

Explorando a psicogénese da demência na sua relação com a esquizofrenia: Proposta psicodinâmica dum *continuum* estrutural

Joana Henriques-Calado* / Maria Eugénia Duarte-Silva** / Alvarina Barreto-Ramos***

* Doutoranda em Psicologia Clínica na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Bolseira pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (SFRH/BD/44515/2008); ** Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; *** Psicóloga, Coordenadora do Serviço de Psicologia da Casa de Saúde da Idanha do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

A possível existência de um *continuum* entre uma estrutura psíquica de personalidade específica e os diagnósticos de esquizofrenia e demência é o objecto de exploração desta investigação. A amostra do estudo é constituída por 58 participantes do sexo feminino, tendo 30 participantes o diagnóstico de esquizofrenia ($M=68.83$ anos, $DP=8.13$) e 28 participantes o diagnóstico de demência ($M=83.36$ anos, $DP=7.51$). Os instrumentos de avaliação psicológica utilizados são a prova projectiva TAT (Murray, 1973; Shentoub, 1999), o *Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship* (Summers, 1978) e escalas do *Ego Function Assessment* (Bellak, 1989). A angústia de fragmentação e a relação de objecto fusional apresentam-se relacionadas com a esquizofrenia e, por seu turno, a angústia de abandono e a relação de objecto anaclítica com a demência. Diferentes estruturas de personalidade parecem estar relacionadas com os diferentes diagnósticos, sendo que a estrutura psicótica surge associada à esquizofrenia e a estrutura borderline à demência. Discutem-se aspectos suscitados pelo estudo e propõem-se sugestões para futuras investigações.

Palavras-chave: Demência, Esquizofrenia, Personalidade, Psicologia dinâmica, Psicopatologia.

Existe uma tradição clássica em pensar que as perturbações neurológicas são “orgânicas” e que as perturbações psiquiátricas são “funcionais”, causando tal dicotomia inúmeros debates ao longo dos tempos (Steen, 2007). Para Damásio (2000) a distinção entre doenças do cérebro e da mente, isto é, entre perturbações neurológicas e psicológicas, reflecte apenas uma ignorância das relações entre cérebro e mente, sendo que estas são indissociáveis. Evidencia-se uma extensa sobreposição de causas, sintomas e tratamentos de perturbações que uma vez tomadas simultaneamente como neurológicas e psiquiátricas/psicológicas revelarão, ao nível desta cooperação, uma melhor e real compreensão das patologias (Steen, 2007). Tal como a perturbação psiquiátrica, esquizofrenia, as doenças neurológicas/orgânicas ilustram, igualmente, a interacção entre o cérebro e a mente, incluindo a demência de *Alzheimer*, tida como a doença neurológica típica (Steen, 2007), exemplificando assim as complexas inter-relações entre os vários aspectos biopsicossociais da experiência do ser humano (Garner, 2004).

Apesar da esquizofrenia e da demência serem duas condições diferenciadas, por vezes, tocam-se e sobrepõem-se, tanto ao nível cognitivo, orgânico, como ao nível psicopatológico, funcional.

As autoras gostariam de agradecer a todos aqueles que participaram neste estudo. Especial agradecimento à Casa de Saúde da Idanha e ao Centro Psicogeriátrico N. Sra. de Fátima, nomeadamente à Dra. Paula Agostinho.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Joana Henriques Calado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa. E-mail: joana.calado@netcabo.pt

Dados convergentes sugerem que os prejuízos cognitivos na esquizofrenia não são um epifenómeno desta, mas que são centrais nesta perturbação (Keshavan & Jindal, 2010). Tanto o desenvolvimento como o perfil dos prejuízos cognitivos na esquizofrenia, de início tardio, aparecem inconsistentes com a demência de *Alzheimer*, todavia, é possível que o declínio cognitivo profundo em alguns pacientes esquizofrénicos seja resultado da comorbilidade entre esquizofrenia e demência de *Alzheimer* (Harvey, 2005). Mas, a prevalência da evidência neuropatológica, nos estudos *pos-mortem*, consistente com a demência de *Alzheimer*, demonstra-se essencialmente idêntica à esperada na população geral (Harvey, 2005). Por seu turno, os sintomas neuropsiquiátricos são comuns na demência de *Alzheimer*, no entanto, esta sintomatologia psicótica pode diferir dos sintomas psicóticos da esquizofrenia (Lautenschlager & Kurz, 2010). Existe uma discussão actual em tentar perceber se os sintomas psicóticos evidenciados na demência de *Alzheimer* representam um subtipo nesta demência, ou se os factores genéticos determinam uma vulnerabilidade para estes sintomas psicóticos (Lautenschlager & Kurz, 2010). Mais recentemente, tem sido sugerido que os sintomas psicóticos deverão estar presentes antes do diagnóstico da demência, como parte de um síndrome prodómica ou, como parte subsindromal de uma estrutura de personalidade (Lautenschlager & Kurz, 2010). A genética, a localização e a extensão do dano cerebral, os motivos e as pulsões, a história individual, a prévia estrutura de personalidade e o estilo de vinculação combinam-se e coalescem para influenciar a apresentação idiossincrática da demência num indivíduo (Garner, 2004). Muitos reconhecem a complexa interligação entre os défices cognitivos e emocionais, entre perturbações orgânicas e afectivas, entre o funcionamento do cérebro e o da mente. A questão não é somente de o cérebro afectar a mente, mas igualmente de a mente afectar o cérebro (Waddell, 2007).

Relembra-se, que há cerca de 100 anos atrás, Kraepelin conceptualizou inicialmente a esquizofrenia como *dementia praecox*, colocando a esquizofrenia junto com as perturbações degenerativas, dando início a um debate controverso na psiquiatria (Barak, Swartz, & Davidson, 1997). Parece existir um modelo neuronal de modulação cortical da acetilcolina de base que é comum à esquizofrenia e à demência, no entanto, deverão ocorrer desvios bi-direccionais subsequentes a subjazer o desenvolvimento da esquizofrenia e demência, havendo assim algumas evidências de uma genética com comunalidades (Barak et al., 1997). Os marcadores patológicos e bioquímicos da demência não são conclusivamente demonstrados nos esquizofrénicos gerontes e um acumular de evidências tende a sugerir que a demência não é um resultado da esquizofrenia (Harvey, 2005).

Depara-se, actualmente, com uma questão que tem originado muitas investigações e que continua a gerar bastante interesse: o facto da distinção “cortical” e “subcortical” da demência ser igualmente aplicável à esquizofrenia (Hill, Ragland, Gur, & Gur, 2002; Turetsky, Moberg, Mozley, Moelter, Agrin, Gur, & Gur, 2002). Isto é, evidencia-se que, em termos neuropsicológicos e neuroanatómicos, a esquizofrenia poderá corresponder ao padrão das demências “corticais” (ex., *Alzheimer*) ou corresponder ao padrão das demências “subcorticais” (ex., *Parkinson*) (Turetsky et al., 2002). A referir, igualmente, a existência de pacientes esquizofrénicos sem qualquer tipo de lesão neuropsicológica (Palmer, Heaton, Paulsen, Kuck, Braff, & Harris, 1997). Parece que os mecanismos que subjazem ao funcionamento neurocognitivo deverão ser distintos daqueles envolvidos na produção da sintomatologia psiquiátrica (psicopatológica), permanecendo actualmente esta questão científica em aberto (Palmer et al., 1997; Steen, 2007).

Questiona-se, neste estudo, se factores da personalidade estarão envolvidos na produção desta mesma sintomatologia.

Estudos relatam que é possível ter um envelhecimento saudável mesmo quando existe patologia cerebral, existindo evidências *post-mortem* de patologia neurodegenerativa em pessoas que viveram cognitivamente e mentalmente intactas, resistindo ao efeito da doença através de mecanismos que permanecem desconhecidos (Steen, 2007). Existem ainda indivíduos que mimetizam a demência de *Alzheimer* e não apresentam patologia neurodegenerativa no *post-*

mortem (Evans, 2008) e, quem coloque a seguinte questão: Serão as lesões neurológicas a “causa” ou o “efeito” da demência? (Chevance, 2005).

Abraham e Walter (2008) questionam se é possível imaginar uma psicopatologia da demência, defendendo que, em geral, um indivíduo perpetua o funcionamento pré-mórbido. Segundo Myslinski (1994), a continuidade da problemática de um indivíduo, através de uma apresentação sintomatológica particular, pode ser legitimamente proposta; sendo que entre a senescência e a senilidade vislumbra-se a permanência dos organizadores da vida mental adulta através da apresentação da demência.

Através da recolha da anamnese e de observação clínica Vignat, Bragard e Suchet (1987), referem que os pacientes com demência evidenciam características pré-mórbidas interessantes do ponto de vista psicogenético: a frequência, anormalmente, elevada de concordância morte-nascimento (da morte de um parente muito próximo por altura do nascimento do sujeito), das perdas e das separações na infância – condicionando uma patologia do luto “da outra parte”. A expressão de dor/tristeza é bloqueada, interdita por um mecanismo activo de inibição, por uma via de identificação narcísica (Vignat et al., 1987). O trauma organiza-se no constante sofrimento narcísico do sujeito e pela exigência da permanência dos objectos externos (Myslinski, 1994). Muitos autores concordam, desta forma, em descrever a personalidade pré-demência como traumatofóbica, existindo analogia ao nível sintomatológico entre a demência e as síndromes pós-traumáticas, que ocorreram ao longo da vida, para além da infância (Hybler, 1998). Num estudo de Clement, Darthout e Nubukpo (2003), os indivíduos com demência evidenciam traços de personalidade de dependência, evitamento, sintomas obsessivos e alexitimia e, revelam maior número de recordações/situações traumáticas ao longo da vida.

Se a velhice é a idade de eleição das separações definitivas e dos lutos, ela pode tornar-se patogénica para os sujeitos que apresentem vulnerabilidades aos processos de separação (Abraham & Walter, 2008; Myslinski, 1994). Por seu turno, a angústia, na demência, evidencia um somatório de trabalhos de lutos incompletos e de separações-individações deficitárias – de um contínuo investimento nos objectos perdidos – uma angústia da “memória”, da saudade nostálgica (Abraham & Walter, 2008). Os factores psicopatológicos da demência reenviam à estrutura mental originária do sujeito e à sua construção da relação de objecto (Pellerin & Boiffin, 2001). Os limites psíquicos vão-se esbatendo e é esta angústia reactivada de abandono que o sujeito vai tentar colmatar através da procura desesperada de um objecto externo, ao qual se possa apegar, a objectos equivalentes aos objectos transicionais (Pellerin & Boiffin, 2001). De realçar, no entanto, que na demência existe a conservação do investimento dos objectos internos, até uma fase avançada da perturbação, enquanto na esquizofrenia, a existir, é uma perda total e prematura (Abraham & Walter, 2008).

Há que referir que em Portugal, segundo dados da Direcção-Geral da Saúde para o plano de 2004-2010, a prevalência da demência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando, entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos e sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo do que os homens com esta doença, sendo maior a incidência da demência de *Alzheimer* no sexo feminino (Direcção-Geral da Saúde, 2004). Segundo Myslinski (1994), existe uma problemática psíquica específica subjacente à eclosão da síndrome demencial, focando-se nos casos de demência de *Alzheimer* nas mulheres, visto que estes se demonstram com uma incidência mais elevada. Esta é uma problemática da dependência, a natureza dessa angústia, é a incapacidade em mentalizar a solidão, a separação, a ausência. Os comportamentos obedecem a uma lógica “anti-abandono” e as relações de objecto são organizadas como função paliativa a este risco. São marcados pela característica paradoxal da necessidade de dependência e de independência, revelando uma, o anaclitismo, a outra, o medo da perda do objecto (Garner, 2004). Evidencia uma oposição insustentável entre o Eu Ideal e o Ideal do Eu, colocando esta oposição simbólica a nu, a falha do fantasma original – “O que sou Eu, senão o desejo do Outro?” (Vignat et al., 1987) ou “O Objecto pensa em mim, logo Sou” (Myslinski, 1998). A demência é o produto

final de uma problemática abandonica e narcísica (Myslinski, 1998), sobretudo, uma psicopatologia da dependência, da pregnância da angústia de abandono (Thomas, Thomas, & Bouché, 2005). Na demência, o sujeito evidencia *l'image de l'object-zone complémentaire*, adquirindo o objecto um papel de complementaridade ao Eu (Chamond, 2000). A sintomatologia da demência expõe o sujeito ao seu “originário” (Chamond, 2000).

Parecem haver múltiplas evidências no sentido da demência estar relacionada com uma angústia e relação de objecto da ordem do anaclitismo e do medo do abandono/perda do objecto (Abraham & Walter, 2008; Chevance, 2005; Gerardin & Maheut-Bosser, 1998; Myslinski, 1998; Thomas et al., 2005), sendo estas características patognomónicas da patologia *borderline* (Coimbra de Matos, 2002).

Relembra-se e chama-se a atenção, a propósito da indistinção e discussão clássica entre a esquizofrenia e a demência (Barak et al., 1997), para um paralelo curioso com o facto de igualmente o termo *borderline* ter sido pensado, inicialmente, como uma forma atenuada de esquizofrenia ou como hebefrenia (psicose) (Bergeret, 2004).

A angústia do psicótico é a de fragmentação – de retraimento e de morte, da estranheza, do persecutório. É igualmente a angústia da aniquilação, da despersonalização e da desrealização (Bergeret, 2004; Fernandes, 2003; Grotstein, 1989; Spear & Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001). A angústia é invasiva, difunde-se pelo Eu, atingindo a totalidade do funcionamento psíquico (Coimbra de Matos, 2002).

A angústia do *borderline* é a angústia da perda do objecto (da incompletude narcísica) – da depressão anaclítica, do desespero e do desamparo, medo do abandono; situa-se no aquém da separação-indivuação (Bergeret, 2004; Fernandes, 2003; Masterson & Rinsley, 1975; Spear & Sugarman, 1984; Tuttmann, 1990; Westen, 1990).

A relação de objecto psicótica permanece fusional ao objecto, é parcial (Eu não coeso/objecto parcial), de tipo narcísico integral; conduzindo à expressão da sintomatologia negativa, ao desinvestimento dos objectos da realidade e a uma neoconstrução objectal. Registo unipolar, em que existe uma indiferenciação somatopsíquica, uma não delimitação entre o Eu e o objecto. Caracteriza-se pela não superação do registo pré-objectal, mecanismos de “absorção” e “difusão”, indistinção entre o “dentro” e o “fora” (Bergeret, 2004; Fernandes, 2003; Grotstein, 1989; Spear & Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001).

A relação de objecto do *borderline* permanece uma relação a dois, mas diferente da díade primitiva própria da psicose; relação de objecto clivada/anaclítica (Eu/objecto clivado). No anaclitismo existe separabilidade entre o Eu e o objecto, ainda que os limites sejam perfurados ou permeáveis (Bergeret, 2004; Fernandes, 2003; Masterson & Rinsley, 1975; Spear & Sugarman, 1984; Tuttmann, 1990; Westen, 1990).

Sistematizando, parece não existir exclusão recíproca entre a psicogénese e a organogénese da demência, sendo a aproximação psicodinâmica indispensável, considerando-se uma síndrome clínica sem prejuízo da sua organicidade, sendo os factores da organização da personalidade fundamentais (Abraham & Walter, 2008; Myslinski, 1994; Vignat et al., 1987). O tipo de angústia na demência é da ordem do abandonico, a angústia da perda do objecto (Abraham & Walter, 2008; Chevance, 2005; Gerardin & Maheut-Bosser, 1998; Myslinski, 1998; Thomas et al., 2005). Supõe-se uma personalidade pré-mórbida de organização *borderline* através de uma relação de objecto anaclítica (Abraham & Walter, 2008; Chevance, 2005; Gerardin & Maheut-Bosser, 1998; Myslinski, 1998; Thomas et al., 2005). Por seu turno, a esquizofrenia situa-se ao nível de organizações com constelações numa tendência ainda mais precoce, encontra-se ao nível das representações do pré-simbólico em que a identificação primária é equivalente ao desejo de ser o Outro (Bergeret, 2004). Posição esquizo-paranoide, da equação simbólica, em que sujeito e objecto não se diferenciam (Imbasciati, 2003).

No constructo psicodinâmico as relações objectais são consideradas como estruturando a organização das experiências passadas e do futuro (Priel, Kantor, & Besser, 2000). Existe um

continuum entre a função representativa dos objectos internos e as representações: um *continuum* na diacronia do desenvolvimento infantil e um *continuum* nos processos inconscientes do pensamento do adulto (Imbasciati, 2003).

Provavelmente existirá um *background* genético comum e inicial a ambas as perturbações – esquizofrenia e demência – (Barak et al., 1997), hipotetizando-se, neste estudo exploratório, que diferentes estruturas psíquicas de personalidade – fruto de um desenvolvimento precoce diferenciado (em interacção com os factores genéticos) – se associam ao desenvolvimento da esquizofrenia e da demência. Para além de se retomar uma problemática antiga, justifica-se a relevância desta questão, salientando-se o aumento da esperança média de vida (sendo o género feminino quem alcança uma maior longevidade) e, conseqüentemente, o aumento da taxa de demência e o aumento de idosos com esquizofrenia – podendo-se controlar na actualidade o factor idade, isto é, esquizofrenia e demência podem ser conjuntamente estudadas nas idades avançadas. Hoje em dia existe um relançamento desta temática, sendo analisada sobretudo ao nível das neurociências, nesta investigação visa-se analisar com as “lentes” da psicologia dinâmica esta mesma questão. Pretende-se aceder a uma análise exploratória da estrutura de personalidade que subjaz à perturbação orgânica/neurológica – demência – através de uma análise diferencial com a perturbação psiquiátrica – esquizofrenia – e dos aspectos específicos relacionados com a angústia e a relação de objecto. Apresenta-se a ideia que se expressará uma esquizofrenia ou uma demência, se existir associada uma estrutura psíquica de personalidade específica.

MÉTODO

Participantes

Amostra constituída por 58 participantes do sexo feminino, residentes em hospital psiquiátrico, sendo que 30 participantes têm o diagnóstico de esquizofrenia (51.7%) e 28 participantes o diagnóstico de demência (48.3%) – estando excluídas situações de comorbilidade. De referir que em relação às múltiplas etiologias da demência, a amostra é composta pelos diagnósticos de demência vascular (75%), demência de *Alzheimer* (21.5%) e demência dos Corpos de *Lewy* (3.5%), sendo no entanto de ressaltar que, para efeitos de análise todos os diagnósticos foram agrupados no diagnóstico geral de demência.

As participantes com o diagnóstico de esquizofrenia apresentam idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos ($M=68.83$ anos, $DP=8.13$) e as participantes com o diagnóstico de demência, idades compreendidas entre os 60 e os 98 anos ($M=83.36$ anos, $DP=7.51$).

Instrumentos

Mini Mental State (MMSE) (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994). É aplicada a prova de rastreio de competências cognitivas (avalia competências como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem).

Ao pretender-se aceder à estrutura psíquica de personalidade toma-se em análise dois factores: a angústia específica subjacente e a relação de objecto.

Avaliação da angústia. O instrumento de avaliação utilizado é a prova projectiva *Thematic Apperception Test (TAT)* (Murray, 1973). São seleccionados oito cartões sensíveis sobretudo às angústias pré-edipianas, de índole mais primitiva, a reacção à separação e à perda e relacionados com a capacidade de elaboração da posição depressiva. Os cartões escolhidos são designadamente

o 3BM, 5, 7GF, 9GF, 11, 12BG, 13B e o 19. O tratamento do TAT segue a análise dos processos feita de acordo com Shentoub (1999), incidindo ao nível de processos rígidos/controlo (série A), labilidade (série B), evitamento do conflito (série C) – processos de inibição de tipo fóbico, narcisismo, maníaco, condutas agidas e processos factuais – e emergência em processo primário (série E). De um ponto de vista exploratório, para avaliar do grau de simbiose subjacente às narrativas do TAT, é utilizado o *Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship* de Summers (1978). Enfatiza-se que esta definição é baseada na percepção das partes envolvidas na relação e não na interação comportamental por si (Summers, 1978). É utilizado o sistema de codificação específico para as provas projectivas, sendo que a codificação é dicotómica (presente ou ausente), registando-se a frequência total correspondente a cada grau de simbiose observado no conjunto global. Os graus/níveis de simbiose avaliados são (Summers, 1978): (1) indiferenciação, (2) intrusão comportamental, (3) intrusão não comportamental, (4) dificuldade de separação para o Eu, (5) dificuldade de separação para o Outro, (6) desaprovação da relação de Outros, (7) dependência, (8) ordens/injunções e (9) cumprimento de ordens.

Avaliação da relação de objecto. Parâmetro avaliado com a *Object Relations Scale* (Escala das Relações de Objecto) e, como forma complementar, com a *Sense of Reality of the Self and of the World Scale* (Escala de Consciência da Realidade do Eu e do Mundo Externo), ambas escalas que compõem o instrumento de avaliação *Ego Function Assessment* (EFA) (Bellak, 1989; Bellak & Goldsmith, 1984). O instrumento de avaliação EFA é sobretudo um instrumento clínico que permite a ligação entre a psiquiatria descritiva e a psicodinâmica, tendo por *background* a psicologia dinâmica (Bellak, 1989). O EFA permite avaliar doze funções egóicas através de doze escalas que podem ser aplicadas independentemente. A precisão e validade deste instrumento de avaliação psicológica tem sido suportada e corroborada por uma grande variedade de estudos (Bellak, 1989; Bellak & Goldsmith, 1984).

Os itens das duas escalas a serem utilizadas foram traduzidos e adaptados para a Língua Portuguesa. A fiabilidade de cada uma das escalas do questionário foi avaliada através do coeficiente de consistência interna *alpha de Cronbach*, para o grupo esquizofrenia (Escala das Relações de Objecto, $\alpha=.64$ e Escala de Consciência da Realidade do Eu e do Mundo Externo, $\alpha=.67$) e, para o grupo demência (Escala das Relações de Objecto, $\alpha=.69$ e Escala de Consciência da Realidade do Eu e do Mundo Externo, $\alpha=.75$) – considerando-se a consistência interna das escalas adequada.

A Escala das Relações de Objecto tem como principais funções componentes de análise: (A) grau e tipo de relação estabelecido com o Outro, grau de aproximação-distância e de flexibilidade na escolha e manutenção das relações de objecto, (B) primitividade-maturidade das relações de objecto, (C) grau no qual o sujeito percebe e responde na relação com o Outro como entidade independente em vez do Outro ser percebido como extensões dele próprio e, (D) constância objectal, grau e tipo de internalização (Bellak, 1989). A Escala de Consciência da Realidade do Eu e do Mundo Externo tem como principais funções componentes de análise: (A) grau de desrealização, (B) grau de despersonalização, (C) identidade e auto-estima e, (D) consciência da delimitação entre o Eu e o Outro (Bellak, 1989). Cada escala é composta por 10 itens/questões, sendo cada um dos itens lido à participante e a resposta desta enquadrada num tipo de resposta “Raramente”, “Às Vezes”, “Frequentemente” ou “Não Sei”. A partir do manual de codificação/avaliação de respostas de Bellak e Goldsmith (1984) avaliam-se cada uma das componentes de cada função egóica através de categorias qualitativas correspondentes a graus de desenvolvimento psíquico (do grau 1 ao grau 7). Cada um destes pontos stop (graus) estão cuidadosamente definidos e validados a partir de dados empíricos, apresentando-se esta codificação, segundo Bellak (1989), como o material apropriado para a avaliação do funcionamento egóico com propósitos de investigação.

Procedimento

Amostra recolhida em duas instituições psiquiátricas específicas do género feminino. Em relação à idade das participantes foi estabelecido *a priori* que a faixa etária a ser avaliada seria dos 60 anos em diante, visto ser neste período que a demência é maioritariamente diagnosticada. De ressaltar que apenas são tidas em análise as demências de etiologia não exógena e que não secundárias a múltiplas etiologias. Foi condição necessária, ao nível do MMSE (Guerreiro et al., 1994), uma pontuação global que indicasse ausência de défice cognitivo ou défice cognitivo ligeiro/demência ligeira. Constata-se, no grupo esquizofrenia, uma pontuação global de $M=22.07$ pontos e $DP=6.22$ e no grupo demência, uma pontuação global de $M=22.14$ pontos e $DP=6.63$.

A aplicação das provas de avaliação psicológica decorreu sempre face-a-face, em duas entrevistas, sendo primeiramente aplicado o MMSE e o TAT e, noutra entrevista, as duas escalas do EFA, perfazendo uma duração média de duas horas.

Análise dos dados. Em termos de análise estatística, após verificação da não normalidade da distribuição e da não homogeneidade das variâncias, recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* para a comparação dos resultados obtidos, nas diferentes variáveis dependentes, pelos dois grupos. Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao software *SPSS Statistics* (v.15, SPSS Inc. Chicago, IL). Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos com $p < .05$.

RESULTADOS

Avaliação da angústia

Constata-se, a partir do Quadro 1, diferenças entre o grupo esquizofrenia (GE) e o grupo demência (GD) relativamente ao uso de alguns dos processos da série A (controlo) em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre os processos A_1 1 (história construída próxima do tema banal) e A_2 15 (isolamento dos elementos ou das personagens) e o GE e igualmente uma associação entre os processos A_2 1 (descrição com fixação nos detalhes), A_2 2 (justificação das interpretações a partir desses detalhes), A_2 3 (precauções verbais) e A_2 8 (ruminação) e o GD.

Constata-se, a partir do Quadro 2, diferenças entre o grupo esquizofrenia (GE) e o grupo demência (GD) relativamente ao uso de dois dos processos da série B (labilidade), em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre o processo B_2 12 (acentuação de uma temática do estilo: correr, fugir, cair, etc.) e o GE e, igualmente, uma associação entre o processo B_2 8 (exclamações/comentários/digressões/referências pessoais) e o GD.

Constata-se, a partir do Quadro 3, diferenças entre o grupo esquizofrenia (GE) e o grupo demência (GD) relativamente ao uso de alguns dos processos da série C (evitamento do conflito) em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre os processos de inibição de tipo fóbico CP_5 (necessidade de colocar questões por parte do clínico), CP_6 (evocação de elementos ansiogénicos seguidos ou precedidos de parágrafos no discurso) e o processo factual CF_2 (acentuação do quotidiano, do factual, do actual, do concreto) e o GE e, igualmente, uma associação entre os processos de narcisismo CN_4 (postura significativa de afectos), CN_6 (insistência sobre a referência aos limites e aos contornos) e os processos maníacos CM_1 (sobreinvestimento da função de apoio do objecto), CM_2 (idealização do objecto) e o GD.

Constata-se, a partir do Quadro 4, diferenças entre o grupo esquizofrenia (GE) e o grupo demência (GD) relativamente ao uso de alguns dos processos da série E (emergência em processo primário), em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre os processos E_1 (escotomização/omissão de objectos manifestos), E_2 (percepção de detalhes raros e/ou bizarros), E_6 (percepção de objectos fragmentados e/ou objectos deteriorados ou personagens doentes,

deformadas), E₁₁ (confusão das identidades; interpenetração de papéis), E₁₄ (percepção do mau objecto/temas de perseguição) e E₁₉ (associações curtas) e o GE.

Constata-se, a partir do Quadro 5, diferenças entre o grupo esquizofrenia (GE) e o grupo demência (GD) relativamente ao grau de simbiose, demonstrado ao nível das respostas do TAT. Existe associação entre o grau 1 (indiferenciação) e o GE e, por seu turno, uma associação entre os graus 4 (dificuldade de separação para o Eu) e o 7 (dependência) e o GD. Não se evidenciam diferenças significativas entre os grupos relativamente aos graus 2 (intrusão comportamental), 3 (intrusão não comportamental) e 5 (dificuldade de separação para o Outro), não sendo registadas quaisquer respostas de tipo grau 6 (desaprovação da relação de Outros), 8 (ordens/injunções) e 9 (cumprimento de ordens).

QUADRO 1

Análise dos processos da série A (controlo) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD)

Processos		GE	GD	U	Z
		Média das ordens	Média das ordens		
A1	1	32.83	25.93	320.00**	-2.47
A2	1	22.13	37.39	199.00****	-3.74
	2	24.50	34.86	270.00****	-3.55
	3	23.78	35.63	248.50***	-2.88
	8	20.83	38.79	160.00****	-4.25
	15	32.27	26.54	337.00*	-1.97

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .002$; **** $p < .001$.

QUADRO 2

Análise dos processos da série B (labilidade) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD)

Processos		GE	GD	U	Z
		Média das ordens	Média das ordens		
B2	8	22.68	36.80	215.50**	-3.23
	12	33.70	25.00	294.00*	-3.11

Nota. * $p < .002$; ** $p < .001$.

QUADRO 3

Análise dos processos da série C (evitamento do conflito) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD)

Processos		GE	GD	U	Z
		Média das ordens	Média das ordens		
CP	5	34.15	24.52	280.50**	-2.19
	6	31.37	27.50	364.00*	-1.98
CN	4	25.92	33.34	312.50**	-2.14
	6	23.68	35.73	245.50***	-2.94
CM	1	18.22	41.59	81.50****	-5.46
	2	26.55	32.66	331.50*	-1.84
CF	2	37.70	20.71	174.00****	-4.21

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .002$; **** $p < .001$.

QUADRO 4

Análise dos processos da série E (emergência do processo primário) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD)

Processos	GE		GD		U	Z
	Média das ordens		Média das ordens			
E 1	33.25	25.38	304.50*	-1.93		
2	33.08	25.66	312.50**	-2.37		
6	33.77	24.93	292.00**	-2.19		
11	34.02	24.66	284.50***	-2.97		
14	34.23	24.43	278.00**	-1.38		
19	38.47	19.89	151.00****	-4.46		

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .002$; **** $p < .001$.

QUADRO 5

Análise das respostas ao TAT relativas ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD) segundo o Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship de Summers (1978)

Grau	GE		GD		U	Z
	Média das ordens		Média das ordens			
1	36.82	21.66	200.50***	-3.90		
2	26.72	32.48	336.50	-1.58		
3	29.43	29.57	418.00	-0.71		
4	26.85	32.34	340.50*	-1.82		
5	29.00	30.04	405.00	-1.03		
7	24.57	34.79	272.00**	-2.59		

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Avaliação da relação de objecto

Avaliação das respostas do grupo esquizofrenia (GE) e do grupo demência (GD) na Escala das Relações de Objecto (Bellak & Goldsmith, 1984). Constata-se que o diagnóstico das participantes as diferencia de forma estatisticamente significativa nalguns aspectos da avaliação das relações de objecto. Os grupos têm avaliações estatisticamente diferentes relativamente a A2 (distanciamento relacional tipo esquizóide) ($U=350.00, p < .02$), B2 (relações do presente caracterizadas pelas fixações precoces) ($U=336.00, p < .01$) e C2 (o Outro raramente é percebido como entidade separada) ($U=351.00, p < .05$) sendo estas mais frequentes no GE e em C3 (identidade dependente do externo) ($U=288.00, p < .01$), C4 (o Outro é tomado em consideração em situações neutras ou que não sejam potenciadoras de ansiedade) ($U=250.00, p < .001$) e D4 (sensível a potenciais rejeições e abandonos) ($U=303.00, p < .02$) sendo estas mais frequentes no GD. As avaliações respectivas ao nível 6 e 7 não foram observadas assim como avaliações do nível 1, no GD.

Avaliação das respostas do grupo esquizofrenia (GE) e do grupo demência (GD) na Escala de Consciência da Realidade do Eu e do Mundo Externo (Bellak & Goldsmith, 1984). Constata-se que o diagnóstico das participantes as diferencia de forma estatisticamente significativa nalguns aspectos da avaliação da consciência da realidade do Eu e do mundo externo. Os grupos têm avaliações estatisticamente diferentes relativamente a A3 (marcada desrealização mas tendencialmente menos pronunciada do que a despersonalização) ($U=295.00, p < .002$), B2 (marcada despersonalização, dissociação) ($U=311.00, p < .02$), C2 (sensação marcada de estranheza/grandiosidade) ($U=322.00, p < .01$), C3 (desvalorização) ($U=286.00, p < .002$), D2 (fenómeno de fusão proeminente, sem total

perda da distinção entre Eu e realidade externa) ($U=252.00, p<.001$) e D3 (identidade normalmente dependente do *feedback* externo) ($U=338.00, p<.05$), sendo estas mais frequentes no GE e, em A5 (desrealização, excepcional) ($U=283.00, p<.002$), B5 (despersonalização, muito rara) ($U=209.00, p<.001$), C4 (personalidades *as-if*) ($U=261.00, p<.002$), C5 (identidade mais ou menos estável) ($U=329.00, p<.01$) e D4 (por vezes, dependente do *feedback* externo para manter a identidade) ($U=201.00, p<.001$), sendo estas mais frequentes no GD. As avaliações respectivas ao nível 6 e 7 não foram observadas, assim como, avaliações do nível 1 no GD.

DISCUSSÃO

Parecem existir evidências no sentido das características da estrutura psíquica tendencialmente psicótica, estarem relacionadas, em predominância, com o diagnóstico de esquizofrenia e, as características da estrutura psíquica tendencialmente *borderline*, estarem relacionadas, em predominância, com o diagnóstico de demência. Salva-se que a interpretação dos dados e possíveis generalizações que possam ser efectuadas apenas se confinam à amostra limitada do estudo e ao género feminino.

Começa-se por analisar os processos psicológicos usados na elaboração das narrativas aos cartões estímulo do TAT. Associados ao diagnóstico de esquizofrenia, surgem processos que revelam a desestruturação e a problemática psicótica, mas também defesas, recorrendo à banalização/ao concreto, como seja o processo da série controlo, em que existe recurso à história construída, próxima do tema banal, sem usufruir da fantasia ou da simbolização, mantendo-se, contudo, adequada. No entanto, processos como a acentuação do quotidiano, do factual, do actual, do concreto revelam a não recordação, a não associação e a ausência de reacção afectiva, constatando-se um défice de ressonância fantasmática (Brelet, 1986; Shentoub, 1999). Desta forma, parece ser neste sentido que processos da série A (controlo), da série B (labilidade), processos fóbicos da série C (evitamento do conflito) e as associações curtas da série E (emergência em processo primário) revelam o desligamento relacional, o agir corporal, o défice de ligação/conexão entre as representações, o encapsulamento afectivo e, por vezes, a falência dos mecanismos de defesa. Relativamente aos processos da série E, emergência em processo primário, existe, igualmente, no grupo esquizofrenia, uma tendência para a escotomização/omissão de objectos manifestos, não havendo deformação do real mas uma “manipulação do percebido” com fins defensivos. A percepção de detalhes raros e/ou bizarros e a percepção do mau objecto/temas de perseguição evidenciam o mecanismo de projecção e da pregnância da relação dual (Brelet, 1986; Shentoub, 1999).

Por sua vez, associados ao diagnóstico de demência, evidenciam-se processos que parecem indiciar sobre uma problemática posicionada entre a estrutura neurótica e a estrutura psicótica. Surgem associados ao diagnóstico de demência processos da série A (controlo), como a descrição com fixação nos detalhes, as justificações das interpretações a partir desses detalhes, as precauções verbais, a ruminação, e por seu turno, as exclamações/comentários/digressões/referências/apreciações pessoais (série B, labilidade) e o processo narcísico da série C (evitamento do conflito), através da postura significativa de afectos. Todos estes processos tomados como um todo parecem ser indicadores de um arranjo de sintomatologia neurótica, em que existe um apego aos pormenores que reenviam para a utilização da realidade externa para lutar contra as emergências da realidade interna, como por exemplo, o poder apoiar-se numa realidade perceptiva para justificar o afecto ligado à separação, uma certa capacidade para exprimir o conflito e um uso da fantasia, um apelo à relação, existindo a noção de separabilidade entre o Eu e o Outro (Brelet, 1986; Shentoub, 1999); igualmente como defesa contra o risco de um envolvimento pessoal

excessivo na resposta (Fernandes, 2003). Estes processos parecem também evidenciar arranjos de tipo obsessivo compulsivo ou comportamentos fóbicos, característicos em organizações *borderline* (Bergeret, 2004). De lembrar ainda, Bergeret (2000), quando refere uma divisão do campo relacional nos *borderline*, dois sectores distintos, um deles conservando uma correcta avaliação da realidade, o outro funcionando de um modo menos realista – um sector adaptativo e um sector anaclítico.

De salientar a associação de determinados processos da série E (emergência em processo primário), como a percepção de objectos fragmentados (e/ou objectos deteriorados ou de personagens doentes, deformadas) e a confusão das identidades (interpenetração de papéis) – com o grupo esquizofrenia. Processos estes identificativos, por um lado, da angústia de fragmentação, projecção e da identificação projectiva, pelo outro, da indistinção entre o Eu e o objecto, sendo que as personagens do relato ficam confundidas, até mesmo amalgamadas, numa única representação, da ordem do fusional (Shentoub, 1999). Por seu turno, a salientar que ao grupo demência surgem associados determinados processos da série C (evitamento do conflito) – o processo narcísico de insistência sobre a referência aos limites e aos contornos e, os processos maníacos de sobreinvestimento da função de apoio do objecto e de idealização do objecto (valência positiva ou negativa). Processos estes, uns identificativos da insistência à delimitação, do reforço dos limites da fronteira “dentro/fora”, interno/externo, outros da definição do objecto, essencialmente, através da sua função anaclítica e de suporte e, outros ainda, do investimento na representação de um objecto percebido como idealmente bom/potente/belo, ou o seu contrário (Brelet, 1986; Shentoub, 1999).

Reflecte-se, da problemática comum a ambos os grupos – da perturbação da relação precoce, das carências das relações de objecto, da desestabilização da interacção entre mundo interno e externo, da colagem à realidade por embotamento da vida psíquica.

Interessante o facto de estes resultados irem no sentido dos dados das análises de TAT, em pacientes esquizofrénicos e *borderlines*, num estudo de Fernandes (2003). Salienta-se, ao nível dos pacientes esquizofrénicos, o primado dos processos de tipo factual e, ao nível da emergência dos processos primários, a percepção de objectos fragmentados, a confusão de papéis e a percepção do mau objecto. Por seu turno, ao nível dos pacientes *borderline*, Fernandes (2003) salienta que as precauções verbais e a fixação nos detalhes são, igualmente, os processos mais frequentes nos processos de controlo. Segundo dados deste mesmo estudo, os processos de evitamento narcísicos são reveladores de um funcionamento *borderline*, assim como os processos de tipo factual. Relativamente aos processos maníacos, encontra-se, igualmente, com frequência, o recurso à idealização do objecto, o sobreinvestimento da função de apoio e as piruetas e viravoltas. Na emergência em processo primário, destaca-se a representação maciça de uma problemática relacionada com a representação de morte, ou suicídio.

Tais angústias subjacentes bem como os processos psicológicos específicos da esquizofrenia e da demência ficam bem patentes do ponto de vista qualitativo, em alguns extractos de histórias do TAT. Por exemplo, no cartão 11- apresenta como conteúdo manifesto uma paisagem caótica, com vivos contrastes de sombra e de claridade – uma paciente com esquizofrenia refere “Isto é o apocalipse! Isto é uma destruição, horrível, que horror... Ai, aquilo parece-me uma bilha, um vaso, a explodir e a derramar coisas... O fim do mundo!”; “(...) Dá a impressão de um esqueleto... dá a impressão de serem partes de um esqueleto (silêncio). A cabeça... uma perna... aqui diversos ossos (silêncio)”; e uma paciente com demência “(...) Vejo aqui uma pessoa para servir de amparo a este que vai a cair...”; “(...) é uma estrada com limites para as pessoas não caírem... um caminho limitado...”. No 12BG – apresenta como conteúdo manifesto uma paisagem arborizada nas margens de um curso de água, com uma árvore e um barco em primeiro plano – uma paciente com esquizofrenia “Isto é no campo (...). Gostava de entrar no sobreiro, entrar, entrar, entrar... (aponta interior da árvore)”. No cartão 13B – apresenta como conteúdo manifesto um rapazinho sentado à entrada de um casebre com tábuas mal unidas – uma paciente com demência “Um garoto...

sozinho... ou esperando que o pai ou a mãe chegue... Isto dá aspecto de abandono... está num local ermo, numa atitude de espera... esperando...”; “Acho que está desesperada, mas não pode porque ainda é uma criança... mas está à espera de algo!”.

Desta forma, parece assim que existem dados no sentido de associar a angústia do psicótico – angústia de fragmentação/morte, de um vazio objectal e persecutório (Bergeret, 2004; Coimbra de Matos, 2002; Grotstein, 1989; Spear & Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001) – ao diagnóstico de esquizofrenia. E por seu turno, associar a angústia do *borderline* – angústia da perda do objecto (da incompletude narcísica) e da depressão anaclítica, do desespero e do desamparo (Bergeret, 2004; Coimbra de Matos, 2002; Masterson & Rinsley, 1975; Spear & Sugarman, 1984; Tuttmann, 1990; Westen, 1990) – ao diagnóstico de demência. A reforçar esta ideia estão os dados da avaliação da simbiose às narrativas do TAT, segundo uma análise proposta por Summers (1978). Desta forma, o grau de simbiose correspondente à Indiferenciação está associado ao diagnóstico de esquizofrenia, revelando da indiferenciação sujeito/objecto, da não separabilidade entre “dentro/fora” e da relação fusional. Os graus de simbiose correspondentes, à Dificuldade de Separação para o Eu e, à Dependência, estão associados ao diagnóstico de demência, revelando a angústia de abandono, o medo da perda do objecto, a necessidade de uma ligação anaclítica.

Ao nível da avaliação das relações de objecto existem, igualmente, indicadores das especificidades do diagnóstico de esquizofrenia e do diagnóstico de demência. Segundo uma abordagem de Bellak e Goldsmith (1984), identificam-se diferenças entre as pacientes com esquizofrenia e as pacientes com demência, no desenvolvimento psíquico de algumas das funções componentes da relação de objecto. Desta forma, parece existir indicação no sentido da associação entre o diagnóstico de esquizofrenia e: (A2) considerável distanciamento relacional tipo esquizóide sem, no entanto, retirada da realidade, relações marcadamente narcísicas, parasitas e simbióticas e, oscilação entre ligações simbióticas e de desligamento, de um cariz infantil; (B2) as relações do presente são caracterizadas pela transferência baseada em fixações precoces do desenvolvimento e deverão reflectir a perturbação da relação primária e; (C2) o Outro raramente é percebido como entidade separada. Responde ao Outro somente numa perspectiva egocêntrica, obtendo prazer exercendo poder/manipulação. Por seu turno, existe indicação da associação entre o diagnóstico de demência e as seguintes funções componentes da relação de objecto: (C3) o Outro somente ocasionalmente é percebido como existindo no seu pleno direito, muitas “auto-referências” na relação com o Outro, sendo a identidade extremamente dependente do externo, tentativas de “mudar” os outros de forma a obter um sentimento de “cristalização” ao nível do Eu, podendo explorar os outros de forma a satisfazer as suas necessidades, sem ter em conta a outra parte; (C4) o Outro é tomado em consideração em situações neutras ou que não sejam potenciadoras de ansiedade. Perante circunstâncias de maior conflito tenta mudar o comportamento do Outro de forma a proporcionar estabilidade individual; e (D4) sensível a potenciais rejeições e abandonos quando não em relação com o Outro. A solidão não é eficazmente tolerada.

Reforçando alguns destes dados evidenciam-se, igualmente, diferenças entre as pacientes com esquizofrenia e as pacientes com demência, no desenvolvimento psíquico de algumas das funções componentes da consciência da realidade do Eu e do mundo externo. Segundo a abordagem de Bellak e Goldsmith (1984), a avaliação das componentes desta função sugere que associado à esquizofrenia parece existir (A3) uma marcada desrealização mas tendencialmente menos pronunciada do que a despersonalização; (B2) marcada despersonalização, dissociação; (C2) sensação marcada de estranheza, não pertença, ou sentimentos de grandiosidade. O externo, o Outro, não fornece relação securizante. Grande discrepância entre a auto-imagem e o Ideal do Eu; (C3) desvalorização. Identidade fragmentada, não unificada; (D2) o fenómeno de fusão é proeminente, sem no entanto, ocorrer total perda da distinção entre Eu e realidade externa. Poderão ocorrer reacções extremas de aversão à fusão na forma de reforçar a separação, reivindicando

independência; (D3) identidade normalmente dependente do *feedback* externo, quando este *feedback* é negativo ou ausente, a consciência do Eu como entidade separada e delimitada falta. Por outro lado, os resultados da avaliação associados à demência indicam a existência de (A5) desrealização, só excepcionalmente; (B5) fenômenos de despersonalização, igualmente raros; (C4) personalidades *as-if*, desempenhando um *role-playing* ao nível da identidade. Sentimentos de humilhação; (C5) identidade mais ou menos estável. O sentimento de identidade poderá faltar quando as circunstâncias externas não são familiares. Sente-se valorizado perante os elogios do Outro; (D4) por vezes, dependente do *feedback* externo para manter a identidade. Perante situações muito específicas e de relativa estabilidade consegue manter-se independente do suporte externo.

Tomando, globalmente, em análise estes dados e a análise, anteriormente feita ao nível da prova projectiva TAT, pressupõem-se indicadores no sentido da associação entre a esquizofrenia e uma relação de objecto, tendencialmente, fusional/parcial (Eu não coeso/objecto parcial), própria de uma estrutura psicótica, de tipo narcísico integral, de desinvestimento dos objectos da realidade e a uma indistinção entre o “dentro” e o “fora” (Bergeret, 2004; Grotstein, 1989; Spear & Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001). Igualmente, parecem haver indicadores no sentido da associação entre a demência e uma relação de objecto, tendencialmente, anaclítica/clivada (Eu/objecto clivado), própria de uma estrutura *borderline*, permanecendo centrada numa dependência anaclítica ao Outro, apoiando-se nele, sendo um suporte securizante à sua angústia de perda, abandono. Relação de dependência que continua a ser jogada e vivida a dois, no entanto, existe separabilidade entre o Eu e o objecto, ainda que os limites sejam permeáveis (Bergeret, 2004; Masterson & Rinsley, 1975; Spear & Sugarman, 1984; Tuttmann, 1990; Westen, 1990).

Algumas das possíveis limitações deste estudo estão relacionadas com a amostra não se encontrar devidamente estratificada e homogeneizada, e devido ao diagnóstico de demência englobar três etiologias diferentes e, adicionalmente, de carecer da avaliação específica aos mecanismos de defesa.

Como sugestões para futuras investigações apresenta-se como de interesse o explorar possíveis “arranjos espontâneos”, sobretudo de tipo narcísico e obsessivo, subjacentes à demência. A análise comparativa entre as diferentes etiologias da demência e a medida psicológica em causa teriam, igualmente, interesse.

Relembra-se Freud “Se atirmos um cristal ao chão, ele parte-se; mas não em estilhaços ao acaso. Ele divide-se, ao longo das linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora invisíveis, estão predeterminados pela estrutura do cristal” (1933, p. 71). Nisto se baseia a ideia deste estudo exploratório, hipotetizando-se que, para “adoecer do ponto de vista funcional ou orgânico”, de uma determinada forma, é necessária uma pré-estrutura específica.

REFERÊNCIAS

- Abraham, V. G., & Walter, M. (2008). À propos d'une psychopathologie de la démence. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 47(8), 32-37.
- Barak, Y., Swartz, M., & Davidson, M. (1997). Dementia in elderly schizophrenic patients: Reviewing the reviews. *International Review of Psychiatry*, 9, 459-463.
- Bellak, L. (1989). *Ego Function Assessment (EFA): A manual*. New York: C.P.S. Inc.
- Bellak, L., & Goldsmith, L. A. (1984). *The broad scope of ego function assessment*. New York: John Wiley & Sons.

- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica* (M. E. Marques, trad., 3ª ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1996)
- Bergeret, J. (2004). *Psicologia patológica: Teórica e clínica* (A. Dominguez, trad., 2ª ed.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1972)
- Brelet, F. (1986). *Le T.A.T.: Fantasma et situation projective*. Paris: Dunod.
- Chamond, J. (2000). De l'originare dans la démence sénile régressée: La modélisation de Pierra Aulagnier. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 42(4), 55-58.
- Chevance, A. (2005). Désir d'oubli chez le patient Alzheimer, un concept clef pour une prise en charge psychothérapique. In J. M. Talpin (Ed.), *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement* (pp. 107-146). Paris: Dunod.
- Clement, J. P., Darthout, N., & Nubukpo, P. (2003). Événements de vie, personnalité et démence. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillissement*, 1(2), 129-138.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero*. Lisboa: Climepsi.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (M.F.M., trad., 3ª ed.). Portugal: Europa-América. (Obra original publicada em 1999)
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas* (Publicação N° 13/DGCG), Portugal: Ministério da Saúde.
- Evans, S. (2008). Beyond forgetfulness: How psychoanalytic ideas can help us to understand the experience of patients with dementia. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 22(3), 155-176.
- Fernandes, I. M. B. (2003). *Do objecto a conhecer ao objecto conhecido: Estudo comparativo do Rorschach e do T.A.T.*, dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Freud, S. (1933). A dissecação da personalidade psíquica. In F. L. Castro (Ed.), *Textos essenciais da psicanálise: A estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia* (pp. 69-94, I. Busse, trad., 2ª ed., Vol. 3). Portugal: Europa-América.
- Garner, J. (2004). Dementia. In S. Evans & J. Garner (Eds.), *Talking over the years: A handbook of dynamic psychotherapy with older adults* (pp. 215-230). USA: Brunner-Routledge.
- Gerardin, P., & Maheut-Bosser, A. (1998). En partance, ou à la recherche de soi. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 20, 52-53.
- Grotstein, J. S. (1989). A revised psychoanalytic conception of schizophrenia: An interdisciplinary update. *Psychoanalytic Psychology*, 6(3), 253-275.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination*. Comunicação apresentada na Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Coimbra.
- Harvey, P. D. (2005). Dementia and schizophrenia: Similarities and differences. In P. D. Harvey (Ed.), *Schizophrenia in late life: Aging effects on symptoms and course of illness* (pp. 101-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, S. K., Ragland, D., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2002). Neuropsychological profiles delineate distinct profiles of schizophrenia, an interaction between memory and executive function and uneven distribution of clinical subtypes. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(6), 765-780.
- Hybler, M. (1998). L'horreur de la mémoire et la mémoire de l'horreur. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 20, 17-19.
- Imbasciati, A. (2003). *Nascimento e construção da mente* (J. Serra, trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1998)

- Keshavan, M. S., & Jindal, R. D. (2010). Neurobiology and etiology of primary schizophrenia. In P. S. Sachdev & M. S. Keshavan (Eds.), *Secondary schizophrenia* (pp. 3-15). United Kingdom: Cambridge University.
- Lautenschlager, N. T., & Kurz, A. F. (2010). Neurodegenerative disorders and schizophrenia-like psychosis. In P. S. Sachdev & M. S. Keshavan (Eds.), *Secondary schizophrenia* (pp. 204-213). United Kingdom: Cambridge University.
- Masterson, J. F., & Rinsley, D. D. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, *56*, 163-177.
- Murray, H. A. (1973). *Thematic apperception test manual*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press. (Obra original publicada em 1943)
- Myslinski, M. (1994). Permanence des organisateurs de la vie mentale adulte sous la présentation déficitaire de la femme âgée. *Psychologie Médicale*, *26*(4), 365-367.
- Myslinski, M. (1998). L'attachement thérapeutique: Une réponse humaine à la souffrance de l'abandon dans la démence. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, *20*, 46-47.
- Palmer, B. W., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Kuck, J., Braff, D., & Harris, M. J. (1997). It is possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*, *11*(3), 437-446.
- Pellerin, J., & Boiffin, A. (2001). Sundowning et angoisse archaïque. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, *46*(5), 23-26.
- Priel, B., Kantor, B., & Besser, A. (2000). Two maternal representations. *Psychoanalytic Psychology*, *17*, 128-145.
- Shentoub, V. (1999). *Manual de utilização do T.A.T.* (F. Fonseca, trad.). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1990)
- Spear, E. E., & Sugarman, A. (1984). Dimensions of internalized object relations in borderline and schizophrenic patients. *Psychoanalytic Psychology*, *1*(2), 113-129.
- Steen, R. G. (2007). *The evolving brain: The known and the unknown*. New York: Prometheus Books.
- Steiner, J. (1991). A psychotic organization of the personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, *72*, 201-207.
- Summers, F. (1978). Manual for the measurement of symbiosis in human relationship. *Psychological Reports*, *43*, 663-670.
- Thomas, C. H., Thomas, P., & Bouché, C. (2005). Chutes et anxiété. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gériatrie*, *116*(12), 274-277.
- Turetsky, B. I., Moberg, P. M., Mozley, L. H., Moelter, S. T., Agrin, R. N., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2002). Memory-delineated subtypes of schizophrenia: Relationship to clinical, neuroanatomical, and neurophysiological measures. *Neuropsychology*, *16*(4), 481-490.
- Tuttman, S. (1990). Exploring an object relations perspective on borderline conditions. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, *18*, 539-553.
- Vignat, J. P., Bragard, J. J., & Suchet, D. (1987). Démence et psychogénèse. *Médecine & Hygiène*, *1702*(45), 1466-1472.
- Waddell, M. (2007). Only connect: The links between early and later life. In R. Davenhill (Ed.), *Looking into later life: A psychoanalytic approach to depression and dementia in old age* (pp. 187-200). United Kingdom: Karnac.
- Westen, D. (1990). Towards a revised theory of borderline object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, *71*, 661-693.
- Willick, M. S. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *Journal of American Psychoanalytic Association*, *49*, 27-56.

The aim of this research is to explore the possible association and continuum between a specific psychic structure of personality and the diagnoses of schizophrenia and dementia. The sample consisted of 58 female participants, 30 participants diagnosed with schizophrenia ($M=68.83$ years of age, $SD=8.13$) and 28 participants diagnosed with dementia ($M=83.36$ years of age, $SD=7.51$). The projective test TAT (Murray, 1973; Shentoub, 1999), the Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship (Summers, 1978) and the scales of the Ego Function Assessment (Bellak, 1989) were used for the psychological assessment. The fragmentation anguish and the fusional object relation were associated with schizophrenia and the abandonic anguish and the anaclitic object relation were associated with dementia. It was assumed that specific psychic structures of personality were associated with the different diagnoses, the psychotic structure connected with schizophrenia and the borderline structure with dementia. The discussion points out significant issues of this study. Some suggestions for further research are proposed.

Key-words: Dementia, Dynamic psychology, Personality, Psychopathology, Schizophrenia.