando necessidades de ou para: identificação com a figura masculina

4. **Concepção do ambiente:** potencialmente hostil
5. **Conflitos significativos:** ajudar o outro, superar os medos
6. **Ansiedades:** desfragmentação, males, persecutoriedade, receber ajuda
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização, projeção, deslocamento
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 10

Figura no.: 15

1. Tema:

TL: 22s. TT: 1:37 min - Esse cara era muito ruim na vida dele. Ele morreu e foi parar nas trevas e está sofrendo tudo o que fez os outros sofrer. Agonia, medo, tudo o que ele fez os outros passarem está passando agora depois que ele morreu. Ele está pagando. Mesmo com o todo o medo que ele sente, ele não se arrepende de nada do que ele fez, ele era muito mau. (O que ele fez de ruim?) Ele queria ser melhor em tudo, então não se importava e fazia qualquer coisa para ter o que queria. Ele vai voltar até aprender que não se manipula nem mata.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um homem que era ruim na vida morreu e foi parar nas trevas para sofrer o que fez os outros sofrer.	(Se alguém) foi ruim, irá ser punido	Punição, superego rígido e sádico. Auto-agressividade
Mesmo com todo o mau que sente, não se arrepende de nada do que fez	Mas a punição não será suficiente para se reparar	Impossibilidade de reparação. Punição severa. Desejos acima da moralidade
Queria ser melhor em tudo e fazia qualquer coisa para ter o que queria. Vai voltar até aprender que não se manipula nem mata	Desejo de ser melhor e manipular para atingir seus objetivos	Conflito entre o desejo de manipular para atingir seus objetivos X moralidade do superego

2. Herói**Idade:** Adulto**Sexo:** Masculino**Vocação:** Matar e manipular**Interesses:** ser melhor em tudo**Traços:** agressividade e manipulação**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** maligno**3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** ser melhor

Influência dinâmica: agressividade, desejo de reconhecimento

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** Voltar até pagar o mal que fez

Implicando necessidades de ou para: punição**Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Implicando necessidades de ou para:****4. Concepção do ambiente:** hostil**5. Conflitos significativos:** Controle e punição, ser melhor a qualquer custo.

6. **Ansiedades:** auto-imagem maligna, desespero, punição, males, agressividade
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, projeção
8. **Adequação do superego:** rígido e sádico
9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 11

Figura no.: 16

1. Tema:

TL: 10s. TT: 1:41min - É um lugar bem tranquilo, um campo todo florido, um monte de amigos fazendo piquenique, rindo, brincando, jogando bola. É um feriado e eles marcaram de reunir e descansar um pouco da rotina... pra relaxar a mente e voltar descansado do feriado para uma nova etapa, para continuar com a rotina. Grupo de alunos da faculdade, para descansar das provas e trabalhos.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um monte de amigos se reuniu num lugar bem tranquilo para se divertir e descansar da rotina, para uma nova etapa	(Se) está cansado da rotina, reúne os amigos para fugir dos problemas	Fuga de situações causadoras de ansiedade. Carência afetiva diante dos problemas

2. Herói

Idade: jovem **Sexo:** grupo de alunos **Vocação:** estudantes

Interesses: descansar **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói: descansar e divertir

Influência dinâmica: fuga

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: piquenique, rotina universitária

Implicando necessidades de ou para: acolhimento

Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: relaxante, tranquilo

5. Conflitos significativos: Dificuldade de lidar com situações ansiógenas

6. Ansiedades: capacidade, impotência

7. Mecanismos de defesa: racionalização, idealização, projeção

8. Adequação do superego: atuante

9. Integração do ego: razoável

História no.: 12

Figura no.: 19

1. Tema:

TL: 32s. TT: 3:19 min - Desenho não identificado. (1:10 min) Uma rua, neve... tem duas janelinhas... Tem duas janelinhas. Uma tem uma menina sentada ... na outra tem um cara de ponta cabeça. Cada um está na sua casa e os dois estão se protegendo porque está nevando muito. Sei lá. Está tudo coberto de neve... Estranho isso... Nessa você pegou pesado. (Por que é estranho?) não identifiquei o desenho. Aqui parece uma mão.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma rua, neve, duas janelinhas, numa tem uma menina sentada, na outra um cara de ponta cabeça. Cada um na sua casa se protegendo pois está nevando muito. Tudo coberto de neve.	(Se) está nevando, as pessoas ficam cada uma dentro de sua casa para se protegerem.	O desenho lhe causou confusão. Temática de cuidado, de proteção, mas que não foi bem elaborada, ocasionando uma história pobre, desintegrada e confusa. Cada um se protege sozinho.

2. Herói

Idade: jovem Sexo: Vocação:

Interesses: Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:**a. Necessidades comportamentais do herói:** proteger-se**Influência dinâmica:** confusão, acolhimento**Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** casa, pessoas, mão**Implicando necessidades de ou para:** cuidado e acolhimento**Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** cara de ponta cabeça e menina sentada**Implicando necessidades de ou para:** negar a separação**4. Concepção do ambiente:** hostil e confuso**5. Conflitos significativos:** Ser cuidada e acolhida frente um ambiente hostil. Abandono**6. Ansiedades:** abandono, solidão, privação**7. Mecanismos de defesa:** racionalização, cisão, identificação projetiva**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** fraca

9) SUJEITO 2 – MÁRCIA

História no.: 1

Figura no.: 1

1. Tema: O menino música

TL: 10s. TT: 1:40min - Tem que contar uma história? (...) Difícil... Precisa ser muito longa? Vou falar de um menino de 6 anos que queria aprender a tocar violino, mas ele estava com alguma dificuldade. Ele tinha algum problema? Ele queria aprender a tocar violino, no começo ele achou difícil, mas ele continuou tentando... tentando, mas depois ele conseguiu e virou um músico de verdade. Acho que não tem muito o que contar disso aqui não. (O que o menino está sentindo?) Acho que agora ele está meio triste porque ele estava encontrando dificuldade de continuar, ele estava aprendendo e estava meio desanimado.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um menino de 6 anos aprendeu a tocar violino, mas no começo ele estava com dificuldade por achar difícil, mas continuou tentando até conseguir e virar um músico de verdade.	(se um) menino de 6 anos aprendeu tocar violino, ele teve dificuldade por achar difícil, mas conseguiu aprender e virar um músico de verdade.	Superação, determinação, transformação através do aprendizado. Reconhecimento pelas suas conquistas.
Ele agora está triste porque está encontrando dificuldade de continuar, ele estava aprendendo e estava desanimado	Apesar de estar triste e desanimado, continua a tentar aprender	Obrigações acima do prazer.

2. Herói

Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:** a tocar violino

Interesses: aprender a tocar violino **Traços:** determinação

Imagem corporal e/ou auto-imagem: capaz

3. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** aprender a tocar violino

Influência dinâmica: superação, transformação, obrigação

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** virar músico de verdade

Implicando necessidades de ou para: reconhecimento

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** tranquilo

5. **Conflitos significativos:** ser capaz, superar as dificuldades

6. **Ansiedades:** incapacidade, insegurança

7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização.
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 2**Figura no.: 2****1. Tema:** O pequeno povoado

TL: 5s. TT: 3:20min - Gente! (...) O que será isso? Uma plantação? Você não sabe também? Aqui a história... parece assim, uma aldeia, um povoado. Aí tem vários personagens: uma moça que parece ser um estudante; tem um rapaz ali, um cavaleiro que talvez trabalhe nessa ... para mim é uma plantação, mas parece uma escada, não sei; e uma senhora que parece que está descansando do trabalho. Vamos ver o que eles estão sentindo agora. O que eu posso dizer, meu Deus? A senhora parece que está em horário de almoço, descansando para voltar ao trabalho, e aproveitando e vendo a paisagem. O rapaz a mesma coisa, descansando... além do sol estar quente ele está conduzindo um cavalo. E a moça, normal, está indo para a escola, talvez, indo estudar. (as pessoas tem alguma relação entre si?) Não tem.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um povoado onde tem vários personagens: uma moça estudante, um rapaz cavaleiro que talvez trabalhe nessa plantação, mas que parece escada, e uma senhora que parece estar descansando do trabalho	Apenas descreve a imagem e seus personagens. Não consegue desenvolver uma história. Não consegue dizer o que estão sentindo. Não consegue estabelecer relações entre os personagens	Repressão dos afetos. Pobreza de simbolização. Dificuldade nos vínculos familiares.

2. Herói

Idade: moça **Sexo:** F **Vocação** estudante

Interesses: estudos **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:**a. Necessidades comportamentais do herói:**

Influência dinâmica:

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para:

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: escada/plantação; gravidez, casa

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: tranquilo**5. Conflitos significativos:** ambiguidade cavaleiro (nobre) “conduzindo” o cavalo/ descansando , vínculos familiares**6. Ansiedades:** aprovação**7. Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização (descreve o que vê)**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** razoável

História no.: 3

Figura no.: 3RH

1. Tema: Tamanha tristeza

TL: 12s. TT: 2:00min - Nossa! Tem uma moça que não sei se está triste, com dor ou com sono. Mas eu acho que ela está chorando mesmo, está triste. Vamos lá. E uma moça que teve uma decepção na vida e se entregou ao sofrimento. Difícil. Não sei, pode ter sido uma decepção amorosa, pode ter sido uma perda, mas ela aqui se entregou aparentemente de uma forma que está caindo pelos cantos para chorar... ou para dormir, a gente não sabe. Acho que só. Mas depois ela superou a tristeza e foi feliz também. (Que decepção ela teve?) Acho que foi decepção amorosa. (O que aconteceu?) Terminou um relacionamento. (Por que terminou o relacionamento?) O companheiro não gostava dela.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma moça que pode estar triste, com sono ou com dor.	Indecisão quanto ao estado da moça	Repressão da angústia
Teve uma decepção na vida e se entregou ao sofrimento	(Se uma) moça tem uma decepção na vida, se entrega ao sofrimento	Depressão. Angústia desestruturante
Pode ter sido uma decepção amorosa, ou uma perda, que fez com que ela caísse pelos cantos para chorar ou para dormir. Superou a tristeza e foi feliz.	Por causa de uma decepção amorosa ou perda que a faz chorar pelos cantos ou dormir, mas consegue superar e ser feliz	Problemas de relacionamento. Repressão da angústia
Decepção amorosa pelo fim do relacionamento pois o companheiro não gostava dela		Insegurança afetiva, baixa auto-estima.

2. Herói**Idade:** adulto**Sexo:** feminino**Vocação****Interesses:** chorar pelos cantos/dormir**Traços:** depressão**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** baixa auto-estima**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** entregar ao sofrimento e chorar ou dormir**Influência dinâmica:** depressão, repressão da angústia, perda do objeto de amor**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** fim do relacionamento amoroso**Implicando necessidades de ou para:** sofrimento, punição**c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** revólver**Implicando necessidades de ou para:** repressão da angústia**4. Concepção do ambiente:** triste e decepcionante

5. **Conflitos significativos:** sofrimento pelo fim do relacionamento
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 4

Figura no.: 4

1. Tema: O abraço

TL: 30s. TT: 3:00min - Era uma vez um casal casado, parece, não sei. E aqui parece que ele queria ir em algum lugar e ela não está deixando, ou se ela está querendo abraça-lo. Difícil. (pausa) Ele estava saindo e ela segurou para dar mais um abraço, já que é para colocar uma história. Aí ele voltou, abraçou e depois foi. (Para onde ele foi?) Viajar. (Por que ele foi viajar?) Ele foi a trabalho. (Por que ela não queria que ele fosse?) Ela puxou para dar mais um abraço. Saudade que dá antes da pessoa ir.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um casal em que ele está querendo ir em algum lugar (viajar) e ela não está deixando	(Se) o companheiro quer ir em algum lugar em que vai se afastar, ela não quer deixar	Medo da perda do objeto de amor. Controle. Relacionamento heterossexual
Ele estava saindo e ela segurou para dar um abraço, e já que era um abraço ele voltou	Ela o segura para abraçar e ele volta	Carência. Uso de afeto para manipular
e depois foi viajar a trabalho	Depois de abraçar, ele parte para viajar a trabalho e a deixa	Obrigações acima do prazer
Saudade que dá antes da pessoa ir	Saudade pela iminência do afastamento	Ansiedade. Antecipação do evento

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação**

Interesses: não deixar o companheiro ir **Traços:** carência

Imagem corporal e/ou auto-imagem: carente e controladora

3. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** abraçar para não deixar ir

Influência dinâmica: carência, medo da perda do objeto de amor, manipulação

Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: viagem a trabalho do companheiro

Implicando necessidades de ou para: acolhimento, carência

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: ambíguo

5. Conflitos significativos: ter seu companheiro ao seu lado, obrigações x vontade

6. Ansiedades: perda do objeto de amor, abandono

7. **Mecanismos de defesa:** repressão racionalização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 5

Figura no.: 6MF

1. Tema: O susto

TL: 9s. TT: 2:00min - Meu Deus, será um fantasma? A moça estava sentada em seu quarto, tranquila, e de repente ... um susto! Parece um fantasma para mim. Se deparou com um fantasma olhando para ela, e com um cachimbo na boca. Será que um fantasma tem a forma de um ser humano? Ai, que difícil! O susto foi tão grande que ela desmaiou e acordou no dia seguinte, tudo bem. (O fantasma era de quem?) Não sei, do avô . Ou de um filme que viu e ficou pensando. (O que o fantasma queria?) Só assustar, ele está com cachimbo na boca e não falou nada.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma moça estava sentada no seu quarto e foi assustada	(se) uma moça está em seu quarto, ela é surpreendida e fica assustada	Medo de revelar-se. Insegurança.
Deparou-se com um fantasma olhando para ela	Tinha um fantasma olhando para ela	Persecutoriedade. Conteúdos internos
Susto foi tão grande que ela desmaiou e acordou no dia seguinte	Ficou tão assustada que desmaiou evitando a situação	Medo de entrar em contato com conteúdos internos é tão grande que procura evitar

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação**

Interesses: **Traços:** medo

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói: desmaiar para evitar a situação

Influência dinâmica: conteúdos internos

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para: Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: homem/fantasma

Implicando necessidades de ou para: entrar em contato com conteúdos internos persecutórios/ conflitivos

4. Concepção do ambiente: assustador

5. Conflitos significativos: entrar em contato com conteúdos internos persecutórios

6. Ansiedades: conteúdos internos persecutórios

7. Mecanismos de defesa: negação, repressão

8. Adequação do superego: atuante

9. Integração do ego: fraca

História no.: 6

Figura no.: 7MF (a que mais gostou)

1. Tema: O conto de fadas

TL: 10s. TT: 2:00min - Vamos lá. Era uma vez uma menina que brincava de boneca... aí quando ela cansou de brincar, pediu para a mãe contar uma história. Aí ela escolheu o livro e sentou ao lado da mãe para que contasse a história para ela. A mãe passou horas lendo aquele livro, uma história muito interessante. Quando ela terminou, a menina dormiu, embora não estivesse na cama. (Que história foi contada?) Conto de fadas para uma menina. (O conto era sobre o que?) Não sei. Conto de fadas, que tinha príncipe, princesa. Ela gostou. Viajou tanto que dormiu.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma menina que brincava de boneca, quando cansou de brincar pediu para a mãe contar uma história que tinha príncipe e princesa.	(Se) uma menina brinca de boneca, quando cansa pede para a mãe contar uma história sobre príncipe e princesa	Regressão, passando da situação de mãe cuidando de uma criança (boneca) para uma situação de voltar a ser filha. Relacionamento mais interessante que cuidar de filhos.

2. Herói

Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação**

Interesses: ouvir uma história **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** ouvir uma história sobre príncipe e princesa

Influência dinâmica: relacionamento heterossexual. Crescimento.

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** deixar de brincar de boneca para ouvir uma história sobre príncipe e princesa

Implicando necessidades de ou para: relacionamento amoroso (de mãe para filha)

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** acolhedor

5. **Conflitos significativos:** proteção

6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor

7. **Mecanismos de defesa:** regressão, projeção

8. **Adequação do superego:** atuante

9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 7

Figura no.: 9MF

1. Tema: O bosque

<p>TL: 17s. TT: 2:20min - Era uma vez duas irmãs... que assim que saíram da aula... foram passear no bosque para colher alguns frutos, para a brincadeira da tarde. Uma desceu com facilidade e outra teve um pouco mais de dificuldade mas também conseguiu. Tinha um mar próximo a elas. Depois que elas acabaram elas foram tomar um banho. Depois voltaram para casa. Nossa, sou péssima em história. (Por que teve dificuldade?) Pelo o que eu vi, estava com salto alto. Provavelmente a outra devia estar também, pelo estilo de roupa dela. Descer assim... pelo o que eu estou vendo aqui, é um tronco de árvore e parece aqueles morrinhos em que você desce pela grama. Ou pelo momento desse desenho, por que a outra estava ainda descendo.</p>		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
<p>Duas amigas que saíram da aula e foram passear no bosque para colher alguns frutos, que era a brincadeira da tarde.</p> <p>Uma desceu com facilidade e a outra teve dificuldade, mas conseguiu</p>	<p>Se elas fazem tudo o que deve ser feito(obrigação) elas podem brincar (prazer)</p> <p>Nem sempre as facilidades/dificuldades são iguais para todos</p>	<p>Depois da obrigação vem o prazer</p> <p>Superar as dificuldades</p>

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação**

Interesses: brincar **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** passear no bosque para colher frutos

Influência dinâmica: se divertir

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Implicando necessidades de ou para:

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** bom agradável/lúdico embora ofereça dificuldades

5. **Conflitos significativos:** desejar X conseguir

6. **Ansiedades:** capacidade de conseguir o que deseja

7. **Mecanismos de defesa:** racionalização, projeção

8. **Adequação do superego:** atuante

9. **Integração do ego:** razoável

História no.: 8

Figura no.: 11

1. Tema: O caminho de pedras

TL: 3s. TT: 5:00min - Que isso? Não sei o que é isso. Meu Deus! (pausa) É pegadinha isso aqui. Não consigo ver nada, parece uma pedra, cachoeira talvez. Tá abstrato, você tem que concordar. Vamos lá. Uma cachoeira... como vou criar uma história disso? Será que... não, não são árvores... para mim são pedras. Não consigo criar uma história com isso. Pode não criar história? (pausa) Não tem o que falar. (pausa) Não consigo. Tem uma foto assim? Tem um desenho aqui. Não consigo ver. (O que você consegue ver?) Aqui parece são pedras. Aqui não sei decifrar se é um buraco, aqui se é uma cachoeira. Parece, não sei. Aqui tem algo, não sei, se é uma cobra. Difícil essa. Pegadinha. Acabou a minha história. (Não consegue imaginar uma história para essa cena?) Não tem cena aqui. Ninguém pode estar aqui porque é muito estreito, a pessoa cai. Parece um caminho muito estreito onde aparentemente a água da cachoeira bate e cai. Uma pessoa não pode passar para passear, meditar, para nada.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
- Que isso? Não sei o que é isso. Meu Deus! (pausa) É pegadinha isso aqui. Não consigo ver nada, parece uma pedra, cachoeira talvez. Tá abstrato, você tem que concordar....	Não consegue imaginar uma história e tem dificuldades em entender ou imaginar uma cena. Acha que é pegadinha	Pensamento concreto. Dificuldade em simbolizar. Persecutoriedade

2. Herói

Idade: Sexo: Vocação

Interesses: Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

- a. Necessidades comportamentais do herói:
- b. Influência dinâmica:
- c. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para:

- d. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

- 4. **Concepção do ambiente:** confuso, desintegrado
- 5. **Conflitos significativos:** necessidade de elementos externos para lidar com as ansiedades (as perguntas que ela faz inclusive clamando a Deus por respostas)
- 6. **Ansiedades:** persecutoriedade desespero
- 7. **Mecanismos de defesa:** cisão
- 8. **Adequação do superego:** atuante
- 9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 9

Figura no.: 12F

1. Tema: A bruxa

TL: 28s. TT: 3:50min - Difícil. Não sei se parece um quadro, uma fotografia talvez. De uma moça e sua avó. Mas o rosto da avó está meio estranho, está meio escuro, e não sei, os dedos não estão muito bom. Parece uma bruxa. Agora não sei se é uma foto ou se tem uma bruxa atrás da moça. (pausa). Nossa, que que eu vou dizer? Vamos ver. Eu acho que era a vó dela, algum conhecido dela. Por que elas estariam tão próximas uma da outra? Mas a outra parece que não tem muita forma como a moça aqui. Não sei. A moça parece normal e a senhora parece aqui... não sei. Não é maldosa, mas tem cara de bruxa. Acho que vou defini-la como uma bruxa, está meio apagada assim. (O que a bruxa está fazendo?) Não sei. Ela só apareceu atrás. Parece que está com maldade, pela cara dela. (Que maldade ela poderia fazer?) Coisa de bruxa. Está pensando em algo, sabe. Eu só falei que ela é uma bruxa porque está muito escuro o rosto dela. Poderia ser uma senhora né, normal, que pudesse estar numa foto com a neta. Mas os dedos estão estranhos e o dedo escuro, por isso acho que é uma bruxa. Mas aparentemente, por eu achar que é uma bruxa, ela está pensando em fazer algo no caldeirão.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	O sujeito não consegue desenvolver uma história, ficou impactado com a imagem da senhora que lhe parecia uma bruxa e está com maldade, mas fica receoso com essa definição. O impacto é no início da história depois ela desenvolve.	Persecutoriedade. Ansiedade. Conteúdos internos conflituosos. Dificuldade de simbolização.

2. Herói

Idade: adulto

Sexo: feminino

Vocação:

Interesses: fazer maldade

Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem: maldosa

3. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** fazer maldade

b. **Influência dinâmica:** persecutoriedade, superego rígido

Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: Persecutório

5. Conflitos significativos: conteúdos internos destrutivos. Pulsão de morte

6. Ansiedades: persecutoriedade, ambiguidade

7. **Mecanismos de defesa:** cisão
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 10

Figura no.: 15

1. Tema: A alma incrédula

TL: 1s. TT: 2:00min - Jesus, o que é isso? Esse dá para inventar uma história, uma ficção? Parece uma alma não muito bem recebida e está no cemitério rondando não sei quem. Ai, será que isso existe? Parece, sei lá, uma alma triste. Não sei o que ele está fazendo lá no cemitério. Será que esse é o lugar ideal? Por que segundo o que eu já li, quando a pessoa morre ela não fica mais entre os humanos aqui, pode ir para outro lugar mas não ficar no cemitério. É isso. (pausa). Morreu, não acreditou e ficou zanzando. (Por que essa alma foi mal recebida?) Porque... acho que nem mal recebida. Acho que ela não acreditou que ela partiu. Não sei se depois que morre tem esse poder de ir e vir. Mas eu creio que ela não aceitou que morreu. (Morreu do que?) Por ficar assim, pelo o que já li, por que a morte foi antecipada, um assassinato, um atropelamento, morte que a a gente arruma desculpa para morte, mas dizem que a gente só morre na hora certa. Eu penso que tenha sido por algum motivo. Alguém tirou a vida antes do que era para ser.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma alma que não foi bem recebida e está no cemitério rondando alguém.	(Se) uma alma não foi bem recebida, fica no cemitério rondando alguém	Conteúdo interno conflituoso.
Quando uma pessoa morre, ela não fica mais entre os humanos e pode ir para outro lugar. Morreu, não acreditou e ficou zanzando.	E não deveria ficar, mas ir embora	Angústia persistente
Alguém tirou a vida antes do que era para ser	Morreu antes do que era para ser	Dificuldade de lidar com o conflito. Fuga. Negação.

2. Herói**Idade:** adulto**Sexo:** masculino**Vocação:****Interesses:** rondar uma pessoa**Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** triste**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** rondar uma pessoa**b. Influência dinâmica:** conteúdo interno conflituoso, angústia persistente**Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:****Implicando necessidades de ou para:****c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Implicando necessidades de ou para:**

4. **Concepção do ambiente:** mórbido
5. **Conflitos significativos:** conteúdos internos angustiantes. Ser castigada
6. **Ansiedades:** entrar em contato com conteúdos internos destruídos/estragados
7. **Mecanismos de defesa:** negação,
8. **Adequação do superego:** rígido e sádico
9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 11

Figura no.: 16

1. Tema: O mundo perfeito

TL: 3s. TT: 4:30min (pausa) Deixa eu pensar mais. Vamos pensar num mundo ideal, vai. Era uma vez um mundo igual, onde o dinheiro não existia, não tinha diferença de cor, classe social e etc, como antes, tudo funcionava a base de troca, as pessoas amavam mais, não lutavam por bem materiais, muito menos matavam por bens materiais, as pessoas tinham relacionamentos sérios: conheciam, casavam, tinham filhos, construíam uma família, davam bons valores aos filhos, os filhos tinham em quem se espelhar, e assim seguia o ciclo. Não tinha poluição de meio ambiente, tinha muita água, não tinha queimadas, e era um lugar bonito, com muitas árvores, não tinha trânsito, carro, as trocas eram feitas em maioria entre os povoados, não tinha que andar muito. Internet nem pensar. Sem muitos fenômenos naturais, terremotos, tsunamis, furacões, etc. Sem dores, sem doenças. Tinha também aprendizado, que não pode faltar. As pessoas trocam tudo. Mas vamos fazer de conta que é nos dias de hoje mas vivendo daquela maneira. Mas sem internet acho meio complicado né? Sem rádio, tv, etc.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Mundo ideal onde todos são iguais, não existia dinheiro nem diferenças, funcionava a base de trocas, as pessoas amavam mais, tinham relacionamento sério,	(Se) um mundo é ideal, não há diferenças, as pessoas amam mais, funciona a base de trocas, davam valores aos filhos... valores que ela gostaria/sente falta	Idealização
davam valores aos filhos, os filhos tinham em quem se espelhar	Sente que não foi valorizada, não teve em quem espelhar	Desvalorização no meio familiar. Não vê os pais como exemplos suficientemente bons
Trocas entre os povoados. Sem internet. Vivendo daquela maneira	Modo de vida antigo e primitivo como o ideal	Insatisfação com o modo de vida atual

2. Herói

Idade: Sexo: Vocação:

Interesses: Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói:

b. Influência dinâmica:

c. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para:

d. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** idealizado
5. **Conflitos significativos:** insatisfação com o modo de vida atual, contexto familiar
6. **Ansiedades:**
7. **Mecanismos de defesa:** idealização
8. **Adequação do superego:**
9. **Integração do ego:**

História no.: 12

Figura no.: 19

1. Tema: O frio

TL: 6s. TT: 5:00min - Gente, o que que é isso? (pausa) É mais uma pegadinha aí? Não sei o que eu vejo. Parece que tem alguém dentro aqui. Uma casa embaixo do gelo? Vou arriscar. Dizer que é um lugar que tem muita neve. Não sei o que é isso. Uma casa ficava totalmente coberta de gelo. (pausa) Parece uma janela. As pessoas ficavam dentro de casa. O que eu vejo, parece que tem alguém dentro aqui, parece uma janela. As pessoas ficavam dentro de casa por causa do frio intenso, era muito frio. Será que é na Suíça? Acabou a minha história. Não tem história. (O que essas pessoas estão fazendo dentro da casa?) Aqui eu vejo uma que está na janela. Mas talvez esteja preparando um chá quente, para esquentar um pouco o frio. Não sei nem se é gelo isso. (Quem são essas pessoas?) Creio que seja uma família, mãe, filho, marido, as crianças fazendo lição, a mãe fazendo chá ou chocolate quente, o marido vendo tv.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
O que é isso? É mais uma pegadinha? Não sei o que eu vejo	Ficou impactada com a cena desestruturada e achou que era uma pegadinha	Dificuldade de compreensão e simbolização causa sentimento de persecutoriedade.
Uma casa embaixo do gelo, onde as pessoas ficam dentro de casa por causa do frio intenso. Criança fazendo lição, mãe fazendo chá ou chocolate quente, marido vendo tv	Lugar onde as pessoas se recolhem do frio intenso, mas não interagem entre si	Dinâmica familiar de não-interação e relacionamento distante.

2. Herói

Idade: Sexo: Vocação:

Interesses: Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói:

b. Influência dinâmica:

Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: atividades familiares

Implicando necessidades de ou para: relações familiares distantes

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: frio e distante**5. Conflitos significativos:** dinâmica familiar distante, dificuldade compreensão e simbolização**6. Ansiedades:** persecutoriedade, abandono

7. **Mecanismos de defesa:** repressão, negação
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego:** fraca

10) SUJEITO 3 – SILVIA

História no.: 1

Figura no.: 1

10. Tema: O menino sofredor

TL: 17s. TT: 1:50min - Ele está com cara de triste, né. Não tá com cara de menino muito feliz. Isso aqui é um violão? É um violão isso aqui? Isso aqui tá com cara de violão. Está com cara de um menino que quer um dia ser cantor. Ele tem um sonho. Ele tem os olhos fechados? Ele é cego? Ele é um menino que tem uma deficiência, mas ele tem um sonho. (Por que ele está triste?) Ele está se sentindo sozinho. (Ele vai conseguir ser cantor?) Sim. (Por que ele é cego?) Por que já vi crianças assim, sem os olhos tocando violino.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um menino triste. Um violão. Ele tem o sonho de um dia se tornar cantor. Ele tem os olhos fechados pois é cego.	Apesar das dificuldades, procura se esforçar para atingir seus objetivos	Tristeza. Determinação. Superação. Resiliência.
Ele está triste pois sente-se sozinho	Sente-se sozinho	Solidão. Carência.

11. Herói

Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:** cantar

Interesses: ser cantor **Traços:** tristeza, determinação

Imagem corporal e/ou auto-imagem: triste e determinada

12. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** cantar
Influência dinâmica: superar as dificuldades
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** ser cantor, sonho, deficiência
Implicando necessidades de ou para: superar as dificuldades
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** violão, cegueira
Implicando necessidades de ou para:

13. Concepção do ambiente: difícil

14. Conflitos significativos: conseguir superar as dificuldades

15. Ansiedades: capacidade, acolhimento

16. Mecanismos de defesa: repressão

17. Adequação do superego: atuante

18. Integração do ego: razoável

História no.: 2

Figura no.: 2

1. Tema: Desanimado

TL: 6s. TT: 3:50min - Nessa aqui você me pegou. Parece ser um cavalo, um rapaz, uma mulher com um livro na mão. A outra com braço cruzado. Essa figura está meio estranha. Aqui no fim é casa? Aqui é casa, será? A montanha. A mulher em pé. A outra de braço cruzado. Então uma está saindo para estudar, a outra está sem ação. Não sei contar história. Não tenho a mínima do que pode ser. Estou sentindo assim, a moça está saindo para estudar. Aqui pode ser a mãe, né. Está olhando o rapaz com cavalo, aqui. A moça e a mãe não estão com cara de feliz. E o outro parece que está de costas. (Por que a moça e a mãe estão tristes?) Ela não quer estudar, e a mãe está com sono. (Por que ela não quer estudar?) Não sei. (Por que está com sono?) Está pensando em alguma coisa. (O que está pensando?) Não sei te explicar.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um cavalo, um rapaz, uma mulher com livro na mão, uma mulher com o braço cruzado. Casa, montanha.	Descrição	Dificuldade na capacidade de simbolização
A moça está saindo para estudar, a mãe olhando o rapaz com cavalo. Estão tristes	Obrigações acima do prazer. A família não tem interação	Obrigações acima do prazer. Tristeza. Conflitos familiares
Não sei. Não sei explicar	Repressão e dificuldade de expressão	Repressão e dificuldade na capacidade de simbolização

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** feminino **Vocação:****Interesses:** estudar **Traços:** tristeza**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** triste**3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** estudar
Influência dinâmica: superar as dificuldades
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** sair para estudar
Implicando necessidades de ou para: superar as dificuldades
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** gravidez
Implicando necessidades de ou para: omitir conflitos familiares

4. Concepção do ambiente: triste**5. Conflitos significativos:** obrigação x prazer, vínculos familiares**6. Ansiedades:** perda do objeto de amor**7. Mecanismos de defesa:** repressão, negação**8. Adequação do superego:** rígido**9. Integração do ego:** fraca

História no.: 3

Figura no.: 3RH

1. Tema: A mulher sofrida

TL: 2s. TT: 1:18min - Nossa, parece que está chorando. Essa tá no chão, chorando, debruçada, deve estar bem triste. Essa tá sofrida mesmo. Essa mulher é bem desanimada. Ela tá precisando de ajuda. (Por que está chorando?) Deve ter brigado com alguém, se desanimado, doente, pode ter apanhado. Ela brigou e está magoada. (Com quem ela brigou?) Com o marido. (Por que brigara?) Ela falou alguma coisa e ele não gostou.(O que ela falou?) Por que ele chega atrasado?		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma mulher chorando, no chão, debruçada, bem triste, sofrida, desanimada. Precisando de ajuda.	(Se uma) mulher está chorando, triste, ela precisa de ajuda para se recuperar	Tristeza. Necessidade de acolhimento.
Brigou com o marido e está magoada. Perguntou por que ele chega atrasado e ele não gostou	Briga com marido por que ele chega atrasado	Problemas no relacionamento amoroso. Ciúmes. Sentimento de abandono

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: chorar **Traços:** tristeza

Imagem corporal e/ou auto-imagem: triste

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** chorar
Influência dinâmica: mágoa, sentimento de abandono
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** briga com marido, chegar atrasado
Implicando necessidades de ou para: problemas de relacionamento
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** revolver
Implicando necessidades de ou para: reprimir a agressividade

4. Concepção do ambiente: triste

5. Conflitos significativos: relacionamento amoroso

6. Ansiedades: perda do objeto de amor

7. Mecanismos de defesa: repressão, projeção

8. Adequação do superego: rígido

9. Integração do ego: fraca

História no.: 4

Figura no.: 4

1. Tema: Casal

TL: 4s. TT: 2:43min - Opa, esses dois estão com cara de alegre. Dançando. Estão com cara de que tão bem. Ao mesmo tempo que está feliz, está brigando. Tá com cara de ser um casal. Estou geladinha (referindo estar ansiosa com as mãos suadas) (Por que estão com cara de alegre?) Pela feição, cara, estavam conversando numa festinha. (O que estavam conversando?) Ela comentou algo da festa e ele virou para olhar. (O que ele viu?) Amigos. (Por que estão brigando?) Por ciúmes. (Ciúmes do que?) Outra menina, ele olhou e ela não gostou. (O que aconteceu depois?) Eles ficaram bem.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um casal dançando, alegre, porém brigando por alguma coisa	(Se um) casal está alegre, algo pode estar ruim	Problemas de relacionamento
Ela comentou algo e ele virou para olhar. Ele viu outra menina e ela não gostou	Ciúmes	Ciúmes
Estou geladinha	Ansiedade	Ansiedade de perda do objeto de amor

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**
Interesses: **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem: insegura

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** ficar com ciúmes
Influência dinâmica: insegurança, medo da perda do objeto de amor
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** dança, briga, amigos, outra mulher
Implicando necessidades de ou para: negar o medo e a insegurança
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**
Implicando necessidades de ou para:

- 4. **Concepção do ambiente:** instável
- 5. **Conflitos significativos:** relacionamento amoroso
- 6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
- 7. **Mecanismos de defesa:** repressão , negação
- 8. **Adequação do superego:** rígido
- 9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 5

Figura no.: 6MF

1. Tema: Mulher assustada

TL: 10s. TT: 1:30min - Uma mulher assustada com um homem com cigarro. Ela não está gostando que ele está fumando. Acabei, não tem muita coisa. Ela fez um gesto e falou para ele não fumar. E ele está tentando agradar ela. (Quem são esses dois?) São marido e mulher. (Ele parou de fumar?) Não, ele continuou. (Por que ele quer agradar?) Para ela parar de brigar, e ele continuou fumando.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma mulher assustada com um homem com cigarro. Ela não está gostando que ele está fumando e pede para ele não fumar.	(Se) uma mulher se assusta com uma ação do marido, pede para ele parar	Tentativa de controle
Ele está tentando agradar ela	Desejo de ser agradada	Desejo de ser acolhida
Mas ele não para de fumar	Seus desejos não são atendidos	Insatisfação no relacionamento amoroso. É submetida

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: pedir para o marido parar de fumar

Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem: assustada

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** pedir para o marido parar de fumar

Influência dinâmica: tentativa de controle

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Implicando necessidades de ou para:

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** cachimbo

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: medo

5. Conflitos significativos: relacionamento amoroso

6. Ansiedades: perda do objeto de amor

7. Mecanismos de defesa: repressão

8. Adequação do superego: rígido

9. Integração do ego: fraca

História no.: 6

Figura no.: 7MF

1. Tema: Mãe e filha

TL: 17s. TT: 1:15 min - Aqui tá com cara de ser mãe, tia... conversando com a criança, a criança está olhando para outro lugar, não tá dando atenção. (O que a mãe tá conversando?) Brigando, chamando a atenção de alguma coisa que fez errada. (O que fez de errado?) Respondido a mãe e não obedeceu. (O que desobedeceu?) Tinha que fazer a lição e ela não quer fazer. (Como ela ficou depois?) Triste.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A mãe está conversando com a criança, que está olhando para outro lugar para não dar atenção	(Se uma) mãe conversa com uma criança, briga e a criança não dá atenção	Dificuldade nos vínculos familiares
A criança respondeu a mãe e não fez a lição de casa, ficando triste	Desobedece a mãe, leva bronca e fica triste. O resultado de suas ações são desfavoráveis	Impotência

2. Herói

Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem: triste

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** desobedecer a mãe

Influência dinâmica: dificuldade nos vínculos familiares

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** briga, lições

Implicando necessidades de ou para: impor-se na relação familiar

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** boneca

Implicando necessidades de ou para: dificuldade nos vínculos familiares (medo de a mãe saber da gravidez precoce por isso não vê a boneca que seria a representante de sua filha)

4. Concepção do ambiente: opressor

5. Conflitos significativos: vínculos familiares

6. Ansiedades: impotência,

7. Mecanismos de defesa: repressão, negação

8. Adequação do superego: rígido

9. Integração do ego: fraca

História no.: 7

Figura no.: 9MF

1. Tema: Moças desesperadas

TL: 25s. TT: 2:00min - Essas parecem que estão correndo, com pressa de alguma coisa. Parece que elas estão debaixo de um pé de árvore, brincando. Sei lá, o tempo do norte, né. Acabei já. É um desenho que não dá muito assim... aqui tem duas mulheres, pé de pau, parece um lago, uma pedra. Ela tá com alguma coisa na mão, parece um livro. (Do que elas estão correndo?) Estão brincando, correndo para chegar depressa aonde elas vão. (Para onde estão indo?) Para a casa de alguma amiga do colégio. (O que você quer dizer com tempo do norte?) A gente fazia isso, esperava embaixo do pé de árvore, escondia para dar susto.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Duas mulheres correndo, com pressa, brincando. Pé de árvore, lago, pedra, livro.	Descrição	Dificuldade na capacidade de simbolização
Brincando, tempo do norte, esperava embaixo do pé de árvore, escondia para dar susto	Lembrança da infância	Saudades da infância. Situação atual angustiante

2. Herói**Idade:** jovem**Sexo:** feminino**Vocação:****Interesses:****Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:****3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** brincar

Influência dinâmica: regressão. Situação atual angustiante

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Implicando necessidades de ou para:

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente:**5. Conflitos significativos:** retorno à infância**6. Ansiedades:** impotência**7. Mecanismos de defesa:** repressão, regressão**8. Adequação do superego:** rígido**9. Integração do ego:** fraca

História no.: 8

Figura no.: 11

1. Tema: O lago

TL: 2s. TT: 1:20min - Nossa! Aqui parece ser um lago, com umas pedras. Um lago muito bonito deve ser. Aqui parece um lago mesmo, um lugar muito bonito. Parece ser uma cachoeira que desce água.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Lago, pedras, cachoeira	Descrição	Dificuldade na capacidade de simbolização
Lugar bonito	Idealização	Idealização

2. Herói

Idade: **Sexo:** **Vocação:**
Interesses: **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:**
Influência dinâmica:
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** cachoeira
Implicando necessidades de ou para:
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**
Implicando necessidades de ou para:

- 4. **Concepção do ambiente:** bonito
- 5. **Conflitos significativos:** medo de entrar seus conteúdos destrutivos
- 6. **Ansiedades:** persecutória
- 7. **Mecanismos de defesa:** repressão, idealização negação
- 8. **Adequação do superego:** rígida
- 9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 9

Figura no.: 12F

1. Tema: A feia

TL: 7s. TT: 1:10min - Nossa, aqui não tenho nem imaginação. Uma mulher muito feia, parecendo uma bruxa. Aqui os dois estão com cara de mal. Ao mesmo tempo tá com cara de triste essa feiosa. (Por que está triste?) Está pensativa. (Está pensando no que?) No que a outra pode fazer. (O que pode fazer?) Brigar, maltratar. (Brigou?) Não, ele contou para ela e não se preocupou com isso.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Não tenho nem imaginação	Repressão	Repressão
Uma mulher muito feia, uma bruxa, os dois estão com cara de mal, e ela está triste	(se uma) mulher é feia, tem cara de mal e está triste	Tristeza, auto-imagem negativa
Está pensativa no que o outro pode fazer, pode brigar, maltratar	Está com medo do que o outro pode fazer com ela	Conteúdos internos persecutórios
Ele contou pra ela e não se preocupou com isso	Mas não precisava se preocupar	Tentativa de controle da angústia

2. Herói

Idade: idosa **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem: feia e triste

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** pensativa
Influência dinâmica: conteúdo interno persecutório
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** brigar, maltratar
Implicando necessidades de ou para: conteúdo interno persecutório
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** homem
Implicando necessidades de ou para: figura masculina amedrontadora

4. Concepção do ambiente: triste e ameaçador

5. Conflitos significativos entrar em contato com seus objetos sentidos como destruídos)

6. Ansiedades: sofrer algum mal

7. Mecanismos de defesa: repressão, cisão, negação, projeção

8. Adequação do superego: rígido

9. Integração do ego: fraca

História no.: 10

Figura no.: 15

1. Tema: O mal

TL: 2s. TT: 1:00min - O que é isso? Tá parecendo uma bruxa no cemitério. Tudo escuro. Essa tem a imaginação do mal, né. (Por que imaginação do mal?) Tá muito escuro. (O que está está fazendo?) Com certeza tá fazendo alguma coisa mal. (O que?) Ao mesmo tempo tá rezando e pedindo alguma coisa. Não sei. Tá rezando para esse túmulo. (O túmulo é de quem?) De um parente		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Bruxa no cemitério. Imaginação do mal...		Conteúdos internos persecutórios
Tudo escuro		Angústia
Túmulo de parente		Problemas nos vínculos familiares

2. Herói**Idade:** idosa **Sexo:** feminino **Vocação:****Interesses:** **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** malvada**3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** fazer algo de mal/rezar
Influência dinâmica: conteúdos internos persecutórios
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**
Implicando necessidades de ou para:
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** bruxa
Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: malvado**5. Conflitos significativos:** Conteúdos internos persecutórios, vínculos familiares, agressividade (que até então está reprimida) e culpa (rezar=pedido de perdão, de reparação)**6. Ansiedades:** sofrer algum mal, persecutoria**7. Mecanismos de defesa:** repressão, projeção**8. Adequação do superego** atuante**9. Integração do ego:** atuante

História no.: 11

Figura no.: 16

1. Tema: Família feliz

TL: 12s. TT: 0:50min - Eu imagino o desenho do meu filho, da minha filha, assistindo um filme, brincando e dando risadas um com outro.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Desenho do filho, filha, assistindo filme, dando risadas	Ser feliz com os filhos	Idealização (projeção de um desejo)

2. Herói

Idade: **Sexo:** **Vocação:**
Interesses: **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói:

Influência dinâmica:

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: filho, filha, assistir filme, brincar, dar risada

Implicando necessidades de ou para: ficar bem com a família

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: alegre

5. Conflitos significativos: tentativa de manter seus objetos internos intergrados (objetos esses representados pelos filhos)

6. Ansiedades: medo da solidão

7. Mecanismos de defesa: idealização, projeção

8. Adequação do superego: atuante

9. Integração do ego: razoável

História no.: 12

Figura no.: 19

1. Tema: O menino sofredor

TL: 1s. TT: 1:20min - O que que é isso aqui? Tã parecendo montanhas, é isso? Nuvens, gelo parece. Não dá para decifrar o que é.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Montanhas, gelo, nuvem	Descrição	Dificuldade na capacidade de simbolização, tentativa de congelar as emoções vividas com o aplicador para não sofrer com a separação última prancha

2. Herói

Idade: **Sexo:** **Vocação:**
Interesses: **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:**
Influência dinâmica:
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**
Implicando necessidades de ou para:
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**
Implicando necessidades de ou para:

- 4. **Concepção do ambiente:** frio
- 5. **Conflitos significativos:** separação, perda
- 6. **Ansiedades:** desamparo
- 7. **Mecanismos de defesa:** cisão
- 8. **Adequação do superego:** rígido
- 9. **Integração do ego:** fraca

11) SUJEITO 4 – ALBERTO

História n.o: 1

Figura no. 1 (a que mais gostou)

10. Tema: O menino e sua dúvida

TL: 8s. TT: 2:14min - Eu estou imaginando um menino que ganhou um violino dos pais e pensando em tocá-lo. Vai precisar estudar pra tocar o violino... qual vai ser a dificuldade dele pra tocar o violino. É isso. Ser um violinista. Olhando para a cara dele eu vejo dúvida. Eu vejo dúvida se ele vai realmente tocar o violino. É isso que eu vejo.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um menino ganha um violino dos pais e está pensando e tocá-lo. Precisa estudar mas está em dúvida se vai conseguir.	(Se um) menino tem um desafio a enfrentar, já fica em dúvida de suas capacidades.	Insegurança, falta de confiança, auto-imagem frágil, superego rígido.

11. Herói

Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:** tocar violino

Interesses: aprender a tocar **Traços:** insegurança

Imagem corporal e/ou auto-imagem: frágil

12. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** aprender a tocar violino

Influência dinâmica: insegurança, superação

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** pais

Ampliando necessidades a ou para: aprovação

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

13. **Concepção do ambiente:** exigente

14. **Conflitos subjetivos:** não conseguir realizar o que quer

15. **Ansiedades:** insegurança

16. **Mecanismos de defesa:** repressão, projeção

17. **Adequação do superego:** severo

18. **Integração do ego:** razoável

História n.o: 2

Figura no. 2

1. Tema: O homem no campo

TL: 43s. TT: 3:09 min - Vejo um trabalhador de campo. Uma mulher que deve ser a... não sei... um livro na mão... não estou entendendo bem. Uma outra que poderia estar lavando roupa... mas pode ser pedras. É isso que eu vejo, não vejo mais...		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um homem que é trabalhador de campo. Uma mulher que não se sabe quem é, com um livro na mão. Não entende. Uma mulher lavando roupa, que pode ser pedra.	(Se uma) mulher não pode ser descrita, é porque suscitou angústia e o superego teve de atuar. Distorção de elementos da prancha e ausência de imagens afetivas devido a atuação do superego.	Superego atuante e rígido diante de situações angustiantes, sendo capaz de distorcer elementos e reprimir referências de afeto, criando um mundo descritivo, reprimido e com forte concretude.

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** masculino **Vocação:** trabalhar**Interesses:** **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:****3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:****Influência dinâmica:****b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:****Ampliando necessidades a ou para:****c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** roupa, pedra e cavalo**Ampliando necessidades a ou para:** repressão da angústia**4. Concepção do ambiente:** confuso**5. Conflitos subjetivos:** lidar com a angústia**6. Ansiedades:** perda de controle**7. Mecanismos de defesa:** repressão**8. Adequação do superego:** exigente**9. Integração do ego:** fraca

História n.o: 3

Figura no. 3RH

1. Tema: Desilusão

TL: 15s. TT: 1:55 min - Parece uma mulher chorando no sofá. É isso que eu vejo. Não vejo mais nada... chorando, amargurada. É isso. (Por que ela está chorando?) chorando por algum motivo, alguma coisa que deve ter acontecido que ela está chorando. Brigou com o marido, problemas com filhos, morte de algum ente querido.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma mulher chorando no sofá, amargurada. Pode ser que tenha brigado com o marido, problemas com os filhos, morte de algum ente querido.	(Se uma) mulher chora no sofá, amargurada, é que algo aconteceu, mas não sabe dizer bem o que é pois suscitaria mais angústia	Quando sente-se angustiado, não consegue elaborar seus pensamentos. Problemas nas relações familiares

2. Herói

Idade: adulto Sexo: feminino Vocação:

Interesses: chorar Traços: depressivo

Imagem corporal e/ou auto-imagem: frágil

3. Necessidades do herói:**a. Necessidades comportamentais do herói: chorar**

Influência dinâmica: depressão

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: briga com marido, problemas com filhos, morte de algum ente querido

Ampliando necessidades a ou para: controle da angústia

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas: objeto pontiagudo

Ampliando necessidades a ou para: controle da angústia

4. Concepção do ambiente: angustiante**5. Conflitos subjetivos: amargura, tristeza, relações familiares****6. Ansiedades: perda do objeto de amor****7. Mecanismo de defesa: cisão****8. Adequação do superego: rígido****9. Integração do ego: fraca**

História n.o: 4

Figura no. 4

1. Tema: O casal

TL: 27s. TT: 2:50 min - Parece uma despedida... que o homem está indo embora. O olhar dele me parece um olhar de despedida, o dela não. Como se ela estivesse pedindo para ele não ir. (Por que ele está indo embora?) Ele me passa pela fisionomia do corpo uma despedida, uma separação e ela por estar segurando ele parece não querer isso. Ela olha com carinho, ele não me passa isso.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
É uma despedida, o homem está indo embora e olhando com olhar de despedida para a mulher,	(Se um) homem vai embora, ele se despede com o olhar e não sente mais carinho.	Dificuldade de comunicação. As decisões são polarizadas e não há verbalização.
mas ela não quer que ele vá. Ela sente carinho, mas ele não.	(se uma) mulher tem seu companheiro indo embora, ela pede com o olhar para que ele fique.	Pensamento ambíguo e conflituoso. Afetividade não correspondida.

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** masc/femin **Vocação:****Interesses:** despedir/manter **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:****3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** despedir/manter o relacionamento**Influência dinâmica:** conflito no relacionamento amoroso**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:****Ampliando necessidades a ou para:****c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Ampliando necessidades a ou para:****4. Concepção do ambiente:** conflitivo**5. Conflitos subjetivos:** afetividade não correspondida, pensamento conflituoso.**6. Ansiedades:** perda do objeto de amor**7. Mecanismos de defesa:** projeção, cisão**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** fraca

História n.o: 5

Figura no. 6RH

1. Tema: A avó

TL: 35s. TT: 4:40 min - Parece... não sei se mãe e filho ou avó e filho. Parece que ele vai contar alguma coisa a ela. Pela fisionomia dele parece uma coisa séria. Ela me passa uma senhora matriarcal, que comanda a família e ele está passando alguma coisa para ela. É isso. (O que ele vai contar para ela?) Como ela passa que mantém a família na mão, é algo da família relacionado a família, algum problema na família, nos negócios da família. Pela fisionomia não é notícia boa.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um filho vai contar algo sério para sua mãe/avó. Ela é matriarcal e comanda a família;	(Se um) homem conta algo sério para sua mãe, é porque ele deve satisfações, e ela controla a família, que se submete a ela.	Submissão. Dependência. Figura materna fálica. Fiel aos vínculos.
ele está passando alguma notícia que não é boa da família.	Diante de problemas familiares	Problemas familiares.

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** masculino **Vocação:****Interesses:** informar à mãe **Traços:** submissão**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** dependente**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** informar à mãe**Influência dinâmica:** dependência e submissão**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** problemas nos negócios da família**Ampliando necessidades a ou para:** resolução de conflitos familiares**c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Ampliando necessidades a ou para:****4. Concepção do ambiente:** problemático**5. Conflitos subjetivos:** problemas familiares**6. Ansiedades:** desamparo**7. Mecanismos de defesa:** repressão**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** razoável

História n.o: 6

Figura no. 7RH

1. Tema: A conversa

TL: 48s. TT: 2:34 min - Vejo um pai conversando com o filho... dando algum conselho de vida. Ele me passa fisionomia de dúvida e o pai vai dando... alguns conselhos, o que seguir. (Qual conselho o pai está dando?) Decisão que tem que tomar na vida e o pai está ajudando. Algum conselho na vida profissional.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um pai conversa com seu filho, que está em dúvida, e o pai dá conselhos na vida profissional.	(Se um) filho está em dúvida, ele conversa com seu pai, que lhe dá conselhos.	Quando em dúvida, recorre a alguém em busca de ajuda. Dependência e insegurança. Figura paterna acolhedora.

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** masculino **Vocação:****Interesses:** conselhos **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** dependente e inseguro**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** ser aconselhado**Influência dinâmica:** desamparo**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:****Ampliando necessidades a ou para:****c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Ampliando necessidades a ou para:****4. Concepção do ambiente:** desamparador/acolhedor**5. Conflitos subjetivos:** tomada de decisão**6. Ansiedades:** desamparo**7. Mecanismos de defesa:** repressão**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** razoável

História n.o: 7

Figura no. 11

1. Tema: Selva escura

TL: 2s. TT: 5:40 min - Me parece uma floresta, uma cachoeira, um caminho de pedras. Não consigo decifrar aqui. Parece uma selva bem densa, bem fechada. Não sei se são 3 animais, não consigo identificar. Aqui parece um animal saindo de um buraco de uma árvore. Aqui, esses 3 animais parecem que estão encurralados. Esse ponto parece ser um sol. Acho que é isso.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Algo difícil de decifrar. Uma selva bem densa e fechada nos quais não se consegue identificar.	(Se um) ambiente é difícil de decifrar e confuso, seus elementos também serão.	Ambiente interno confuso, de difícil compreensão.
Um animal saindo de um buraco de uma árvore. 3 animais também não identificáveis que estão encurralados.	Seres que são encurralados por um animal que sai de dentro de um buraco de árvore.	Dificuldade de reconhecer elementos internos.
Um ponto que parece um sol.	Sol para iluminar/esclarecer a situação	Sente-se encurralado por sentimentos que vêm à tona. Persecutoriedade
		Deseja esclarecer melhor seu ambiente interno.

2. Herói

Idade: Sexo: Vocação:

Interesses: Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:**a. Necessidades comportamentais do herói:**

Influência dinâmica:

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas: sol

Ampliando necessidades a ou para: esclarecimento de seu ambiente interno

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Ampliando necessidades a ou para:

4. Concepção do ambiente: confuso e hostil**5. Conflitos subjetivos:** confusão, hostilidade, agressividade interna**6. Ansiedades:** perda de controle, agressividade, persecutoriedade**7. Mecanismos de defesa:** cisão, negação**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** fraca

História n.o: 8

Figura no. 12H

1. Tema: A cura

TL: 40s. TT: 4:18 min - Parece um rapaz dormindo e um senhor indo benzê-lo. Acho que é isso. Está com a perna dobrada. É estranho. O senhor apoia o joelho dele na cama. (Por que é estranho?) Não apreço normal você por o joelho na cama da pessoa se você for realmente benzer. Não me parece normal apoiar o joelho na cama.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um rapaz está dormindo e um senhor está indo benzê-lo, porém é estranho pois o senhor apoia o joelho na cama.	(Se um) rapaz está dormindo, um senhor colocar o joelho na cama para benzê-lo, é estranho.	Invasão de espaço visto como ameaçadora, mesmo quando a intenção é boa. Insegurança e medo de exposição.

2. Herói**Idade:** jovem **Sexo:** masculino **Vocação:****Interesses:** dormir **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** vulnerável e inseguro**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** dormir**Influência dinâmica:** vulnerabilidade, insegurança**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** Um senhor benzendo com joelho na cama**Ampliando necessidades a ou para:** ser ajudado/acolhido**c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Ampliando necessidades a ou para:****4. Concepção do ambiente:** inseguro/acolhedor/estranho**5. Conflitos subjetivos:** invasão do espaço psíquico**6. Ansiedades:** vulnerabilidade, invasão**7. Mecanismos de defesa:** Repressão**8. Adequação do superego:** rígido**9. Integração do ego:** fraca

História n.o: 9

Figura no. 13

1. Tema: O fim

TL: 15s. TT: 6:00 min - Aqui parece uma mulher morta... e ele vê o estado dela e chora. Pela posição dela, o braço caído, ela parece morta. Ele por estar vestido chegou agora e a encontrou assim e está chorando. Por ela estar numa cama de solteiro parece que não é esposa dele. Talvez uma irmã, não sei. É isso. Tem uma cadeira, ele poderia estar sentado na cadeira lendo uns livros e ela está... ela passa que está morta. (Por que a mulher morreu?) Ela já deveria estar doente de algum problema crônico que já devia vir piorando de tempo em tempo e faleceu. Uma doença que não tinha cura e veio se agravando.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Parece uma mulher morta, pela posição dela, o braço caído. Ele chega, vê o estado dela e chora.	(Se uma) mulher morre, é motivo de tristeza	Angústia pela perda do objeto de amor
Por estar numa cama de solteiro, não é esposa, é a irmã.	A mulher que está morta é a irmã	Agressividade para com a irmã
Ela deveria estar doente de algum problema crônico e sem cura que devia vir piorando com o tempo e faleceu.	Malefício incurável do qual a irmã veio sofrendo até falecer	Irmã ruim na qual a possibilidade de uma relação saudável é impossível.

2. Herói**Idade:** adulto**Sexo:** masculino**Vocação:****Interesses:** chorar **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:****3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** chorar**Influência dinâmica:** perda do objeto de amor**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** morte da irmã**Ampliando necessidades a ou para:** agressividade para com a irmã**c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Ampliando necessidades a ou para:****4. Concepção do ambiente:** insalubre e incurável**5. Conflitos subjetivos:** relação com a irmã**6. Ansiedades:** perda do objeto de amor**7. Mecanismos de defesa:** repressão, projeção**8. Adequação do superego:** rígido e sádico**9. Integração do ego:** razoável

História n.o: 10

Figura no. 15 (a que menos gostou)

1. Tema: Saudades

TL: 13s. TT: 2:46 min - Isso me passa um cemitério. Um senhor rezando para alguém, um ente querido. Mas está à noite, não é normal estar num cemitério à noite. Acho que é isso. (Para quem o senhor está rezando?) Parece ser um senhor de idade. Acredito que está rezando para a esposa.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um senhor, num cemitério a noite, rezando para um ente querido, para a esposa.	(Se um) senhor está a noite num cemitério, não é normal, mesmo que seja para rezar para sua esposa.	Se algo foge do esperado, não é visto como normal. Controle. Dificuldade de superação de vínculos. Abandono.

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** masculino **Vocação:**

Interesses: rezar **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** rezar para a esposa

Influência dinâmica: reviver vínculos, abandono

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** esposa

Ampliando necessidades a ou para: acolhimento

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** abandono

5. **Conflitos subjetivos:** abandono/acolhimento, controle

6. **Ansiedades:** abandono, perda de objeto de amor

7. **Mecanismos de defesa:** repressão

8. **Adequação do superego:** rígido

9. **Integração do ego:** razoável

História n.o: 11

Figura no. 16

1. Tema: A estação

TL: 29s. TT: 2:00 min - O que eu imagino aqui? Eu imagino um campo, uma estação de trem, 2 amigos de trabalho viajando e pegando um trem. Um campo bem verde, um dia ensolarado, um trem antigo (maria-fumaça). É isso.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um campo verde, dois amigos de trabalho viajando e pegando um trem antigo, num dia ensolarado.	(se) um campo está verde e ensolarado, há dois amigos viajando pegando um trem.	Vontade de se afastar dos problemas. Trem antigo e amigos referindo ao irmão gêmeo (ver história de vida). Desejo de ter o irmão como amigo

2. Herói

Idade: Sexo: masculino Vocação:

Interesses: viajar Traços: :

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:a. **Necessidades comportamentais do herói:** viajar

Influência dinâmica: fuga

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** amigo

Ampliando necessidades a ou para: acolhimento, afeto, relação com irmão gêmeo

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** bom5. **Conflitos subjetivos:** fuga dos problemas, relação com irmão gêmeo6. **Ansiedades:** privação (do amor/amizade do irmão)7. **Mecanismo de defesa:** idealização, deslocamento8. **Adequação do superego:** atuante9. **Integração do ego:** razoável

História n.o: 12

Figura no. 19

1. Tema: O casal

TL: 1:41. TT: 9:00 min - Parece uma casa coberta com neve. 2 janelas, tem duas pessoas. (4 min) Aqui pode ser outras casas aqui atrás. Uma montanha. Acho que é isso. Não entendo muito.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma casa coberta de neve, com duas janelas, duas pessoas. Há outras casas atrás e uma montanha.	(Se) casa está coberta de neve, com duas pessoas dentro, há dificuldade de entender a situação	Dificuldade de entrar em contato com seu mundo interno. Necessidade de acolhimento e compartilhamento de afeto.

2. Herói

Idade: Sexo: Vocação:

Interesses: Traços: :

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:**a. Necessidades comportamentais do herói:**

Influência dinâmica:

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Ampliando necessidades a ou para:

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Ampliando necessidades a ou para:

4. Concepção do ambiente: confuso**5. Conflitos subjetivos:** entrar em contato com conteúdos internos (angústia de separação)**6. Ansiedades:** desamparo, conteúdos internos angustiantes**7. Mecanismos de defesa:** repressão**8. Adequação do superego:** rígido**9. Integração do ego:** fraco

12) SUJEITO 5 – IRENE

História no.: 1

Figura no.: 1

1. Tema: O tocador de violino

TL: 1s. TT: 1:10min - Era uma vez... o que é isso aqui? É um violino. Era uma vez um menino pensando como ele ia começar a tocar o violino. Tem que ter princípio, meio e fim? É isso? Ele estava estudando e vendo como ele ia começar a tocar o violino. Ele está com uma aparência preocupada, mas eu acho que ele se deu bem e conseguiu o objetivo dele.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um menino pensando como ele ia começar a tocar o violino	(Se) um menino vai começar a fazer algo, ele pensa antes	Racionalização. Precaução.
Ele estava estudando e vendo como ia começar a tocar o violino	Procura se preparar para o que tem de fazer	Preparação para as adversidades. Desejo de domínio das adversidades. Determinação
Ele está com uma aparência preocupada	Preocupação	Insegurança
Mas eu acho que ele se deu bem e conseguiu o objetivo dele	O esforço foi recompensado com o sucesso	Sucesso através do esforço. Superação.

2. Herói

Idade: criança **Sexo:** masculino

Vocação:

Interesses: tocar violino

Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem: capaz

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** aprender a tocar violino

Influência dinâmica: superação, domínio sobre os problemas

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Implicando necessidades de ou para:

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** bom

5. **Conflitos significativos:** capacidade

6. **Ansiedades:** insegurança

7. **Mecanismos de defesa:** racionalização

8. **Adequação do superego:** adequado

9. **Integração do ego:** boa

História no.: 2

Figura no.: 2

1. Tema: O plantio

TL: 30s. TT: 2:05min - Aqui parece uma... Era uma vez! Uma adolescente que está indo para o colégio, ou indo estudar, e ela está pensando nas coisas, de repente, do que ela tem que fazer, tipo uma redação para o colégio, onde fala em arar o campo, uma mulher grávida esperando essa colheita desse campo que tem que arar. Está pensando em como vai fazer essa redação que tinha esse tema de plantar e colher. Acho que ela conseguiu fazer a redação.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma adolescente indo para o colégio ou estudar, pensando na redação que tem que fazer	(Se) uma adolescente precisa fazer alguma coisa, fica pensando em como fazer	Preparação para as adversidades. Racionalização
A redação onde fala em arar o campo,	Para preparar o terreno para conseguir resultados	Domínio sobre a situação
uma mulher grávida esperando a colheita desse campo que tem que arar	O que lhe causa expectativa	Expectativa diante dos acontecimentos
Ela conseguiu fazer a redação	Sucesso	Capacidade para superar as adversidades

2. Herói

Idade: jovem **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: escrever uma redação **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem: capaz

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** escrever uma redação
Influência dinâmica: fantasiar diante das adversidades
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** colégio, estudo, redação
Implicando necessidades de ou para: preparação, domínio
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** homem e cavalo
Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: bom

5. Conflitos significativos: capacidade

6. Ansiedades:

7. Mecanismos de defesa: racionalização,

8. Adequação do superego: adequado

9. Integração do ego: boa

História no.: 3

Figura no.: 3RH

1. Tema: Melancolia

TL: 15s. TT: 1:00min - Era uma vez um corcunda de Notre Dame (risos). Parece ser uma pessoa chorosa, com problemas, está deitado pensando como resolver. Tem que falar se resolve ou não, né? Acho que ele está pensando como vai resolver essa situação. (Que problemas?) Vou botar meu caso. Depressão. (Por que está deprimida?) Eu fico deprimida quando não consigo dormir, ela não está dormindo direito. (Por que não está conseguindo dormir direito?) Se ela for que nem eu, qualquer barulho que faz eu acordo. Se for qualquer barulho desses que escuta a distância, se for de madrugada eu acordo e não pego mais no sono. Eu tenho muito facilidade para qualquer barulho me acordar, aí eu acordo assim, um caco. Mas como não sou eu.. olha. Ele está triste porque está corcundinha e quer fazer uma operação plástica. Esse não sou eu é ótima né? (risos)		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma pessoa chorosa, com problemas, deitado pensando como resolver a situação	(Se) uma pessoa tem problemas, chora e pensa em como resolver	Diante de problemas, fica triste mas tenta resolver a situação
Está com depressão	Depressão	Depressão
Acorda com barulhos e não consegue mais dormir	Sono leve	Problemas de sono. Conteúdos internos persecutórios
Não sou eu, ele está triste porque está corcundinha e quer fazer uma operação plástica	Recuperação da projeção por meio da racionalização	Defende da projeção intensa através da repressão e racionalização

2. Herói**Idade:** adulto**Sexo:****Vocação:****Interesses:** resolver seus problemas**Traços:** depressão**Imagem corporal e/ou auto-imagem:** depressiva**3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** resolver seus problemas

Influência dinâmica: conteúdos internos angustiantes

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** corcunda de notre dame

Implicando necessidades de ou para: reprimir conflitos internos

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** revólver

Implicando necessidades de ou para: reprimir agressividade

4. Concepção do ambiente: ruim e perturbador**5. Conflitos significativos:** entrar em contato com conteúdos internos angustiantes**6. Ansiedades:** persecutoriedade**7. Mecanismos de defesa:** projeção, repressão, racionalização, negação**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** fraca

História no.: 4

Figura no.: 4

1. Tema: O vento levou

TL: 8s. TT: 1:00min - Parece aquela cena daqueles filmes antigos, “E o vento levou”. Parece uma cena onde a pessoa, o homem está querendo ir embora, a mulher tentando convencer a ele a ficar, ele está com olhar com quem tá olhando e não está com vontade de voltar atrás. Ela parece que está naquela que está implorando para que ele fique. Ele está com olhar um pouco agressivo. (Por que está querendo ir embora?) Pensei muito quando olhei isso aqui, em “O vento Levou”... cansei de ver essa cena do meu pai, minha mãe agarrada no meu pai e meu pai de saco cheio querendo sair. (Ela conseguiu convencê-lo?) Não, minha mãe não convencia meu pai, ele saía e ela ficava chorando.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Parece aquela cena daqueles filmes antigos	Uso dos filmes como forma de racionalizar a angústia	Racionalização
O homem está querendo ir embora, a mulher tentando convencer ele a ficar	(Se) o homem quer ir embora, a mulher não quer e tenta convencê-lo a ficar	Medo da perda do objeto de amor
Ela parece que está implorando para ele ficar, ele está com olhar agressivo	A submissão não é suficiente para não perder o homem, mas causa agressividade no homem	Impotência, abandono. Agressividade. Privação de suas vontades. Problemas no relacionamento amoroso.
Cansei de ver essa cena do meu pai, minha mãe agarrada no meu pai e meu pai de saco cheio	Projeção das relações amorosas parentais	Projeção das relações amorosas parentais

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** feminino/masculino **Vocação:****Interesses:** convencer a ficar/ir embora **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** impotente/potente**3. Necessidades do herói:****a. Necessidades comportamentais do herói:** convencer a ficar/ir embora**Influência dinâmica:** submissão, dependência/ independência**b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** filme**Implicando necessidades de ou para:** racionalização**c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:****Implicando necessidades de ou para:****4. Concepção do ambiente:** conflituoso**5. Conflitos significativos:** separação, dependência/independência**6. Ansiedades:** perda do objeto de amor, abandono, privação**7. Mecanismos de defesa:** projeção e cisão

8. Adequação do superego: atuante
9. Integração do ego: fraca

História no.: 5

Figura no.: 6MF

1. Tema: Poderoso chefe

TL: 12s. TT: 1:10min - Parece uma mulher assustada com alguma coisa que o homem está falando com ela, tipo alguma coisa que ela não saiba fazer. Parece a cara de um chefe dando ordem, e ela de repente não sabe fazer o que ela está pedindo, e está se espantando. Ela não está com cara de quem vai conseguir fazer não, ela está meio assustada. (repito a história para o questionário) Eu tive 3 chefes ao mesmo tempo. Então eu ficava aqui e ficavam os biombos, 3 chefes. Eles eram assim mesmo, chegavam para mim e um mandava fazer uma coisa, outro mandava fazer outra, e outro mandava fazer outra. Eu ficava com essa cara de paspalha pensando assim, quem é que vou atender primeiro. Eles eram assim, a palavra “por favor” não existia, só mandava, como a cara desse aqui, só manda, não pede. (o que ele está mandando?) Ele está mandando alguma coisa, botando aquela frase que eu escutava “isso é para ontem”. Essa deve ser minha cara de espantada olhado para ele “ai meu Deus, denovo?”.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma mulher assustada com uma ordem de seu chefe	(Se) uma mulher fica assustada com uma ordem de alguém superior	Submissão
Ela não está com cara de quem vai conseguir fazer não	Pois não vai conseguir fazer	Impotência. Exigências maiores do que pode realizar
Eu tive 3 chefes....	Projeta sua própria experiência	Projeção e racionalização

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**
Interesses: fazer o que lhe é pedido **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem: impotente

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** assustar com a ordem do chefe
Influência dinâmica: submissão e impotência
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** ordem do chefe, lembrança
Implicando necessidades de ou para: submissão
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**
Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** exigente
5. **Conflitos significativos:** impotência
6. **Ansiedades:** desaprovação
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização, projeção
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 6

Figura no.: 7MF

1. Tema: O aconselhamento

TL: 14s. TT: 0:50min - Aqui parece a mãe falando com a filha. Ela está com a bonequinha no colo, a mãe deve estar dando algum conselho, porque ela não está com cara muito satisfeita de escutar. (Que conselho ela está dando?) Parece aqui que ela está com livro na mão, dizendo que ela precisa estudar mais, precisa se alimentar direitinho, e ela está com aquela cara de aborrecente rebelde “de novo a mesma coisa, de novo está falando a mesma coisa”. Ela está segurando a bonequinha né?		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A mãe está falando com a filha, dando um conselho. A filha está com uma boneca na mão, insatisfeita de escutar	(Se) uma mãe fala e dá conselhos para a filha, esta não gosta	Desejo de insubordinação à mãe. Conflitos familiares com a mãe. Repetição da sua própria relação familiar quando criança.

2. Herói

Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:**
Interesses: não ouvir os conselhos da mãe **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem: rebelde

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** não ouvir a mãe
Influência dinâmica: conflito familiar com a mãe
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**
Implicando necessidades de ou para:
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**
Implicando necessidades de ou para:

- 4. **Concepção do ambiente:** conflituoso
- 5. **Conflitos significativos:** relação com a mãe
- 6. **Ansiedades:** agressividade
- 7. **Mecanismos de defesa:** repressão, projeção, racionalização, regressão
- 8. **Adequação do superego:** rígido
- 9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 7

Figura no.: 9MF

1. Tema: Surpresa

TL: 15s. TT: 1:10min - Aqui parece que é tipo um Ibirapuera, um parque, algo assim. Onde tem... só que ela está de roupa social, não deve ser Ibirapuera porque ela está de roupa social, agora que eu vi que está de sapato alto, essas coisas. São duas pessoas correndo de alguma coisa, de alguma situação. Duas pessoas correndo com pressa de sair de uma situação. A surpresa que estou falando é que foram pegadas de surpresa por alguma situação, por isso estão correndo. (Estão correndo do que?) De repente de uma chuva forte, porque a gente só sai correndo com roupa social se for uma situação assim. Correndo em um parque de uma chuva forte que pegou de surpresa.

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Duas pessoas correndo com pressa para sair da chuva que a pegaram de surpresa	(Se) duas mulheres estão correndo surpresas, é porque foram pegadas por uma situação inesperada	Quando fica vulnerável, fica surpresa e tenta evitar a situação

2. Herói**Idade:** adulto **Sexo:** **Vocação:****Interesses:** correr da chuva **Traços:****Imagem corporal e/ou auto-imagem:** frágil**3. Necessidades do herói:**

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** correr da chuva, ficar surpreso

Influência dinâmica: proteção, vulnerabilidade

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** chuva

Implicando necessidades de ou para: conteúdos persecutórios

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:**4. Concepção do ambiente:** instável**5. Conflitos significativos:** perda de controle, entrar em contato conteúdos internos angustiantes**6. Ansiedades:** vulnerabilidade, persecutoriedade**7. Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização, projeção**8. Adequação do superego:** atuante**9. Integração do ego:** fraca

História no.: 8

Figura no.: 11

1. Tema: O castelo do dragão

TL: 15s. TT: 0:40min - Assim ou assim? Uma ponte, estou vendo aqui. Parece aqueles filmes de dragão, olha o dragãozinho aqui. Parece um castelo e uma ponte para passar para esse castelo. O dragão é bonzinho, não é ruim não.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um filme de dragão. Um castelo e uma ponte para passar para esse castelo. O dragão é bonzinho	Existe uma ponte (uma possibilidade) de passar para esse castelo(de encontrar um lugar melhor) dragão = formação reativas (dragãozinho)	Repressão

2. Herói

Idade: **Sexo:** **Vocação:**
Interesses: **Traços:**
Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:**
Influência dinâmica:
- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**
Implicando necessidades de ou para:
- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**
Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: mudanças

5. Conflitos significativos: entrar em contato com conteúdos internos agressivos

6. Ansiedades: persecutoriedade

7. Mecanismos de defesa: repressão, formação reativa, negação, deslocamento

8. Adequação do superego: rígido

9. Integração do ego: fraca

História no.: 9

Figura no.: 12F

1. Tema: Auto-retrato

TL: 10s. TT: 1:00min - Hmm... vamos ver. Aqui eu vejo o quadro de uma pessoa. Uma mulher, o desenho dela hoje e quando ela está mais velha e mais sábia. Seria ela mais nova, e aqui mais velha, com essa mão, mostrando a calma e a sabedoria.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um quadro de uma pessoa hoje e dela mais velha e mais sábia	(Se) uma mulher é mais velha, é mais sábia e calma	Desejo de conhecimento e controle da situação. Insegurança

2. Herói

Idade: **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói:

Influência dinâmica:

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para:

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: ambivalência

5. Conflitos significativos: capacidade

6. Ansiedades: insegurança

7. Mecanismos de defesa: cisão

8. Adequação do superego: atuante

9. Integração do ego: fraca

História no.: 10

Figura no.: 15 (a que menos gostou)

1. Tema: Os caminhos do labirinto

TL: 11s. TT: 0:30min - Parece um homem que está no meio de um labirinto e está pensando como ele vai sair dali. Está com a mão meio atada, não sabe se vai para a esquerda ou direita, para onde ele vai no labirinto. (Por que ele está no labirinto?) Eu vejo o labirinto como se fosse aquele joguinho que a gente fazia quando era pequeno, que tinha que fazer o caminho. Ele está procurando uma saída para alguma coisa que ele tem que resolver. Por isso ele está com cara de preocupado e com a mão assim, como quem diz “para onde vou, não sei se vou para cá, para lá”. (O que ele tem que resolver?) Tem a carinha feia, heim? O que ele tem que resolver? Tem que pagar conta, tem um monte de contas para pagar. Ele está vendo como ele sai desse labirinto, como vai pagar essas contas que ele tem. Problemas financeiros. Ele não sabe o rumo que vai tomar, se vai pra esquerda, ou pra direita. Apensar que agora que eu estou vendo, tem uma cruz aqui. Ih, meu Deus, se ferrou. Eu olhei um labirinto, mas agora cheio de cruz. Está enterrado até o pescoço de dívidas dentro do labirinto, entendeu? Aí tem que sair da despesa

Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um homem que está no meio de um labirinto e está de mãos atadas pensando como ele vai sair dali	(Se) um homem fica sem saber para onde ir, fica preso e impotente pensando como pode sair da situação	Diante de situações angustiantes, sente-se perdida, fica confusa e impotente diante da situação que a angustia
Tem um monte de contas para pagar	Problemas financeiros. Várias contas	Sente-se angustiada com várias coisas

2. Herói

Idade: adulto

Sexo: masculino

Vocação:

Interesses: sair do labirinto e pagar as contas

Traços:

Imagem corporal e/ou auto-imagem: perdido

3. Necessidades do herói:

- a. **Necessidades comportamentais do herói:** pensar em como sair do labirinto

Influência dinâmica: sente-se perdida e angustiada

- b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** contas, problemas financeiros

Implicando necessidades de ou para: conteúdos internos angustiantes

- c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** mãos atadas, cruces

Implicando necessidades de ou para: repressão da angústia

4. Concepção do ambiente: aprisionador e confuso

5. Conflitos significativos: lidar com seus problemas, escolhas de como sair dos problemas

6. Ansiedades: persecutoriedade, desamparo

7. Mecanismos de defesa: repressão, racionalização, negação

8. Adequação do superego: rígido

9. Integração do ego: fraca

História no.: 11

Figura no.: 16 (a que mais gostou)

1. Tema: As 3 fases

TL: 10s. TT: 1:00min - Faz de conta, que aquela, auto.. como que é, que eu falei que tem a velhinha do lado, Auto –retrato. Era uma vez um auto-retrato que antes daquela fase que já está adulta, tem uma criança. Depois vem aquela mais adulta e depois vem a que é mais sábia, paciente, com a mãozinha assim. Criança, adulto e mais velho. Tá bom? (Mostro a prancha para o inquerito) Ah, essa sou eu, pequeninha, maiorzinha e a velhinha. As três sou eu. (Em que fase você está?) Na do meio. Estou doida para ficar na velhinha alí, pelo menos chegar bem velhinha e alegre, pelo menos ela está com aparência alegre dizendo “calma, minha filha”.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Auto-retrato de uma mulher criança, adulta e velha. Eu sou as 3	Projeção	Projeção
Está doida para chegar bem velhinha e alegre	Ansiedade quanto ao futuro. Desejo de melhorar sua felicidade	Ansiedade quanto ao futuro. Infelicidade. Angústia em relação ao seu presente. Projeção de sua felicidade na velhice.

2. Herói

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: envelhecer **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem: não feliz

3. Necessidades do herói:

a. **Necessidades comportamentais do herói:** tornar-se feliz

Influência dinâmica: infelicidade

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** criança, adulto e velha

Implicando necessidades de ou para: tornar-se feliz

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Implicando necessidades de ou para:

4. **Concepção do ambiente:** atemporal (apesar dela dizer que está no presente, tem saudades do passado e vontade de ter a felicidade do futuro)

5. **Conflitos significativos:** entrar em contato com seus conteúdos internos angustiantes

6. **Ansiedades:** persecutoriedade

7. **Mecanismos de defesa:** cisão, idealização, projeção

8. **Adequação do superego:** atuante

9. **Integração do ego:** fraca

História no.: 12

Figura no.: 19

1. Tema: Estação do ano: inverno

TL: 4s. TT: 0:55min - Esse é daqueles gostosos, que mexe, embaralha? Al meu Deus do céu. Pode ver assim? Parece uma casa com chaminé, janelas e está cheio de neve. Portas, janelas, cheio de neve. E aqui é o céu com as nuvens.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma casa com chaminé, janelas e está cheio de neve. Céu com nuvens	Descrição	Dificuldade na capacidade de simbolização. Repressão da angústia de separação

2. Herói

Idade: **Sexo:** **Vocação:**

Interesses: **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. Necessidades do herói:

a. Necessidades comportamentais do herói:

Influência dinâmica:

b. Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:

Implicando necessidades de ou para:

c. Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:

Implicando necessidades de ou para:

4. Concepção do ambiente: solitário (uma única casa no meio da neve)

5. Conflitos significativos: separação, perda

6. Ansiedades: desamparo

7. Mecanismos de defesa: cisão

8. Adequação do superego: atuante

9. Integração do ego: fraca