

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

O Núcleo Psicótico numa Psicose em Potencial Complexo de Mãe Morta e Psicose Branca – Um Estudo de Caso

António Rafael Rodriguez Agostinho Neves

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2014

O Núcleo Psicótico numa Psicose em Potencial
Complexo de Mãe Morta e Psicose Branca – Um Estudo de Caso

António Rafael Rodriguez Agostinho Neves

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapias e
Psicologia Clínica

Orientador: Professor Doutor Henrique Testa Vicente

Coorientadora: Dr.^a Maria Alice de Melo Alves

Coimbra, outubro de 2014

Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu pai

Agradecimentos

Ao meu pai pelos conselhos que me dá, pelas histórias que me conta, pelos valores que me transmitiu e por me ensinar que na vida necessitamos de um pouco de rebeldia.

À minha mãe pelo carinho e amor que me transmite, pelas longas conversas noite dentro que me inspiraram e motivaram, pela ajuda e dedicação que me deu.

À Sara que muitas vezes me ouviu até adormecer, que muitas vezes esperou até raiar o dia para me acolher em seus braços, que teve sempre uma palavra de incentivo, muita paciência e sobretudo um apoio incondicional.

Ao Micael Neves, Ricardo Gonçalves, Nuno Paiva e José Martins, pela amizade, pelo apoio, pelo companheirismo, pela partilha e pelos bons momentos.

Ao Professor Doutor Henrique Testa Vicente por ter aceitado trabalhar neste projeto, pelo estímulo, dedicação e apoio. As suas preciosas observações tornaram possível este trabalho.

Um especial agradecimento à Dr.^a Maria Alice Melo pela sugestão do tema, pelo que me ensinou e pela forma como me tratou enquanto seu orientando. Para sempre será uma referência importante na minha vida e na minha carreira profissional.

Aos colegas e funcionários da Clínica Dorial que partilharam comigo os seus conhecimentos, que permitiram a minha integração e me ajudaram em momentos de dúvida. Em especial à Maria João Dias, pelos momentos de bom humor que recordo com carinho.

Ao diretor da Clínica Dorial, Dr. José Dória, pela oportunidade proporcionada aos alunos do ISMT.

Aos pacientes com quem tive o prazer de trabalhar, por me acolherem e respeitarem, por me mostrarem as várias facetas da doença mental e sobretudo pelo que me ensinaram.

Resumo

Este estudo teve como objetivo principal explorar dois conceitos importantes na teoria do psicanalista francês André Green: complexo de mãe morta e psicose branca. A decaetexia provocada pelo afastamento emocional materno (complexo de mãe morta), induz um vazio interior (angústia branca). Esta sensação de vazio, de paragem, uma depressão sem afetos e a alucinação negativa, são manifestações da psicose branca (estrutura matriz onde se observa o núcleo da psicose sem que esta necessariamente se manifeste).

O método utilizado foi o estudo de caso, de um sujeito do sexo masculino em regime de internamento. Os instrumentos de avaliação incluem a técnica projetiva de Rorschach (aplicada no início e no final do internamento) e o *Thematic Apperception Test* (aplicado no início do internamento).

Através do material colhido em contexto de acompanhamento individual e das técnicas projetivas observaram-se pontos de contacto entre o conceito de psicose branca de Green, falso *self* de Winnicott e as personalidades “*as if*” de Helene Deutsch. A morte metafórica da mãe, o seu afastamento emocional, poderá estar na origem destas perturbações, onde se observa o núcleo da psicose. Nestas situações clínicas, em que o vazio interno predomina, a prática psicoterapêutica requer um posicionamento particular do clínico, que não deve estar nem muito próximo (sentido como intrusivo) nem muito distante (sentido como abandonónico) do seu paciente.

Palavras-chave: psicose branca, complexo de mãe morta, núcleo psicótico

Abstract

This work had the purpose of exploring two important concepts in the theory of the French psychoanalyst André Green: the dead mother complex and the blank psychosis. The decaathexis caused by a maternal emotional withdrawal (dead mother complex) induces an internal void (blank anguish). This feeling of emptiness, stoppage, a depression without affects and the negative hallucination are manifestations of blank psychosis (a matrix structure where one can observe the psychotic kernel, even though without having a manifest psychosis).

The applied method was the case study, with a young male institutionalized subject, and to support it we used the Thematic Apperception Test (applied in the early phases of treatment) and the Rorschach projective technique (applied at the beginning and ending of the treatment).

Through the data collected in the therapeutic sessions and the projective techniques applied, we observed points of contact between blank psychosis, Winnicott's False Self and Helene Deutsch "as if" personalities. The mother's metaphorical death, her emotional withdrawal, could be in the genesis of these disturbances, where we can observe the psychotic kernel. When we are dealing with this kind of patient, where the internal void prevails, the psychotherapeutic technique requires a special positioning from the therapist in relation to the patient, that shouldn't be too close (experienced as intrusive), nor too distant (experienced with feelings of abandonment).

.

Key-words: blank psychosis, dead mother complex, psychotic kernel

Índice

Introdução	1
O complexo de mãe morta – A metáfora da morte numa mãe deprimida	1
A Psicose branca – O horror do vazio numa psicose em potencial	8
Material e Métodos	13
Tipo de estudo	14
Participantes	13
Instrumentos e técnicas de recolha de informação	13
Entrevista semidiretiva	14
Consultas de psicologia clínica	14
A técnica projetiva de Rorschach	14
O Thematic Apperception Test (TAT)	15
Procedimentos	15
Resultados	16
O Caso S.	16
Resultados da prova projetiva de Rorschach (psicograma)	22
Discussão dos resultados do psicograma da prova projetiva de Rorschach	23
Análise comparativa dos dois momentos de avaliação com a prova projetiva de Rorschach	26
Resultados e discussão do TAT	27
Discussão e Conclusões	28
Bibliografia	33
Anexos	

Introdução

O *complexo de mãe morta* foi descrito por André Green na década de 1980. Este complexo é consequência da transformação da figura materna, outrora fonte de vitalidade para a criança, numa figura distante, neutra, que está, ela própria, embrenhada numa depressão. Desta forma, esta mãe permanece viva, mas está psiquicamente morta aos olhos da sua criança. A identificação a esta figura é feita com o “buraco” da sua ausência, com o vazio deixado por ela, originando a série branca (*angústia branca, psicose branca e alucinação negativa*).

A psicose branca foi descrita por André Green e Jean Luc Donnet na década de 1970 e remete para uma estrutura invisível onde se pode manifestar o núcleo da psicose. Não se trata de uma psicose manifesta, mas de um potencial psicótico que pode ou não concretizar-se. Esta é caracterizada principalmente por uma sensação de vazio, por uma depressão sem afetos e pela alucinação negativa do pensamento.

Na literatura científica portuguesa existem poucos estudos ou casos reportados que abordem especificamente a psicose branca e o complexo de mãe morta. Com efeito, da extensa obra bibliográfica de Green, apenas “*Les Chaînes d'Éros: Actualité du sexuel*” foi publicada em Portugal. Nesse sentido, serão abordados, primeiramente, os dois conceitos nucleares que enformam o presente estudo e, posteriormente será apresentado um caso clínico, com dados decorrentes de entrevistas de avaliação/acompanhamento psicológico e da aplicação de testes projetivos, visando ilustrar os conceitos em apreço, fomentar a reflexão crítica acerca dos mesmos e divisar caminhos de investigação/intervenção psicoterapêutica.

O complexo de mãe morta – A metáfora da morte numa mãe deprimida

O termo “*mãe morta*” é introduzido em 1980 por André Green para se referir, não à morte real da mãe e as suas consequências para a criança, mas a uma morte simbólica: “*a mother who remains alive but who is, so to speak, psychically dead in the eyes of the young child*”¹ (Green, 1983 p. 142). Essa morte psíquica teria como causa uma depressão materna que transforma um objeto fonte de vitalidade para a criança (importa salientar que esta morte psíquica ocorreria no contexto de uma relação precoce mãe-bebé normal e gratificante até dada altura) numa figura distante: “mesmo viva é incapaz de reagir ao seu filho, esta mãe morta para o seu bebé, gera ela mesma uma morte psíquica mais ou menos intensa no seu pequeno filho.” (Franco, 2005 p. 388). Forma-se “um vazio de mãe”, que tem como consequência a introjeção de “uma

¹ “Uma mãe que permanece viva mas que está, por assim dizer, psiquicamente morta aos olhos da sua criança”

figura materna sem vitalidade, o que resulta em crianças deprimidas, às vezes com a depressão encoberta por uma hiperatividade reativa” (Zimmerman, 2005, p.290).

É possível traçar uma analogia com a *depressão anaclítica*, descrita por Spitz (1950), mas no caso da “mãe morta” de Green a separação não é física mas emocional: “*the essential characteristic of this depression is that it takes place in the presence of the object*”² (Green, 1983, p.149). O *objeto absolutamente necessário* deixa de ser uma *mãe suficientemente boa*, e o que se segue é uma mudança brutal da *imago* materna. A perda repentina da mãe é experienciada pela criança como catastrófica e representa um traumatismo narcísico (Green, 1983). Segundo Malpique (2014), esta “perda do amor da mãe, perda do seio”, deixa a marca do vazio, da psicose branca, conceito que será abordado em maior profundidade na continuidade do presente trabalho.

As retiradas afetivas da mãe são um acontecimento relativamente comum. Pode-se pensar nos lutos de familiares próximos, mas também nas perturbações depressivas Major, em que o risco ao longo da vida em amostras comunitárias é de 10% a 25% para adultos do sexo feminino (APA, 2006). Segundo Zimmerman (2005, p. 290), “quando o rosto-espelho materno é mortício e nada reflete, deixa a criança num estado de confusão e desamparo”. Estas reações das crianças aos rostos inexpressivos das mães deprimidas encontram sustento nos trabalhos de Tronick (1978), através do modelo experimental do rosto impassível, no qual se mostrou a sensibilidade a uma mãe presente (fisicamente), mas distante (indisponível para a interação). Segundo Malpique (2014), a criança apercebe-se facilmente da mudança de atitude materna, mas não tem capacidade para compreender os motivos por detrás do desinteresse. Devido à onnipotência infantil, a criança pode atribuir a si própria a causa da depressão materna, como efeito das pulsões direcionadas ao objeto (Green, 1983). Nestes casos, “o acontecimento traumático para a criança será a suposta perda do amor da mãe, o seu desinvestimento, a sua desvitalização, e o sentimento de culpa que tal mudança pode desencadear” (Malpique, 2014, p.153). Com a descoberta da terceira pessoa – o pai – o efeito da “mãe morta” pode ser ainda mais pernicioso, uma vez que esta relação pode ser interpretada como a razão para o distanciamento materno, o que leva a uma triangulação precoce e instável (Green, 1983), nas palavras de Lussier (1999 p.163) “*a dramatic Oedipal phase*”³. Nesta triangulação, a criança apega-se intensamente ao pai, perspectivado como o salvador do conflito entre ela e a mãe, ficando desta forma presa entre uma mãe morta e um pai inacessível (Green, 1983).

² “A característica essencial desta depressão é que ocorre na presença do objeto”

³ “Uma fase edípica dramática”

A perda originada pelo desinvestimento relacional com a criança, vai provocar um “sentimento de abandono, de destrutividade que enfraquece as *catexias* eróticas que os ligava”, ao qual se seguiria “um processo secundário de tentativas de reparação por parte da criança” (Malpique, 2014 p.155). A criança sorri e tenta interagir, tenta acordar a mãe que não reage, como Tronick (1978) igualmente descreveu, mas, quando estas tentativas falham, são acionadas uma série de defesas em resposta à angústia branca (Green, 1983), ao luto branco da mãe morta (“luto” pela perda sofrida, pela morte da mãe; “branco” por evocar a angústia da perda a nível narcísico, uma angústia proveniente de um estado de vazio).

A primeira e mais importante defesa segue um único movimento com dois aspetos, a *decatexia* do objeto materno e a *identificação* inconsciente com a *mãe morta*. Este desinvestimento afetivo, mas também representativo, constitui um assassinato psíquico do objeto e resulta na formação de um “buraco” na textura da relação objetal com a mãe. A identificação primária, especular, numa mímica que ocorre quando as reações de complementaridade falham, representa a única forma de reunião com a mãe, com o objetivo de continuar a possuir o objeto, não se tornando como ele, mas tornando-se no próprio objeto. O sujeito, nas relações objetais posteriores, vítimas do que Freud (1920/2009) denominou por *compulsão à repetição*, vai ativamente aplicar a decatexia em objetos que estão prestes a ser desapontantes (Green, 1983). A segunda defesa é a perda de sentido, de prazer, que advém do colapso inesperado do seio que até aí era fonte de prazer. A criança não consegue dar sentido a esta alteração da mãe e atribui a mudança materna a si própria, o que leva à libertação de um ódio secundário (terceira defesa) que evoca desejos regressivos de incorporação e também recursos anais sádicos com o intuito de dominar e vingar-se do objeto.

A quarta defesa, a excitação auto-erótica, estabelece-se na procura de prazer puramente sensual, prazer erógeno, sem ternura, implacável, que não é necessariamente acompanhado por fantasias sádicas, mas que se mantém reticente no que toca a amar o objeto, que pode ser procurado apenas pelo prazer que proporciona às zonas erógenas.

Por último, a procura do sentido perdido, estrutura o desenvolvimento precoce das capacidades fantasmáticas e intelectuais do ego (quinta defesa). O desenvolvimento de uma necessidade desvairada para brincar, uma compulsão a imaginar e a pensar, vão permitir superar a perda do seio pela criação de um seio improvisado, “remendado”, uma criação cognitiva que se destina a mascarar o “buraco” provocado pela decatexia, enquanto o ódio secundário e a excitação erótica proliferam no limite do abismo, no limite do vazio. Existe uma tentativa de dominar a situação traumática, através da fantasia (criação artística) e a nível do conhecimento (intelectualização altamente produtiva), mas esta está destinada a falhar.

A sublimação revela-se incapaz de ter um papel estabilizador na economia psíquica, porque o sujeito permanece vulnerável num ponto particular: a sua vida amorosa (a mãe leva com ela, aquando da sua decaatexia, uma grande porção do amor com que tinha sido *investida*). Nestas situações, uma ferida faz acordar a dor psíquica e assiste-se à “ressurreição” da “mãe morta”, com o reaparecimento de sentimentos de incapacidade e de insucesso. Emerge novamente um sentimento narcísico, uma dor, que disfarça a catexia, preenchendo os efeitos do ódio, da excitação erótica, a perda do seio. Num estado de dor psíquica é impossível obter prazer, é impossível pensar, odiar ou amar, existe apenas um sentimento de prisão que livra o Ego dele próprio e o afasta para uma figura irrepresentável. Estando a “mãe morta” no seu centro (a ocupar o espaço), os objetos permanecem no limite do Ego, nem dentro nem fora. Uma mãe que foi enterrada mas, nas palavras de Green, cujo “túmulo” também desapareceu, cria um “buraco”, uma solidão aterradora em que o sujeito corre o risco de se afundar, um sentimento de cair vertiginosamente.

The object has been encapsulated and its trace has been lost through decathexis; primary identification with the dead mother took place, transforming positive identification into negative identification, i.e. identification with the hole left by the decathexis (and not identification with the object) and to this emptiness, which is filled in and suddenly manifests itself through an affective hallucination of the dead mother, as soon as a new object is periodically chosen to occupy this space⁴ (Green, 1983, p.155)

Segundo Green (1983), o que se pode observar em torno deste núcleo organiza-se com um triplo objetivo: 1) manter o Ego vivo, através do ódio ao objeto, da procura do prazer excitatório e na procura por um sentido; 2) reanimar a “mãe morta”, para a fazer sorrir, para lhe devolver um renovado gosto pela vida; 3) rivalizar com o objeto da sua perda na triangulação precoce. Os pacientes que Green retrata não procuravam os seus serviços devido a sintomatologia depressiva. Apesar de não demonstrarem características depressivas nas primeiras sessões, apresentavam conflitos agudos com objetos próximos. O analista percebe prontamente a natureza narcísica dos conflitos evocados e a consequência na vida amorosa e profissional dos pacientes (Green, 1983). Existe uma incapacidade de amar, um “*frozen love*”⁵ (Green, 1983,

⁴ “O objeto foi encapsulado e o seu rasto perdido na decaatexia; a identificação positiva com a mãe é transformada em identificação negativa, i.e identificação com o buraco deixado pela decaatexia (e não identificação com o objeto) e com o vazio, que é preenchido e se manifesta repentinamente através da alucinação afetiva da mãe morta assim que um novo objeto é escolhido (periodicamente) para ocupar este espaço”

⁵ “amor gélido” no sentido de insensível

p.155) que resulta da ambivalência e, conseqüentemente, da sobrecarga de ódio, decorrente em primeiro lugar da decaetexia supracitada, mas também porque o amor está “hipotecado” à mãe morta. A vida sexual destes pacientes não lhes dá qualquer satisfação. Estes sujeitos podem ter uma vida profissional mais ou menos satisfatória, casar e ter filhos, mas rapidamente a repetição de conflitos leva a que a vida profissional e sexual falhem.

Green (1983) afirma que a matriz triangular do psiquismo é o fantasma da cena primitiva que, juntamente com o complexo de castração, compõem o núcleo da estrutura do Complexo de Édipo.

Para este autor, e em contraste com a posição exposta por Freud (1918/1999) em “*Aus der Geschichte Einer Infantilen Neurose*”, o que conta na cena primitiva não é o testemunho presencial do sujeito, mas antes a sua ocorrência na ausência do sujeito, motivo pelo qual salienta a sua dimensão fantasmática (“*o fantasma da cena primitiva*”).

Nestes casos, a fantasia da cena primitiva é de extrema importância. Os rastros mnésicos em relação à “mãe morta” são forçosamente reprimidos pela decaetexia, mas continuam presentes parcialmente na memória e voltam a ser experienciados quando ressurgir o fantasma. Cada ressurgimento constitui uma *atualização projetiva* (a projeção não livra apenas o sujeito da sua tensão interna através da sua colocação no objeto exterior, mas também constitui um reviver e não uma reminiscência, uma repetição traumática atual) que tem como principal objetivo amenizar a ferida narcísica.

O sujeito apercebe-se da insuperável distância que o separa da mãe e, simultaneamente, da sua raiva impotente perante a incapacidade de estabelecer contacto com o objeto. Por outro lado, o sujeito sente-se incapaz de acordar a “mãe morta”, de lhe dar vida. É o rival quem se mostra capaz de dar a vida à mãe, de lhe dar o prazer do orgasmo, e essa fantasia reativa a perda de onipotência narcísica e acorda o sentimento de uma enfermidade libidinal imensurável. Esta reação tem, segundo Green (1983), uma série de conseqüências: sentimentos persecutórios e um ódio pelos dois objetos, que formam um casal em detrimento do sujeito; interpretação da cena primitiva como sádica, mas em que a característica principal é que a mãe, ou não tem orgasmo ou sofre-o contrariada, forçada pela violência do pai; quando a mãe tem o orgasmo, torna-se cruel, hipócrita, um monstro libidinoso que a torna a esfinge do mito de Édipo (Green, 1983); a identificação alternada com as duas imagos, com a mãe morta que permanece num estado inalterado ou num estado de excitação erótica sadomasoquista, e com o pai, o agressor da “mãe morta” ou o que a repara através da união sexual e, dependendo do momento, o sujeito passa de uma para outra dessas identificações; a deslibidinização da cena primitiva leva a uma

atividade intelectual intensa que restaura a onipotência narcísica através do sacrifício libidinal.

Segundo Candi (2013), a “mãe morta” é definida como um complexo transferencial que reconstrói a história de um acontecimento que não pode ser representado, nem narrado. Em “*The dead mother*”, Green (1983) descreve as características da transferência que encontrou nestes pacientes. Em primeiro lugar, refere que o paciente tem uma ligação forte à análise (mais do que ao analista). A catexia do objeto transferencial, que parece apresentar toda a escala do espectro libidinal, tem as suas raízes numa tonalidade de natureza narcísica. Ocorre uma idealização da imagem do analista e o uso da sedução para atrair o seu interesse e admiração através da intelectualização, um narcisismo intelectual. Esta atividade é acompanhada por uma riqueza de representação e um dom para a autointerpretação, que contrasta com os efeitos na vida do paciente onde ocorrem poucas modificações, especialmente na esfera dos afetos. A linguagem do paciente é de estilo narrativo, pouco associativo. Quando produzidas, as associações coincidem com um movimento discreto de retirada, que faz parecer que tudo o que é dito pertence à análise de outra pessoa que não está presente na sessão.

Green afirma ainda que existem dois traços notáveis da transferência. A não domesticação dos instintos, em que o indivíduo não consegue renunciar aos desejos incestuosos e não é possível fazer o luto da mãe: “como se a mãe morta tivesse de se manter embalsamada, estática e inacessível” (Malpique, 2014, p.157). O segundo traço é que a análise “induz o vazio”:

When the analyst succeeds in touching an important element of the nuclear complex of the dead mother, for a brief instant, the subject feels himself to be empty, blank, as though he were deprived of a stop-gap object, and a guard against madness. ⁶ (Green, 1983, p.162).

A perda essencial é o contacto com a mãe, que se mantém secretamente nas profundezas da psique, e todas as tentativas de substituição por outros objetos está determinada a falhar. No momento em que a análise devolva a vida, pelo menos parcialmente, a essa parte do filho que se identifica com a “mãe morta” produz-se uma estranha reviravolta. A vitalidade restaurada permanece presa à identificação. A dependência da criança para com a mãe, numa altura em que a criança ainda necessita do adulto, inverte-se. O filho curado deve a sua saúde à reparação incompleta da mãe que permanece doente, o que se traduz pelo facto de que é neste caso a mãe

⁶ “Quando o analista é bem-sucedido ao tocar num elemento importante do complexo nuclear da mãe morta, por breves instantes, o sujeito sente-se vazio, branco, como que privado do seu objeto tampão, do guarda contra a loucura.”

que depende da criança. Green não entende esta reparação no sentido usual. Refere que tem menos que ver com atos positivos, expressão de remorsos, do que simplesmente o sacrifício desta vitalidade ao altar da mãe, pelo renunciar ao uso dessas novas potencialidades do Ego, de obter possíveis prazeres.

Revela-se assim um paradoxo. Se a mãe permanece enlutada, morta, está perdida para o sujeito, mas ao menos está ali. Morta mas presente. O sujeito pode tomar conta dela, tentar trazê-la à vida, curá-la. Mas, se curada, ela acorda, ganha vida, e o sujeito perde-a novamente. Como resultado, o sujeito é enclausurado entre duas perdas: presença na morte e ausência na vida. Daí a extrema ambivalência em trazer a “mãe morta” à vida.

Green (1983, p.168) adverte para o facto da entidade clínica que descreve poder tomar outras formas, que divergem um pouco da sua descrição, como “formas mais rudimentares” ou “mais discretas ou tardias” numa altura em que a criança consegue suportar melhor as suas consequências resultando apenas numa “*dépression partiel*”.

Nem todas as crianças que tiveram o infortúnio de ter um corte relacional com a sua mãe devido a uma depressão materna desenvolvem as características expostas anteriormente. Existem vários fatores que podem contribuir para o normal desenvolvimento destas crianças, tais como, o apego a uma figura cuidadora alternativa que compense as falhas afetivas da mãe, variações nas capacidades cognitivas da criança, tais como a capacidade de aceitar paradoxos e a capacidade de criar metáforas transformadoras das experiências de vida (Modell, 1999, p.84), entre outros fatores, genéticos e ambientais. O conceito de mãe morta pode ser usado como “*a paradigm of the child’s response to a traumatic disruption of maternal relatedness in infancy and early childhood*”⁷ (Modell, 1999, p. 77). Segundo Green (1983, p.172), a lição da “mãe morta” é que também ela deve morrer um dia para que outra possa ser amada:

*The lesson of the dead mother is that she too must die one day so that another may be loved. But this dead must be slow and gentle so that the memory of her love does not perish, but may nourish the love that she will generously offer to her who takes her place.*⁸

⁷ “um paradigma das respostas da criança a uma disrupção traumática da relação materna na infância ”

⁸ “A lição da “mãe morta” é que também ela deve morrer um dia para que outra possa ser amada. Mas, esta morte deve ser lenta e gentil para que a memória do seu amor não pereça, mas possa nutrir o amor que irá oferecer generosamente para aquela que tomar o seu lugar”

A psicose branca: O horror do vazio numa psicose em potencial

Em 1973 André Green e Jean-Luc Donnet escrevem em colaboração a obra “*L’Enfant de Ça – Psychanalyse d’un entretien: La Psychose Blanche*”, onde introduzem o termo “psicose branca”. Esta noção é baseada numa única entrevista feita a um paciente psicótico que é reproduzida e extensivamente discutida neste livro (Hildebrand, 1986). O projeto, originalmente planeado por Green e Donnet, foi usar uma única entrevista com um determinado número de pacientes psiquiátricos para providenciar *insight* psicanalítico como enriquecimento da prática psiquiátrica (Donna e Bradford, 2008). Não se descreverá em pormenor esta atividade “situada entre a consulta psicanalítica e o tratamento analítico” (Oliveira, 2013, p.106), mas apenas realçar que, findas as entrevistas, houve um sujeito que se destacou aos olhos dos autores, ao qual chamaram “Z”. O título do livro “*L’enfant de ça*” é baseado nas palavras deste paciente que afirma: “[*ma mère*] a couché avec son gendre ... et donc c’est moi l’enfant [*de ça*]”⁹ (Green e Donnet, 1973, p.39). É de salientar o jogo de palavras empregado neste título, pois em francês a palavra “ça” é usada pra designar o Id, podendo a frase ser traduzida por “e eu sou o filho do Id”. Este livro é a apresentação de um diálogo entre Green e Donnet, uma análise palavra-a-palavra desta única entrevista com “Z”.

Segundo Green e Donnet (1973), a psicose branca é uma psicose sem psicose, cuja análise nos permite aceder ao “umbigo” da psicose, ou seja, a estrutura matriz que é condição para poder realizar-se uma elaboração psicótica sem que esta necessariamente se produza. Os autores salientam que a eclosão da psicose não depende apenas de fatores “endógenos”. Não há destino psicótico, mas uma potencialidade psicótica que se atualiza ou não, conforme os encontros que o sujeito fará com os objetos e os acontecimentos que irão revelar ou esconder essa potencialidade.

A psicose branca não é uma síndrome claramente descritível nem facilmente definível. Na verdade, não se trata de uma síndrome, mas sim de uma estrutura invisível, raramente pura, sempre mais aquém ou mais além do que a sua denominação tenta cercar (Donnet e Green, 1973). As origens do termo “psicose branca” remontam ao trabalho de Lewin que descreve os “sonhos brancos”, aqueles sonhos sem conteúdo que revelam o ecrã onírico sobre o qual se projetam as produções do sonhador (Di Rocco, 2006) e a “tela branca” do sonho, como “representação onírica do seio após o adormecimento que sucede a uma mamada satisfatória” (Neto, 2013, p.128). Green (1979) entende estes sonhos sob o ângulo da alucinação negativa.

⁹ “[a minha mãe] deitou-se com o seu genro... e portanto, eu sou o filho [de isso]”

No plano sintomático percebem-se poucas coisas, a não ser uma sensação de vazio, de paragem, de uma depressão sem afetos e a alucinação negativa do pensamento que traduz a ação da pulsão de morte (Duparc, 1999). Um desinvestimento que gera estados de mente em branco, sem afetos, dor ou sofrimento (Gurfinkel, 2013). Ela poderá passar por um estado depressivo mais ou menos neurótico, ou por um estado limite, ou mesmo ocultar-se num quadro mais manifestamente evocador de uma evolução psicótica sem sinais patentes.

Para a caracterização da psicose branca, Green e Donnet (1973) têm em conta três tipos de parâmetros: organização edipiana; relação de objeto; funcionamento mental.

Para Donnet e Green (1973) na psicose branca ocorre uma *tri-bi-angulação*: “*in that psychotic kernel without apparent psychosis, the object relations which a patient shows us are not dyadic but triadic; i.e. both the mother and the father are represented in the oedipal structure.*”¹⁰ (Green, 1975, p. 7). No entanto, a profunda diferença entre os dois objetos, não é, nem a distinção entre os seus sexos, nem a sua função. Em vez da diferença dos sexos estruturar a relação em redor da problemática da castração que se articula com a da identificação, como acontece no neurótico, essa triangulação sofre aqui uma mutação profunda. Eles vão encontrar-se identificados segundo um critério, que não será aquele da sua identificação sexuada, mas segundo a sua qualidade boa ou má (Donnet e Green, 1973). A tri-bi-angulação ocorre “*when the apparently oedipal three-body relationship is revealed to be a form of splitting of the original two-body relationship*”¹¹ (Kumin, 1978, p.209).

A diferença dos objetos é afetada por dois critérios: o bom e o mau por um lado, o nada (a perda) e a presença dominante por outro. O bom é inacessível como se estivesse fora de alcance ou nunca presente de forma suficiente e duradoura. O mau nunca desaparece (apenas de relance) e é sempre intrusivo. Desta forma, lida-se com uma triangulação baseada na relação entre o paciente e dois objetos opostos mas simétricos, que são de facto uma única entidade, ou seja, os dois pais não são diferenciados um do outro. Ambos são igualmente maus e intrusivos ou bons e inacessíveis (Kohon, 1999). Desta forma, o paciente “*suffers from the combined effects of a persecutory intrusive object and of depression consequent on loss of the object.*”¹²

¹⁰ “Naquele núcleo psicótico sem aparente psicose, as relações objetais não são diádicas, mas triádicas, i.e. ambos os pais são representados na estrutura edipiana”

¹¹ “quando as relações edipianas aparentemente triádicas se revelam como uma forma de *clivagem* das relações duais originais”

¹² “sofre os efeitos combinados de um objeto persecutório e intrusivo e de uma depressão consequente da perda de objeto”

Geralmente descrevem-se estas relações em termos de amor-ódio, mas, neste caso, tal é insuficiente. Green (1975) considera que se deve adicionar a implicação destas relações no processo de pensamento. A presença intrusiva desperta um sentimento delirante de influência e inacessibilidade à depressão, o que se vai repercutir no pensamento, porque, em ambos os casos, é impossível constituir a ausência. O objeto está sempre presente de forma intrusiva, ocupando permanentemente o espaço psíquico, o que mobiliza uma contracatexia constante, de forma a combater esta ocupação, que extenua os recursos egóicos ou o forçam a livrar-se da carga através da projeção expulsiva. É a impossibilidade de organizar a *capacidade de estar só* na presença da mãe que Winnicott refere. Segundo Amaral Dias (2005, p.94) “o sujeito não se constrói com o outro, o sujeito constrói-se justamente porque o outro não está”, pelo que, nunca estando ausente, nunca pode ser pensado. Reciprocamente, o objeto inacessível nunca pode ser trazido para o espaço pessoal, ou pelo menos nunca de uma forma suficientemente duradoura. Deste modo, não se pode basear no modelo de uma presença imaginária ou metafórica. Mesmo que isso fosse possível, por um momento, o mau objeto iria guiar a presença imaginária para fora. E mesmo que o mau objeto cedesse, o espaço psíquico, que apenas pode ser momentaneamente ocupado pelo bom objeto, iria ficar sem objeto. Este conflito leva à idealização divina, concebida por um bom objeto inacessível e a uma perseguição diabólica, pelo mau objeto. A consequência desta situação não é uma psicose manifesta, onde os mecanismos de projeção operam numa vasta área, nem uma depressão aberta onde o trabalho de luto pode ter lugar (Green, 1975). Revela-se, como já foi referido anteriormente, uma depressão sem afetos. Segundo Ziberleib (2006, p.64) esta depressão sem afetos pode ser percebida como “o desinvestimento massivo, estabelecimento de um vazio, algo que se assemelha a um estado melancólico, com uma desvitalização intensa, levando [à] alucinação negativa do pensamento, um vazio que impede e paralisa o pensar, uma possibilidade de não pensar absoluta, alucinante”. Para Shengold e McLaughlin (1976, p.262), estes pacientes “cannot achieve the necessary distance to be able to think properly, or the necessary “space” for thought representation and therefore their mental apparatus cannot develop properly.”¹³. Green (1975) afirma que o resultado final é a paralisação do pensamento, expressa numa hipocondria negativa, particularmente relativa à cabeça (sensação de cabeça vazia ou um buraco na atividade mental, incapacidade de se concentrar, de se lembrar, etc.). O que ocorre nestes casos é um processo de erradicação, uma atividade de apagar que nada tem a ver com a

¹³ “Não conseguem alcançar a distância necessária para uma capacidade de pensar adequadamente, ou o espaço para a representação do pensamento e assim, o seu aparelho mental não se consegue desenvolver adequadamente”

repressão como censura, mas mais com uma supressão radical do que acontece na mente. Embora salvaguardando as limitações dos diagnósticos retrospectivos, é possível entrever estas características nas palavras de um paciente de Sobral Cid em 1924:

“Estou oco. Falta-me tudo cá por dentro; não tenho ossos, não tenho formas, sinto-me vazio no peito e na cabeça. É como se me tivessem esvaziado e ficasse apenas a casca exterior, um invólucro inconsistente sem uma barra de ferro que o sustente. Desconheço-me, não me sinto a mim próprio. Olho para mim e concluo: isto não é meu” (cit. em Luzes, 1997, p. 157)

Segundo Green e Donnet (1973) a paralisia do pensamento tem uma dupla origem. Por um lado, é o resultado de um desinvestimento ativo devido ao ataque das pulsões destrutivas sobre o pensamento. Por outro lado, é efeito de um superego que proíbe de exprimir, ao mesmo tempo, o desejo de destruir o mau objeto onipotente e o ressentimento do abandono do bom objeto impotente. O resultado da paralisia do pensamento é o seguinte:

*“The result is a ‘blank hole’ in the mind, which not only acts as an inner void but has a power of attracting all mental contents or thoughts that are linked with the main topic in the center of the blank hole. An extremely powerful -K activity, a sort of negative linking, is in action here”*¹⁴ (Green, 1998, p.652).

Essa paralisia do pensamento resulta da introjeção de um objeto neutralizado, vazio, pela sua ausência ou pela projeção (Donnet e Green, 1973). Mitchell (1998, p.78) acrescenta: *“the incorporation of an absent object (which is akin to death of the self) is felt as global nothingness, chronic emptiness, futility, and undifferentiated shame”*¹⁵.

A luta contra esta paralisia pode acordar um processo de pensamento artificial. Green (1975), ao citar Hanna Segal, diz-nos que esse pensamento artificial pode tomar a forma de rumações, um tipo de pensamento pseudo obsessivo-compulsivo, devaneios quase-delirantes, ou, *“in the manic defence, in which a pseudo-fullness and pseudo-vitality defends against inner emptiness, despair, and death.”*¹⁶ (Kumin, 1978, p.208). Ou seja, para fugir ao vazio, a mente pode produzir uma panóplia de sintomas que, de certa forma, o “mascaram”.

¹⁴ “O resultado é um “buraco branco” na mente, que não só atua como um vazio interior, mas também como um poderoso atrator de todos os conteúdos mentais ou pensamentos que estão ligados ao tópico principal no centro do “buraco branco”. Uma atividade -K extremamente poderosa, uma espécie de vinculação negativa entra em ação”.

¹⁵ “A incorporação de um objeto ausente (que se assemelha à morte do *Self*) é sentida como um nada global, vazio crónico, futilidade, e vergonha indiferenciada”.

¹⁶ “ nas defesas maníacas em que uma pseudo-completude e uma pseudo-vitalidade defendem contra um vazio interior, desespero e morte”.

Este vazio da psicose branca é diferente do vazio depressivo que se traduz por um sentimento de desvalorização pessoal: “*le vide de la psychose blanche est perçu comme le produit de l’influence d’un mauvais objet qui attaque et vide la pensée de ses contenus*”¹⁷ (Di Rocco, 2006, p.124). Em vez de ser o efeito das ações combinadas do Superego e do Ideal do Eu, na psicose branca esse vazio parece ser a expressão das pulsões destrutivas que atacam os processos de ligação, da ação de *Thanatos* sobre *Eros*. De forma distinta, o vazio depressivo parece ser resultado do castigo do Superego que proíbe o pensar. Assim, o vazio da psicose branca parece menos ligado à noção de culpabilidade ou de vergonha – não parece haver significado punitivo –, parece mais relacionado com um ataque aos processos de ligação (Donnet e Green, 1973). Consequentemente a ligação entre bom e mau objeto nunca é feita: “*un clivage rigoureux s’efforce d’empêcher la mise en relation, le contact entre bon et mauvais objet*”¹⁸ (Donnet e Green, 1973, p.284). Encontra-se então o *fantasma da cena primitiva* que só pode ser pensada porque, nesta copulação do mau objeto e do bom objeto, dois factos são de rezear: no mínimo a contaminação do bom objeto pelo mau objeto e, no máximo, a destruição do bom objeto pelo mau objeto. Porque a relação das forças é tal que a idealização do bom objeto não pode vencer a perseguição do mau objeto, também a clivagem se acompanha da denegação da menor relação entre esses dois objetos votados a não se encontrar (Donnet e Green, 1973).

Se o fantasma da cena primitiva não é outro que o fantasma da própria concepção do sujeito pelos seus progenitores, vê-se que o sujeito nunca pode nascer, porque é incapaz de aceitar essa relação, ou se nasce, só pode nascer danificado, destruído, pela marca do mau objeto.

A psicose branca atinge a identidade do sujeito pela impossibilidade de constituir a alucinação negativa da mãe na identificação primária. O fantasma da cena primitiva impensável é colocado sobre o modo da relação primária ao objeto (relação do seio) (Donnet e Green, 1973). A alucinação negativa da mãe, na sua função de enquadrar as representações, falha em criar a tela branca sobre a qual se podem tecer as relações entre representação e pulsão (Di Rocco, 2006). Green (1998) refere ainda que há uma falha na função simbólica, que explica o uso da expressão *pensamento concreto*. Segundo Green e Donnet (1973) existem duas saídas possíveis: ou o sujeito se instala no “buraco” e faz dele a sua morada (esta é a via em direção à psicose sem restituição delirante); ou a necessidade de reinvestir no objeto perdido faz surgir uma *angústia atemática*, sem representação. Da angústia nascerá então o reinvestimento quase objetual na neo-realidade do delírio.

¹⁷ “O vazio da psicose branca é percebido como o produto da influência de um mau objeto que ataca e esvazia o pensamento dos seus conteúdos”.

¹⁸ “Uma clivagem rigorosa esforça-se por impedir a vinculação, o contato entre bom e mau objeto”.

Estes autores referem ainda que um dos paradoxos mais marcantes desse funcionamento mental é que ele não exclui o desenvolvimento intelectual. Pelo contrário, pode ser criado um setor completamente clivado onde a atividade intelectual é sobre investida, trazendo êxitos a uma performance de alto nível. Na literatura temos referência a Fernando Pessoa (Malpique, 2014) e Edvard Munch (Marques, 2013) como exemplos ilustrativos. Contudo, apesar dos êxitos alcançados, esse setor tem como função ajudar a contra investir um certo pensamento: o pensamento em relação com as estruturas da pulsão. Também a descompensação psicótica não se produz pelo mau êxito intelectual, mas pela significação daquele em relação ao seu investimento pulsional.

Green (1975) refere que a maioria dos autores reconhecem que as manobras defensivas tomadas pelos pacientes psicóticos e *borderline* tentam lutar não só contra os medos primitivos persecutórios e a ameaça de aniquilamento, mas também contra a confrontação com o vazio, que é provavelmente o estado mais intolerável para estes pacientes. Recaídas, surtos agressivos e colapsos periódicos depois de um progresso marcado apontam para a necessidade de manter a relação com o mau objeto a todo o custo. O objeto é mau, mas é bom que exista, mesmo que não exista como bom objeto, porque o medo do seu desaparecimento levaria aos horrores do vazio.

Material e Métodos

Tipo de estudo

O método utilizado nesta investigação é o estudo de caso que, segundo Oliveira (1999), é usualmente uma investigação longitudinal na qual se pretende estudar um dado indivíduo ou indivíduos durante um determinado período de tempo que oscila entre alguns meses e anos. Este tipo de método “supõe que se pode adquirir conhecimento do fenómeno estudado a partir da exploração intensa de um único caso” (Ventura, 2007, p.384). Este estudo teve a sua origem na prática clínica e, por isso, é uma transposição da prática para a investigação, reproduzindo o caminho trilhado por Green e Donnet.

Participantes

S. é um sujeito do sexo masculino, jovem adulto de 22 anos. Frequentou durante 3 anos o ensino superior numa pequena cidade do país (para onde foi viver durante esse período), acabando por desistir do curso. A sua família vive numa pequena vila da zona centro e pertence à classe média. S. foi acompanhado em regime de internamento na clínica Dorial Saúde Mental.

Teve um acompanhamento em consultas individuais de psicoterapia, num regime de duas vezes por semana, durante o período entre quinze de outubro de 2013 e vinte e nove de janeiro de 2014. Atualmente frequenta consultas de seguimento, uma a duas vezes por mês.

Instrumentos e técnicas de recolha de informação

Entrevista semidiretiva

Nas primeiras duas consultas, essencialmente com objetivos de avaliação, recorreu-se à técnica de entrevista semidiretiva. Este método de recolha de informação permite adquirir um vasto número de elementos acerca do sujeito (e.g. dados de anamnese, dificuldades prévias e atuais, motivo de internamento, informação individual, história clínica etc.). Apesar de não ser totalmente desprovida de diretividade por parte do entrevistador, este facultava um certo grau de liberdade ao entrevistado para que possa falar abertamente, com as palavras que desejar, na ordem que considerar conveniente (Quivy e Campenhoudt, 2008).

Consultas de psicologia clínica

Após o período inicial de avaliação, as consultas prosseguiram tendo por base o modelo de intervenção psicodinâmico, perfazendo um total de 27 sessões com duração entre 50 minutos a 1 hora. Destas sessões, três foram dedicadas à aplicação de testes projetivos (no início e final do acompanhamento), nomeadamente a prova projetiva de Rorschach e o *Thematic Apperception Test* (TAT).

A técnica projetiva de Rorschach

A prova projetiva de Rorschach foi criada pelo suíço Hermann Rorschach e publicada em 1921. Desde essa altura tem sofrido alterações e tem sido alvo de estudo por diversos autores, de diversas escolas como Anzieu, Beck, Beizmann, Exner, Traubenberg, Chabert, entre muitos outros. Em Portugal salientam-se os estudos de Maria Emília Marques. Esta prova consiste em dez cartões com manchas de tinta: os cartões I, IV, V, e VII são constituídos por brancos e negros, os cartões II e III por preto e vermelho e os cartões VIII, IX e X são coloridos.

Segundo Chabert (2003) os métodos projetivos esclarecem e completam, os dados clínicos que muitas vezes são obscuros ou insuficientes que podem adquirir um sentido determinante na compreensão do sujeito. Segundo Teixeira e Marques (2009), sustentado pelos modelos psicodinâmicos, o Rorschach surge como um instrumento privilegiado na avaliação psicológica, que permite mediar o acesso à realidade interna do sujeito e descrever o seu funcionamento mental. Desta forma, tem como objetivo a aquisição de informação acerca da

estrutura de personalidade do indivíduo, ajuda a pensar o sujeito, a sua doença e consequentemente o seu tratamento, com elementos que de outra forma não seriam adquiridos.

O Thematic Apperception Test (TAT)

O TAT é um instrumento de avaliação psicológica composto por 31 cartões, dos quais geralmente são aplicados entre 8 e 12. Estes são escolhidos pelo clínico de acordo com as problemáticas do sujeito em avaliação. Foi desenvolvido por Henry Murray e surgiu em 1935. Desde então tem sido estudado por diversos autores como Bellak, Rapaport, Lagache, Shentoub, entre outros.

Para Shentoub (1999), destes 31 cartões, os mais pertinentes são o 1, 2, 3BM, 4, 5, 8BM, 10, 11, 12, 13B, 19 e 16 propostos a rapazes e raparigas, homens e mulheres; 6BM/7BM para rapazes e homens e o 13MF proposto a adultos de ambos os sexos. A ordem dos cartões deve ser respeitada mas o cartão 16 deve ser apresentado como último cartão. Segundo Shentoub (1999, p. 60), os cartões vão de “situações mais estruturadas para as menos estruturadas: os 10 primeiros, mais figurativos, representam personagens sexuadas, enquanto os cartões 11, 19 e 16 não reenviam para objetos concretos bem definidos”. O TAT pode ser proposto em situações que impliquem um exame psicológico e tem como objetivo a investigação aprofundada do funcionamento psíquico (Shentoub, 1999). Através da análise do TAT “accede-se aos diversos registos conflituais e problemáticas que especificam cada sujeito, em termos de relação consigo e com o outro” (Marques, 1999, p. XIV).

Procedimentos

Como já foi referido, entre outubro de 2013 e janeiro de 2014 foram realizadas vinte e nove sessões. A primeira aplicação da prova projetiva Rorschach foi realizada na quarta sessão, após a recolha de dados da anamnese e do estabelecimento de uma relação entre técnico e paciente que indicava a provável adesão deste último à tarefa proposta. A segunda aplicação foi feita na vigésima nona sessão (próximo do final do internamento). Os testes foram aplicados num ambiente luminoso, silencioso e acolhedor de forma a diminuir a tensão inerente à situação de avaliação. Existem três momentos distintos na aplicação: Aplicação Espontânea, Inquirido e Prova das Escolhas. Passaremos a detalhar cada um.

1. Aplicação espontânea: os cartões foram colocados voltados para baixo de forma ordenada e encontravam-se à vista sobre a mesa. Ao apresentar o primeiro cartão foi dada a instrução: “O que é que isto poderia ser para si?” (“Não existem respostas certas nem erradas”). Os cartões seguintes só foram entregues quando o anterior estava já

voltado para baixo sobre a mesa. As respostas foram anotadas pelo clínico em folhas brancas.

2. Inquérito: a segunda fase da aplicação consiste num inquérito acerca da localização, determinantes e conteúdos. Foi dada a seguinte instrução: “Vou voltar a mostrar-lhe cada um dos cartões para que me possa mostrar como foi vista cada resposta.”
3. Prova das escolhas: os cartões foram colocados sobre a mesa e foi pedido ao paciente que escolhesse dois cartões que gostou mais e dois que gostou menos.

Após a aplicação da prova de Rorschach, foram utilizados os princípios da Escola Francesa, baseado em Chabert (2000; 2003) e Traubenberg (1976), para a cotação e interpretação dos resultados obtidos.

A aplicação do TAT foi realizada na sexta sessão. A escolha dos cartões teve como base os dados de anamnese. A aplicação incluiu os seguintes: 1, 2, 3BM, 4, 5, 9GF, 13 MF, 13B, 19, 16. Os cartões foram colocados voltados para baixo de forma ordenada e encontravam-se à vista sobre a mesa. A instrução fornecida foi: “vou mostrar-lhe uma série de cartões, um de cada vez, e gostaria que imaginasse uma história a partir dos cartões”. À semelhança do Rorschach, a aplicação do TAT deu-se num ambiente calmo, luminoso, silencioso e acolhedor. A anotação das respostas foi feita pelo clínico em folhas brancas. A cotação e interpretação foram baseadas no modelo de Shentoub (1999). A declaração de consentimento informado para o presente estudo foi entregue e assinada após a alta clínica.

Resultados

O Caso S.

S. é um jovem adulto de 22 anos, filho mais velho de uma fratria de dois. A sua pele é clara, em contraste com o seu cabelo escuro, e a sua face rosada. Frequentou o ensino superior, na área de economia, mas acabou por desistir do curso e não se inscrever no presente ano letivo. A escolha do curso “foi um bocado à porrada” e não foi a sua primeira opção (elemento indiciador de dificuldades identitárias que serão corroboradas posteriormente). Durante os 3 anos que viveu e estudou numa pequena cidade afastado de casa refere o seguinte percurso: no primeiro ano “a praxe correu bem”, “poucos consumos”; o segundo ano “foi mais atribulado”, “fazia parte da comissão de praxe”, “comecei a ir menos às aulas”; no terceiro ano refere ter “desligado de tudo”, “comecei a fechar-me cada vez mais”, “pensei em suicídio”, “estava a queimar dinheiro aos meus pais”.

Relata duras discussões com os pais e a insuportabilidade da convivência: “a última vez que vi os meus pais, estive a discutir com o meu pai e atirei-lhe tudo à cara”, “não volto mais para lá [para a casa de família] ” “não aguento mais lá estar [na casa de família] ”, “a resposta [dos pais] é sempre não, mesmo quando se tem uma ideia boa”. Na terceira consulta, foi possível perceber a que tipo de “ideias” S. se referia, ideias ligadas a projetos que raramente executa, mas que relata com algum fervor. Estes projetos passam a ser um elemento muito presente nas consultas, e apesar de serem todos exequíveis, ou seja, não extravasando os limites da realidade, a sua elevada quantidade e dispersão de temas dá-lhes uma conotação quase delirante.

S. consumia cannabis e seus derivados e afirma que as discussões com os pais “começaram a piorar quando o meu pai descobriu que andava drogado em casa”. Afirma nunca ter consumido outro tipo de drogas e identifica os consumos como o motivo do internamento. Na primeira consulta diz que tinha “mitomania”, que “mentia muito”. Afirma ter poucos amigos (“se tenho cinco é muito”), demonstrando algumas dificuldades relacionais. Refere também que nunca teve uma relação amorosa, e que um dos seus desejos é sair da clínica e arranjar uma namorada “que me consiga aturar”, “que seja parecida comigo em termos de compreensão e comportamento”. Tanto dos dados veiculados pelo paciente, como pela sua postura nas consultas, perspetiva-se em S. uma fraca capacidade de tolerar a frustração e uma agressividade que facilmente vem à flor da pele, mantendo, no entanto, respeito pelas regras e boa educação. Antes de ser internado consultou vários especialistas. Assinala que através de um “eletroencefalograma” uma neurologista que lhe diagnosticou uma psicose, mas S. questiona que “há milhares de psicoses”. Consultou igualmente psiquiatras e um “neuropsicofisiologista”, mas abandonou sempre a medicação que lhe foi prescrita referindo que “andei duas semanas que parecia um autêntico *zombie*” e que “não sou muito de comprimidos”. Quando deu entrada na clínica estava medicado com: Quetiapina: 100 mg ao almoço, lanche e 200 mg ao deitar; Lorazepan 2.5 mg ao deitar. A 16 de outubro passou a tomar: Quetiapina: 100mg ao almoço e 200mg ao jantar; Risperidona: 1mg ao almoço e 2mg ao jantar; Lorazepan 1mg em SOS. A avaliação conjunta psiquiatra/psicólogo clínico acordou que S. preenche os critérios para o diagnóstico descritivo de Perturbação Estado-limite da Personalidade segundo o DSM-IV TR (2006).

S. afirma que as suas dificuldades começaram quando tinha sonhos de perseguição: “Tinha uns sonhos esquisitos”, “parecia que estava na selva e parecia que andavam atrás de mim, e andava com uma metralhadora na mão”, S. não associa nada a estes sonhos, refere não se lembrar “muito bem”, mas eram “assustadores”. Quando questionado sobre como eram as coisas nessa

altura, refere que eram “más”, “o ano [letivo] não correu bem e mentia muito aos meus pais [sobre as notas da faculdade]”. S. refere ainda que tinha acessos de raiva (como fechar-se dentro de um carro aos murros ao volante, fechar-se dentro da casa de banho a gritar, bater nas paredes). Referencia também uma altura, durante o 3º ano de faculdade, em que se isolou durante uma semana e só saía de casa para comprar substâncias. Nesta altura pensou em suicídio, embora não revelasse um plano, auto-mutilizações ou parasuicídio. Diz que a casa onde vivia também não ajudava porque não tinha sala e o convívio com os colegas era pouco ou nenhum.

S. apresenta alguns comportamentos ordálicos, para além do consumo já referido. O excesso de velocidade ao conduzir e a forma como conduzia (através das quais se sentia “vivo”) levaram-no a ter vários acidentes, de carro e mota. O acidente mais grave foi de motociclo, quando se dirigia para os escuteiros, que lhe deixou uma marca no braço decorrente de uma lesão que afirma ter sido mal tratada pelo médico. No geral, S. mostra desconfiança perante os médicos, inclusivamente o seu atual psiquiatra.

S. descreve a mãe como invasiva, atribuindo-lhe a causa dos seus problemas, como ter fracas relações pessoais ou atribuir demasiada importância ao que os outros pensam. Diz também que é teimoso como a mãe. Relativamente ao pai afirma que “fala pouco mas é a sério”, que “a nossa relação é de amor/ódio” e que o pai é muito crítico: “chamava-me gordo todos os dias” (algo que refere se ter prolongado até uns anos atrás). O pai diz-lhe que não vai conseguir fazer os seus projetos, mas S. parece identificar-se com ele, afirmando que o pai tem uma cultura acima da média (tal como ele se perspetiva a si próprio), e sente uma grande necessidade de admiração da sua parte. Afirma que os pais diziam que não era normal e relativamente aos seus projetos “eles ouviam, mas não era com uma admiração incrível”. A mãe de S., num dos contactos telefónicos com a equipa técnica, afirma que nas noites antes de S. entrar na clínica este falava com “euforia maluca” dos seus projetos, que ia dar emprego a muita gente. Também outras pessoas com quem falava lhe diziam que eram projetos a mais e que tinha de começar devagar. Muitos destes projetos foram escritos num caderno que traz sempre consigo e onde aponta grande parte do seu dia, ideias e afazeres (o caderno foi voluntariamente partilhado com o clínico). Atualmente S. reconhece que eram ideias excessivas e um pouco delirantes, e que ocorriam mais “quando estava drogado”. No entanto, diz não se recordar muito bem das alturas específicas em que escrevia. Apenas se lembra de escrever mas não sabe muito bem porquê, parecendo-lhe agora estranhas algumas das coisas que escreveu. O conteúdo do caderno (principalmente nas primeiras páginas) é essencialmente caracterizado pela desorganização, o

que constituirá um reflexo de um mundo interior desorganizado, com frases escritas em várias direções, como que à procura de um sentido.

A incompletude interna é visível ao longo do caderno. Temos como exemplo as notícias que anota. Estas têm principalmente uma temática política, estando na sua maioria relacionadas com o défice, com a falta: “2014 será o ano mais apertado financeiramente falando”, “Portugal detém o quarto défice mais alto da Europa”, “Portugal foi o país onde a dívida mais aumentou nos últimos dois anos”. Como hipótese compreensiva, pode-se avançar que esta sensibilidade está possivelmente associada ao défice emocional, à carência interna, e é reflexo da angústia branca.

S. passa grande parte do seu tempo a fazer planos. Parece viver num futuro quimerizado, revelador de um *Ideal do Eu* grandioso e impossível de alcançar: quer ser político, engenheiro, automobilista, empresário, vendedor de seguros. Estes elementos parecem igualmente indiciar processos de identificação coartados, incompletos ou inacabados. Se for tomado em consideração que o “pai”, no contexto do complexo da “mãe morta”, é fantasmaticamente perspectivado como alguém onipotente, capaz de realizar o irrealizável (acordar a mãe morta), depreendem-se os Ideais do Eu irrealistas e as dificuldades nos processos de identificação primária, processos associados ao pai da pré-história pessoal, tomado como ideal/protótipo (Laplanche e Pontalis, 1990).

A dada altura do internamento, S. começa a ficar mais próximo de um outro paciente cujos delírios envolvem a criação de patentes tecnológicas (importa assinalar que nessa altura, S. desconhecia a natureza delirante dos projetos de patentes). Uma dessas patentes foi discutida com S. que a escreve no seu caderno “Manter projeto de sistema motriz de *chip* (cérebro e tórax/abdómen) em segredo”, sendo que seguidamente anota nomes de pessoas de interesse para incluir neste projeto. Mais tarde, quando tomou conhecimento da natureza delirante dos planos do seu “futuro” parceiro de negócios, S. riscou todos os apontamentos relativos a este projeto de uma forma carregada, quase enfurecida. O riscar de elementos do caderno é algo que apenas se revela nesta situação (embora, como já foi referido, o caderno esteja bastante desorganizado e inclua vários projetos que rapidamente eram abandonados). Esta singularidade do apagar, do riscar, é um possível indicador da significância psicológica deste evento. Neste caso é possível hipotetizar que esta tentativa *in extremis* de erradicar algo do caderno da sua vida tenha uma função defensiva e esteja relacionada com o receio perante a proximidade com a loucura, com a psicose manifesta.

S. escreve quase tudo o que faz no quotidiano, com pequenas referências como “fui à piscina” ou “fui à bomba de gasolina”. Possivelmente a necessidade de registo estará relacionada com

falhas de memória de que se queixa. As “falhas de memória” podem ser equacionadas no contexto da alucinação negativa do pensamento, um vazio que impede e paralisa o pensamento, a hipocondria negativa.

Neste seu caderno pessoal S. não faz referência a nenhum sentimento ou vivência afetiva. Apenas no final de outubro é que começa a escrever sobre o que sente, embora de forma superficial (e em língua inglesa): “*I really feel that I could be doing a lot more in the outside*”, “*I really feel optimistic about my life*”. Neste dia escreve também: “*death is no longer an option, not with the number and complexity of ideas I have swimming in my brain.*” Como se pode constatar, S. considera que por ter todo um manancial de ideias já não pensa em morrer, podendo tal constituir a fabricação do pensamento (“*ideas I have swimming in my brain*”) para fugir à depressão (“*death is no longer an option*”).

O irmão de S. é pouco falado em consulta, embora se denote inveja da sua parte derivada do sentimento que o irmão fez aquilo que ele próprio deveria ter feito (por exemplo, “comprou uma moto com o dinheiro dele aos 17 anos”), e da percepção que os pais admiram mais o irmão e que este tem mais benefícios.

Durante todo o percurso escolar, até à entrada na universidade, S. teve dificuldades de relacionamento. Era gozado na escola, tanto na primária como no ciclo preparatório, onde era apelidado “filho da professora”. S. foi vítima de *bullying* por parte de um colega (“era o saco de porrada dele”) e ia para a escola com medo: “todos os dias não sabia o que ia acontecer”. Os pais diziam para ignorar e ele sentia-se impotente. Atualmente diz que essas recordações já não o afetam, mostrando relutância em falar sobre a adolescência que considera não ter sido boa.

S. não evoca quase nenhuma memória de infância. Lembra-se do primeiro dia de escola, em que se enganou na sala, da hora da sesta no infantário e da disposição da sala. Não se recorda das brincadeiras ou da relação com os colegas. Recorda uma memória com o pai, na casa do avô paterno, com quem mantém uma boa relação (neste momento cego devido a diabetes), em que “estava a brincar com legos e o meu pai deu-me uma ajuda”. Descreve esta recordação como sendo uma boa memória.

Durante a consulta de avaliação, S. refere a morte de um tio que ocorreu aproximadamente três meses após o seu nascimento. Poderia hipotetizar-se um afastamento emocional da figura materna reativo a esta perda, mas não dispomos de informação sobre o impacto desta morte na família, nem sequer da linhagem do tio (materna ou paterna). Apesar disso, existem indícios na atualidade desse afastamento emocional materno, através do contacto dos técnicos com a mãe, que, apesar de se mostrar sempre preocupada com o tratamento, descarta a experiência

emocional e sofrimento do filho, centrando o impacto da sua condição no sistema familiar: “ele tem de perceber que a família está a sofrer muito com isto”. Também S. refere que “nunca fui habituado a expressar as minhas emoções”. Com base nestes elementos, é possível aventar uma ausência de resposta materna às emoções do paciente, possivelmente derivado do afastamento emocional da mãe.

Um dos elementos que se destacou no seu acompanhamento foi a infância se encontrar quase em “branco” ou, nas suas palavras, “tudo normal”. A mãe também refere que a infância do filho foi normal, mas lembra um acontecimento em que S. desmaiou (por volta dos 3 ou 4 anos), perdendo a consciência durante bastante tempo. Foi levado para o hospital, mas a causa do desmaio manteve-se inconclusiva. A mãe refere ainda que S. “sempre foi muito distraído”, “esquece-se de tudo com muita facilidade”.

A vida onírica é extremamente reduzida. Durante o tempo de internamento não se recordou de nenhum sonho. Próximo do final do período de internamento referiu que sonhou que estava a cair e acordou sobressaltado.

S. tem dificuldade em identificar e descrever as suas emoções: “não sinto nada, tenho é uma acção a fazer”; “fecho os meus sentimentos num claustro”; “eu sinto mas não falo”; “nunca fui habituado a expressar os meus sentimentos”. O único sentimento que parece identificar com clareza é a raiva, expressa através da forma como fala ou reage em situações que vão contra a sua vontade, mas sem passagem ao ato.

Dos seus pensamentos salientam-se as rumações suicidas que teve durante a semana em que se isolou (enquanto estava na faculdade) e às quais se refere como “pensamentos obscuros” e as rumações quase maníacas que tem relativamente aos seus projetos.

Durante as sessões S. demonstra não tolerar o silêncio. Sempre que ocorre um momento silencioso pergunta “que é para dizer mais?” Quando o terapeuta fazia um gesto ou lhe dizia “o que quiser falar ou o que lhe vier a cabeça”, rapidamente S. discorre sobre queixas do quotidiano institucional, como o acesso à Internet ou ao telefone. Também o fim-de-semana é descrito como um momento complicado, experienciando ansiedade ao sentir-se “mais sozinho”. No decorrer das consultas, S. relata ainda algumas dificuldades de concentração, tais como, não conseguir ler um livro sem se distrair constantemente, não conseguir acompanhar a história dos filmes ou ainda queixas de memória “esqueço-me das coisas”.

Tendo em consideração que a instituição onde decorreu a intervenção acolhe principalmente pacientes psicóticos, perturbações de carácter graves ou estados limites, cujo florido sintomatológico é imediatamente perceptível, este caso destacou-se pela aparente ausência de sintomatologia. Contudo, ao longo das sessões ficou patente que apesar de falar bastante, revela

pouco de si, sendo igualmente evidentes lacunas na sua memória, não apenas em relação ao seu passado, mas também de uma sessão para a seguinte. O paciente refere mesmo que o dito em consulta "entra por um ouvido e sai pelo outro".

Com o decorrer do tratamento S. evoluiu no sentido de uma maior transparência acerca das suas dificuldades (p.e conversou com os pais acerca do consumo de substâncias), uma melhor forma de se relacionar com os outros e uma maior capacidade de tolerar a frustração. Afirma que na clínica não sente necessidade de mentir, nem de consumir substâncias. Contudo S. revelou e continua a revelar dificuldades em reconhecer a necessidade de apoio. Na primeira semana afirmava já estar melhor e no final reconhecia que no princípio estava mal, mas que esse não era o caso no momento atual. Ou seja, em nenhum momento do tratamento S. reconheceu no aqui e agora as suas dificuldades ou pediu ajuda. S. tem como objetivo prosseguir os estudos, mas quer mudar de curso e já não fala em sair de casa dos pais, mostrando até algum interesse em voltar a viver com eles. Esta aceitação do retorno a casa pode estar associado ao desejo de sair da clínica o mais rápido possível.

Aquando da saída da clínica, S. conseguiu encontrar dois empregos (um no setor da restauração e outro como guarda noturno), que lhe ocupam grande parte do dia. Refere que gosta bastante do que faz e que vai inscrever-se na faculdade novamente num curso para o qual tem mais vocação (engenharia). S. assinala, em consulta de *follow-up* que sente que consegue ser mais espontâneo com as pessoas, consegue interagir melhor, apesar de ainda ter algumas dificuldades. A família e amigos referem que ele está diferente e que não "explode" com tanta facilidade nem está tão irritável (indicador da tolerância a frustração).

Resultados da prova projetiva de Rorschach (psicograma):

Total de Respostas 24, (valor normativo entre 20 e 30 respostas por protocolo). Tempo Total; (T.T) 20 minutos, (valor normativo entre os 20 e 30 minutos). Tempo Médio de Latência (TLM) = 16,2 segundos

Modos de Apreensão: G% = 29,1% (valor normativo entre 20% e 30%); Determinantes D% = 45,8% (valor normativo 70% e 80%) Db1% 12,5%, (valor normativo 3% e 10%) Dd%=12,5% (valor normativo 3% e 10%) e ausência de Do. Determinantes Formais: F% = 70,8% (valor normativo 50% e 70%), F+% = 38,29% (valor normativo 80% e 95%) e F-%=58,8%. Determinantes cinestésicos: Kan=2, Kob=1 e K=0 e Kp=1. Relativamente às respostas cor: CF=2 não havendo qualquer outro tipo de resposta cor. Quanto às respostas Estompagem: EF=1 não se encontrando nenhum outro tipo de resposta nesta categoria.

Conteúdos: A% = 45,83%; (valor normativo 30% e 45%), H% = 16,6%. (valor normativo 10% e 20%) dos quais Hd=3 e H=1; objeto =2; Arquitetura = 3; Botânica = 2; Máscara = 2. T.R.I: $\sum K < \sum C$, com K=0, (Extratensivo puro); Fórmula Complementar $\sum K > \sum E$ (Introversividade). RC% = 16,6% (valor normativo 30% e 40%). Registaram-se 6 banalidades como resposta (valor normativo 5 a 6 banalidades por protocolo) nos cartões: II, III, V, VI, VII e VIII¹⁹.

Discussão dos resultados do psicograma da prova projetiva de Rorschach:

Pode verificar-se no protocolo uma adequada produção de respostas (24), fornecidas dentro do intervalo de tempo normal (aproximadamente 20 minutos), com um tempo de latência médio de 16,2 segundos, o que revela um adequado ritmo de produção. A resposta com um tempo de latência mais alargado corresponde à primeira resposta da prancha I, algo considerado normativo por ser o primeiro contacto com o teste.

Quanto aos modos de apreensão verifica-se um G% dentro da norma, o que indica capacidade em compreender as situações como um todo, e um modo de apreensão em D (que se encontra abaixo do valor normativo), que pode ser testemunho da presença de mecanismos de isolamento necessários ao funcionamento mental, numa discriminação mínima do real e do imaginário. Ainda ao nível da elaboração em G, verifica-se que se trata de uma globalização primitiva, destacando-se respostas globais simples que valorizam a extensão da figura sobre o fundo (por exemplo, “morcego” na prancha I e “borboleta” na prancha V). Verifica-se também que o valor de Dbl está bastante elevado, o que, se inscreve no contexto de uma falha, uma falta que mantém a tónica na incompletude. Esta sensibilidade ao branco encontra-se frequentemente em pacientes com problemáticas narcísicas, porque, é possível que se sintam atingidos por aquela lacuna que é vivenciada como falta fundamental, carência verdadeira nas primeiras relações com a mãe, deixando a insatisfação a sua marca de insuficiência, de raiva e de incompletude. As tentativas para preencher o branco, num esforço de domínio do material muitas vezes, são tentativas, mais ou menos desesperadas, para preencher este vazio, esta falta dolorosa de viver.

Quanto aos determinantes constata-se uma predominância de respostas F, com uma percentagem acima da média o que indica grande vigilância, preocupação de controlo que vai no sentido da retenção, um esforço coercivo de domínio, que enclausura a expressão do afeto e do desejo sem formação de compromisso. Testemunha ainda a existência de defesas de carácter sem flexibilidade, nem permeabilidade tópica e pode ser interpretado como um

¹⁹ As respostas, cotação e psicograma relativo à primeira prova de Rorschach encontram-se no Anexo I

distanciamento dos aspetos afetivos, correspondendo a sujeitos carentes de espontaneidade ou receosos de manifestá-la. Os determinantes formais centram-se no descritivo e no factual, o que sublinha a fragilidade da mentalização, a pobreza fantasmática, o predomínio do pensamento operatório, que colmata as faltas de elaboração através de um sobreinvestimento da realidade. É esta realidade que vem preencher, ou substituir, o vazio de um espaço psíquico que parece não poder manifestar-se como tal, como se as imagens induzidas pelo cartão não tivessem espessura, não encontrassem eco interno, em termos de ressonância fantasmática ou de vivência emocional. Revela no fundo um vazio ideativo e uma mentalização nula, como se a “realidade interna do sujeito fosse inexistente, vindo a realidade externa substituir-se a ela, para mascarar o vazio” (Chabert, 2003 p.233). No protocolo observa-se ainda um F% elevado e um F+% baixo, o que corresponde a uma ineficácia nos esforços de intelectualização.

Dentro das respostas Formais do protocolo, as de “má qualidade” (F-) são predominantes (58.8%), revelando desadaptação e inadaptação ao mundo real (Chabert, 2003). Este tipo de determinante, em número elevado, pode aparecer no protocolo de adolescentes ou jovens adultos ameaçados de descompensação psicótica e refere-se, muitas vezes, a conteúdos corporais ou anatómicos, que põem a nu a fragilidade da imagem corporal e da identidade, desmascarando manifestações hipocondríacas da angústia de desintegração. O elevado número de formas de “má qualidade” no protocolo evidencia a baixa capacidade do Ego em dominar o “caos” suscitado pelos diferentes estímulos. Em vez de surgirem imagens que dão conta de uma boa relação com o real interno e externo, surgem fantasmas arcaicos representados por conteúdos de detalhes do corpo humano (Hd). Apesar de H% estar dentro da norma, este é praticamente constituído por respostas Hd, o que indica a ausência de integridade da imagem do corpo e/ou a existência no sujeito de uma angústia de fragmentação. Quando o Hd é predominante, sobretudo na forma de perfis e na ausência de K (grandes cinestésias humanas), indica a busca ansiosa de contactos humanos e a dificuldade de relações. Esta luta contra a fragmentação está também patente na tentativa de unificação dos elementos dispersos na prancha X.

Quanto aos determinantes cinestésicos observa-se que a sua ocorrência no protocolo é reduzida. Das quatro cinestésias apresentadas, duas são movimento animal (Kan), que caracteriza o fabulário e as fantasias imaginárias da infância, dizem respeito às moções pulsionais e às procuras objetais primárias. A ausência de K marca a incapacidade de evocar representações de relações.

Os determinantes sensoriais (cor) testemunham uma sensibilidade à realidade exterior. O valor de C baixo decorre de uma inibição emocional, de um retraimento e certa sufocação da

expressão. No caso de S. este tipo de determinante aparece como uma simples descrição, banalizante e colada, que funciona como defesa contra a emergência de fantasmas, que não podem ser figurados no seio de uma representação. Ambas as respostas em que S. utiliza a cor estão associadas a determinantes formais (CF). Esta utilização da cor é comandada pelas forças defensivas que têm tendência a minimizar ou a negar o impacto emocional ou fantasmático do material. Quanto ao RC% constata-se que está aquém da percentagem normativa, correspondendo a uma utilização muito reduzida do estímulo-cor e indicando uma retirada para o racional (associada a um F% elevado).

Quanto ao tipo de ressonância íntima, a ausência de grandes K (movimento humano) faz com que $\sum K < \sum C$ com $K=0$, o que indicia um tipo extratensivo puro, o que não vai no mesmo sentido da fórmula complementar, em que as cinestésias menores são dominantes com $\sum k > \sum E$ (4:1) indicando um tipo introversivo, com um RC%=16.6%. A utilização reduzida da cor é um fator que indicia que esta não provoca nenhum efeito estimulante no examinando. Desta forma, apesar de $K=0$ e $C=1$, não é um verdadeiro extratensivo puro, porque não há reatividade à cor. Quanto aos conteúdos, quando o A% é muito elevado pode assinalar uma carapaça social erigida como defesa maior, utilizada para evitar o contacto autêntico, a relação verdadeira. Encontra-se esta alta proporção nas personalidades construídas em torno de um *Falso Self*, ou em algumas organizações de carácter que investem maciçamente uma adaptação superficial e rígida. Indica também a pobreza das associações pessoais e o recurso ao coletivo, ao conformismo, na ausência de imaginação. Uma elevação do A% pode corresponder a uma atitude defensiva de um indivíduo que procura disfarçar os seus interesses profundos ou opor-se ao teste que ele sente como uma intrusão.

As questões ao nível da identidade são também visíveis. As dificuldades de escolhas identificatórias aparecem em respostas do tipo “indiferenciado”, como por exemplo “pessoas”, que ocorrem na prancha III. Também na prancha V, que se refere à problemática da identidade, no sentido psíquico do termo, da noção de *Self*, verificaram-se dificuldades, pela ambiguidade entre uma “borboleta” que não é como as normais e um “morcego” que não bate certo, como se não conseguisse encontrar uma identidade coerente.

Contabiliza-se um total de 6 banalidades, o que demonstra um carácter adaptativo do funcionamento cognitivo.

Quanto à escolha das pranchas que mais gostou e menos gostou, verificou-se que são tecidas com uma dimensão narcísica. As razões por gostar mais da prancha I e III devem-se a conseguir ver mais coisas nestas e conseguir até “desenhar” o que vê, enquanto emergem sentimentos de incapacidade nas pranchas II e VII.

Análise comparativa dos dois momentos de avaliação com a prova projetiva de Rorschach

No segundo protocolo²⁰, uma das diferenças que se salienta, na comparação com a primeira prova, é a redução do número de respostas (de 24 para 14)²¹. Este facto pode dever-se, a uma inibição provocada pelo fim do internamento, pelo receio da prova “correr mal” numa data tão próxima da possível alta.

Verifica-se um modo de apreensão em D, associados na sua maioria a determinantes de boa qualidade (F+), o que revela as capacidades de inserção no real e testemunha um Ego suficientemente forte, que pode submeter-se à prova da realidade.

À semelhança do protocolo anterior, contabiliza-se um elevado número de respostas formais (com um aumento de 6,1%), mas verifica-se um aumento notável das respostas de “boa qualidade” formal (F+%), o que demonstra uma melhor adaptação à realidade. Neste sentido, observa-se também um aumento da percentagem de respostas com conteúdo humano (16,6% para 30,7%), sendo que ao contrário da prova anterior, H é equivalente a Hd, o que indica uma mudança positiva na integridade da imagem corporal e um apaziguamento da angústia de fragmentação, apesar da percentagem de Hd continuar bastante elevada (50%).

Quanto aos determinantes cor, apesar de o resultado do somatório das respostas cor ter o mesmo valor, nota-se que neste protocolo existe uma maior reatividade a estes estímulos. A escolha da prancha X como uma das que gostou mais é revelador desta reatividade, no sentido em que a razão fornecida é a “diversidade de cores”, testemunha da abertura a uma maior diversidade de emoções.

Na generalidade revela-se uma maior aproximação com os valores normativos, mas permanece a questão destes resultados estarem relacionados com uma verdadeira mudança ou serem devidos à redução do total de respostas (inibição). Existem parâmetros em que a verdadeira mudança é porventura mais evidente, como a qualidade das respostas formais, em que houve um aumento das respostas F+ (apesar da diminuição do número total de respostas). Também a reatividade à cor é um parâmetro em que a mudança não é quantitativa, mas sim qualitativa. Existem outros índices, em que apesar de se observar uma mudança na percentagem, a redução

²⁰ As respostas, cotação e psicograma relativos à segunda prova de Rorschach encontram-se no Anexo II

²¹ Consultar Anexo III relativo à comparação dos psicogramas da primeira com a segunda prova projetiva de Rorschach

do número de respostas não permite que se possa sustentar uma mudança verdadeira (diminuição de Hd; %Ban; Formula complementar, RC).

Resultados e discussão do TAT

Os procedimentos da série C/Fa estão muito presentes ao longo do TAT, sendo que a série C/Fa1 (apego ao conteúdo manifesto) encontra-se nos cartões 1, 3, 4, 5, 9GF, 13MF, 13B, 16. De forma semelhante ao que se observou no Rorschach (elevado número de respostas F), o acento é posto nos “elementos da realidade externa, o factual, o quotidiano e as ideias recebidas, que vêm substituir-se a um mundo interno enfraquecido” (Shentoub, 1999, p.89). Segundo Shentoub (1999), a utilização maioritária destes elementos corresponde a modalidades de funcionamento próprias das personalidades “*as if*” (Deutsch) e caracteriza também o que Marty descreve com “pensamento operatório” (Shentoub, 1999). Um exemplo do que ocorre perante a impossibilidade de se colar ao conteúdo manifesto é o cartão 19, em que a falta de um continente, que possibilite a elaboração da angústia proveniente da regressão proposta pela prancha, faz com que sobressaiam defesas maníacas com uma posterior tentativa de se segurar ao conteúdo manifesto. Esta tentativa falha, levando a uma recusa e uma tentativa de elaborar a angústia a partir da intelectualização. A evocação da sombra (objeto não sólido) remete para uma falta de suporte, para a ausência de uma mãe continente e para a incapacidade de construir uma história. Também o cartão 16 é exemplo a destacar, porque não oferecendo qualquer suporte confronta o sujeito com um vazio interior, que remete para a sua própria mente vazia (“talvez a mente de uma pessoa quando não está a pensar em nada”), uma mente em branco, vítima da alucinação negativa. Aqui também parece ocorrer uma relação do, nada com o nada, numa tentativa de se colar novamente ao conteúdo manifesto do cartão. Como ele próprio refere, “nos outros dá” porque tem algo onde se segurar, o que não acontece nesta prancha. S. confronta-se com o vazio, uma tela em branco que o remete para a sua própria mente.

Relativamente à prancha 2, que pode reativar o conflito edípico (Shentoub, 1999), verificou-se que S. efetua a triangulação edípica, desvalorizando, no entanto, a figura materna e enaltecendo a figura paterna.

No cartão 13MF, que pode remeter para a cena primitiva, observou-se a emergência da temática sexual, que é prontamente negada, e a personagem feminina é vista como “doente” ou “morta”. Parece também oportuno realçar a análise do cartão 13B que indicia o não acesso à posição depressiva. As angústias de separação não são reativadas podendo, de certa forma, demonstrar

uma imagem materna enfraquecida (“parece ser pobre”), não havendo no entanto reparação. S. parece anular os afetos, não elaborando as partes abandonicas relativas à figura materna²².

Discussão e Conclusões

Tendo por base os resultados das provas projetivas e os dados recolhidos em contexto de consulta, será tecido o seu emparelhamento com as propostas teórico/clínicas de André Green a propósito da psicose branca e do complexo de mãe morta. Como foi possível constatar, verificou-se no sujeito uma potencialidade psicótica, evidenciada pela prova projetiva de Rorschach, mas que ainda não se manifestou. Segundo Gibeault (2013), a psicose branca remete a uma estrutura psicótica em estado latente, que se pode assemelhar a um estado limite, mas que constitui de facto o ponto de partida ou o núcleo de uma psicose, entre o retraimento autista ou uma tentativa de cura pelo delírio. Esta potencialidade pode residir em experiências precoces de abandono e conseqüente formação da angústia branca, angústia do vazio.

As crises agudas com objetos próximos (pai e mãe) foram uma das causas do internamento. Estes conflitos tinham frequentemente uma natureza narcísica (a carência de “admiração incrível” para com os projetos de S.). A necessidade de ser admirado pelos pais, de ser notado, reconhecido e valorizado, aparenta não ter sido satisfeita, e as manifestações dessa falha são evidentes pelas explosões de raiva, que podem ser concebidas como recursos anáís-sádicos que têm como objetivo o controlo dos objetos. Estes ataques agressivos e destrutivos fragilizam os objetos, tornam-nos inseguros e insuficientemente defensores, quer no plano narcísico, quer no de apoio, o que vai tornar esta relação marcada pela insatisfação e frustração, produzindo cólera e ódio (Chabert, 2000). Apesar disso é evidente a sua dependência, mascarada por um manto de autossuficiência (na primeira consulta refere “não volto mais para lá [para a morada de família], prefiro meter as coisas numa mochila e ir para debaixo da ponte”). A necessidade que sentia de mentir era perspectivada como forma de não desiludir os pais (“tinha medo de não ser aprovado”), principalmente pelo pai. Também, como anteriormente foi referenciado, em nenhuma altura do acompanhamento S. reconhece a necessidade de tratamento (o reconhecimento da dependência na relação com o outro). Todas estas questões podem remeter para uma altura em que era totalmente dependente e a experiência não foi gratificante. Assumir a dependência constituiria, deste modo, a reabertura da ferida narcísica.

As características depressivas são notáveis, uma depressão sem afetos, com rumações suicidas, possivelmente proveniente do corte relacional, da pulsão de morte, que cumpre “uma

²² Para um aprofundamento do TAT do sujeito consultar Anexo IV.

função desobjetalizante por meio do simples desligamento” (Gibeault, 2013). Efetivamente, S. refere que esteve “desligado de tudo” na altura em que pensou em suicídio. Os consumos excessivos são igualmente enquadrados temporalmente nesse momento da sua vida, podendo constituir uma forma de reduzir as tensões internas, numa fuga à depressão que o aproximou ainda mais do nada, da morte.

Salientou-se, aquando da análise dos resultados, o pensamento concreto, a colagem excessiva ao exterior, associada à pobreza fantasmática, à falha da função simbólica, ao vazio, do qual parecem dimanar projetos, ideias formadas como um processo de pensamento artificial, que se torna quase delirante. Estes projetos atestam igualmente as exigências do *Ideal do Eu*, e a problemática narcísica subjacente. Segundo Zimmerman (2007), o pensamento operatório origina-se na infância, em decorrência de um défice na *função de para-excitação* materna, o que é consonante com a conceptualização da psicose branca e do complexo de mãe morta.

A falha, a perda, a incompletude interna é visível pela sensibilidade ao branco da prova de Rorschach. É uma manifestação do vazio, da ferida narcísica possivelmente aberta aquando da decaexia provocada pela depressão materna. Os comportamentos ordálicos, tais como a condução perigosa, fazem com que se sinta “vivo”, numa espécie de contra-investimento defensivo ao sentimento de morte interna produzido pela identificação com a “mãe morta”. Quanto aos afetos, apesar do resultado da prova projetiva de Rorschach ter indicado um TRI extratensivo puro, o que se observa neste caso não confirma as indicações deste índice. Deve-se ter em conta que o TRI “indica como o indivíduo poderia viver e não como ele conduz a sua ação” (Traubenberg, 1976, p.134). Tal é evocativo das considerações de Mitchell (1998) que não vê este vazio como uma morte interior, referindo que “*the absence or loss is taken in and held dormant in an encapsulated internal space, much like an incubator, and may, under the right conditions, generate new growth.*”²³. Estes elementos encontram eco nas palavras do sujeito: “fecho os meus sentimentos num claustro” (tal evidencia a possibilidade de crescimento, com a abertura do “claustro emocional”, e poderá justificar os dados da segunda aplicação do Rorschach, onde se verificou uma maior reatividade à cor).

As falhas de memória, as dificuldades de concentração, a desvitalização das interpretações e as pobres associações são próprias de uma atividade -K, daquilo que Green descreve como

²³ “a ausência ou a perda é levada e mantida dormente num espaço interno encapsulado, como uma incubadora, e pode, nas condições certas, gerar um novo crescimento”

alucinação negativa. Provavelmente, a necessidade de apontar tudo o que faz num caderno decorra desta atividade -K, compensando a alucinação negativa.

No TAT é possível observar a ambivalência relativamente à cena primitiva, a tentativa de reanimação da mãe “morta ou doente” por um pai todo-poderoso, onipotente. Este fantasma de onipotência paterna poderá ter dificultado os movimentos de identificação primária, conduzindo a uma identidade instável que se pode entrever no Rorschach e na sua indecisão relativa aos cursos superiores.

Relativamente à triangulação edipiana, a hipótese que se coloca remete para um acesso à triangulação (visível através do TAT), embora com determinadas condicionantes. Nesta triangulação, as figuras parentais são experienciadas como polos afetivos opostos (Green, 2005). Neste sentido, a mãe é vista como intrusiva, invasiva, como nunca estando ausente, enquanto o pai é visto como distante, crítico, mas alvo de admiração num registo de inacessibilidade. É patente a ansiedade de intrusão quando está com os pais (sente que não tem privacidade, refere que sente o espaço invadido, principalmente pela mãe), mas simultaneamente a ansiedade de separação quando se encontra afastado. Estes aspetos remetem para a tri-bi-angulação referenciada por Green, pontuada pela clivagem dos objetos (o bom inacessível; o mau intrusivo).

Em consulta a inacessibilidade ao bom objeto parece igualmente estar representada. Sempre que ocorria um silêncio, S. prosseguia o discurso com pedidos relativos à Internet e telemóvel, que podem ser interpretados ou equacionados como queixas/apelos em relação à comunicação/ligação. Estas solicitações podem constituir uma espécie de reclamação por um “discurso vivo” da parte do psicoterapeuta, cujos silêncios podem recapitular a inacessibilidade do bom objeto. A questão dos “silêncios” nestes casos foi abordada por Green, que refere:

*“les cas où dominant les traits narcissiques, ou les cas-limites, ou ceux que présentent de graves problèmes de caractère montre que le silence de l’analyste est improductif, soit que les patients le supportent mal, soit qu’ils s’installent dans une position de faux-self analytique”*²⁴ (Green, 1990, p. 368).

Desta forma, a prática clínica com estes pacientes requer uma forma de interação particular. O terapeuta não deve estar nem muito próximo, porque será intrusivo (como o mau objeto), nem

²⁴ “Os casos em que dominam os traços narcísicos, ou os casos limite, ou que apresentam graves problemas de caráter, mostram que o silêncio do analista é improdutivo, seja por os pacientes o suportarem mal, seja porque se instalam numa posição de falso *self* analítico.”

muito distante, porque será visto como uma figura de abandono (inacessível como o bom objeto). Ainda segundo Green (1975, p.8):

“the only solution is to give the patient the image of elaboration, situating what he gives us in a space which is neither the empty one [by absence] nor one filled to overflowing [by interpretation], but a ventilated space, a space which is neither that of 'this is meaningless' nor that of 'this means that' but one of 'this may mean that'”²⁵.

Outro resultado que se salientou na prova de Rorschach foi a evidência de um *Falso Self*. Pode-se pensar que uma das defesas utilizadas pela criança perante uma “mãe morta”, que não nutre suficientemente bem as necessidades afetivas do seu bebé, consiste na instauração de um *Falso Self*, que “funciona como instância maternal substitutiva, protetora de um *Self* autêntico que tem de ser preservado das agressões de um meio ‘não suficientemente bom’” (Farate, 2003) e “tem por função tentar seduzir o ambiente às necessidades do pequeno ser” (Neto, 2010). O próprio Green suspeitava desta relação, ao falar da reinterpretação que o bebé faz ao seio aquando do estado depressivo da mãe. Green refere que não é tanto uma questão de seio mau (que não nutre) mas de um seio ausente (que mesmo nutrindo é ausente). Então, a recatexia da relação feliz que antecede o complexo de mãe morta sofre uma ameaça catastrófica “[...] *if i dare say so, it is a false breast, carried within a false self, nourishing a false baby.*”²⁶(Green, 1983, p.161). No TAT é possível confirmar esta ligação, através da observação do apego ao conteúdo manifesto, característico das personalidades “*as if*” descritas por Helene Deutsch (1942). A descrição desta autora tem muitos pontos de contacto com a psicose branca: uma procura pela realidade externa, num esforço de evitar fantasias carregadas de ansiedade; a ausência de investimento nos objetos (decatexia); falha nos processos de sublimação; alto rendimento intelectual, mas uma falha na parte emocional e moral da personalidade; um vazio interno. Deutsch (1942) considera estes casos como condições pré-psicóticas, referindo que um processo esquizofrénico passa por uma fase “*as if*” antes de evoluir para formas delirantes. De forma similar, Green e Donnet (1973) referem que a psicose branca não corresponde a uma psicose manifesta, mas antes a uma potencialidade psicótica. Parece assim ser viável associar

²⁵ “A única solução é dar ao paciente uma imagem de elaboração, situando o que ele nos dá num espaço que não é nem vazio [pela ausência], nem cheio até transbordar [pela interpretação], mas um espaço ventilado, que não é o de ‘isto não tem significado, nem o de ‘isto significa aquilo’, mas um espaço de ‘isto pode significar aquilo’”.

²⁶ “Se posso atrever-me a dizer, é um *falso seio*, veiculado por um *falso self*, que nutre um *falso bebé*”

o conceito de “psicose branca” ao de “*falso self*”, tendo como pano de fundo o *complexo de mãe morta*.

Como foi referido anteriormente, o paciente recebeu um diagnóstico descritivo de Perturbação Estado-Limite da Personalidade, segundo os critérios do DSM-IV-TR (2006), mas as noções avançadas por Green permitem compreender o núcleo psicótico subjacente. A alucinação negativa, o ataque ao pensamento, a produção de pensamento artificial, salientam a estrutura de fundo, invisível, que é a psicose branca. Esta estrutura vai-se atualizando consoante os acontecimentos que ocorrem na sua vida e a relação com os objetos mais próximos é de extrema importância. S. aparenta ter estado próximo da descompensação psicótica na altura em que os conflitos com os pais eram constantes, mas o afastamento da família promovido pelo internamento parece ter-lhe facultado a distância necessária para pensar a relação com eles (impensável na presença, pela intrusividade) e para fortalecer o seu Ego. O acompanhamento psicológico, que tome em consideração os aportes de Green para a prática clínica com estes casos (por exemplo, na questão do manejo dos silêncios já referenciada) pode constituir um elemento de capital importância para que as angústias decorrentes da relação com a “mãe morta” possam ser geridas no seio de uma “relação viva” (com um “discurso vivo”), e para que a (ir)realidade psicótica seja um caminho cada vez mais distante.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2006) *DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Candi, T. (2013) Dois modelos de transferência para os estados-limite: da mãe morta à analidade primária. *Revista Percurso*, 49/50, 109-120.
- Chabert, C. (2000) *A psicopatologia à prova no Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chabert, C. (2003) *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cid, S. (1997) A vida Psíquica dos Esquizofrénicos. Pensar autista e mentalidade arcaica. Em P. Luzes (Eds) *Cem anos de Psicanalise* (pp. 115-161). Lisboa: ISPA.
- Deutsch, H. (1942) Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301- 321.
- Di Rocco, V. (2006). “*Qui est là?*” *échecs de la symbolisation et symbolisation de échecs de la symbolisation dans les problématiques psychotiques*. Dissertação de doutoramento não publicada, Université Lumiere-Lyon.
- Dias, C. (2005) *Freud para além de Freud – Vol II*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Donnet, J.- L. & Green, A. (1973). *L'enfant de ça: Psychanalyse d'un entretien: La psychose blanche*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Duparc, F. (1999) *André Green – Vida y pensamiento psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Farate, C. (2003, Março) *O falso Self na génese psíquica das patologias-limite? Ensaio de resposta clínica e reflexão epistemológica*. XVI Simpósio da Psicopatologia Dinâmica da SPP.

- Franco, S. (2005) Estela, a psicose, um caminho entre pedras. *Análise Psicológica*, 4, 381-390.
- Freud, S. (1999) *História de uma neurose infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (2009) *Para Além do Princípio do Prazer*. Lisboa: Relógio D'água.
- Gibeault, A. (2013) André Green, Donald Winnicott e Wilfred Bion: uma ponte Paris-Londres. *Revista Percurso*, 49/50, 51-64.
- Green, A. (1975) The Analyst, Symbolization and Absence in the Analytic Setting (On Changes in Analytic Practice and Analytic Experience)—In Memory of D. W. Winnicott. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1- 22.
- Green, A. (1979) Le silence du psychanalyste. Em *La folie privée*. Paris: Éditions Gallimard, 1990.
- Green, A. (1983) The Dead Mother. Em *On Private Madness*. Madison: International Universities Press.
- Green, A. (1998). The Primordial Mind and the Work of the Negative. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 649- 665.
- Green, A. (2005) The borderline concept. Em *On Private Madnes*, London: Karnac.
- Gurfinkel, D. (2013) A psicanálise do fronteiroço: André Green, entre Freud e Winnicott. *Revista Percurso*, 49/50, 39-50.
- Hildebrand, H. (1986) Opening Gambits. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 9, 107-122.

- Kohon, G. (1999) Introduction. Em G. Kohon (Eds) *The death mother – the work of André Green* (pp. 1-8). London: Routledge.
- Kumin, I. (1978). Emptiness and its Relation to Schizoid Ego Structure. *International Review of Psychoanalysis*, 5, 207- 216.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1990) *Vocabulário da Psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença.
- Lussier, A. (1999) The dead mother – Variations on a Theme. Em G. Kohon (Eds) *The death mother – the work of André Green* (pp. 151-163). London: Routledge.
- Malpique, C. (2014) “The dead mother complex” em Fernando Pessoa. Em C. Farate., C. Malpique., C. Fabião., I. Faria., J. Milheiro., ... P. Silva. *Pessoa em Análise* (pp. 151-157). Porto: Fenda Edições e Sociedade Portuguesa de Psicanálise.
- Marques, C. (2013) *A Mãe Morta: Edvard Munch e as evidências de um abandono precoce*. Dissertação de Mestrado não publicada: ISPA, Lisboa.
- Marques, M. (1999) Prefácio. Em V. Shentoub, *Manual de utilização do TAT* (pp. XI - XV). Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, M. (2001) *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mitchell, L. (1998) The Missing Object: Gretchen's Obsession. *Modern Psychoanalysis*, 23, 71- 87.
- Modell, A. (1999) The Dead Mother syndrome and the reconstruction of trauma. Em G. Kohon (Eds) *The death mother – the work of André Green* (pp. 77-87). London: Routledge.
- Neto, A. (2010) Falso *self* e patologia *borderline* no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. *Natureza. Humana*, 12.

- Neto, J. (2012) Por que André Green? – Uma psicanálise contemporânea na atualidade da clínica. *Jornal de Psicanálise*, 45, 109-114.
- Neto, J. (2013) Reflexão sobre o vazio dentro da psicanálise: do horror do vazio ao vazio criador de metáforas. *Jornal de Psicanálise*, 46.
- Oliveira, L. (2013) Entre a mãe morta e o assassinato da mãe, um percurso. *Revista Percurso*, 49/50, 101-108.
- Oliveira, S. (1999) *Uma reflexão sobre a esquizofrenia – considerações psicodinâmicas*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Quivy, R. & Campenhout, L. (2008) *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Shengold, L., McLaughlin, J. (1976) Plenary Session on 'Changes in Psychoanalytic Practice and Experience: Theoretical, Technical and Social Implications. *International Journal of Psychoanalysis*, 57, 261- 274.
- Shentoub, V. (1999) *Manual de utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi.
- Spitz, R. (1950) Anxiety in infancy: A study of its manifestations in the first year of life. *International Journal of Psychoanalysis* 31, 138-143.
- Teixeira, V. & Marques, M. (2009) - O buraco negro na patologia limite: Um contributo da/para a técnica Rorschach. *Análise Psicológica*, 3, 281-293.
- Trautenberg, N. (1976) *A prática do Rorschach*. São Paulo: Cultrix.
- Tronick, E. (1978) - The Infant's Response to Entrapment between Contradictory Messages in Face-to-Face Interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17,1–13.

Urribarri, F. (2013) Legado de André Green: recordar, elaborar, assumir. *Revista Percurso*, 49/50, 27-30.

Ventura, M. (2007) O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*, 20(5), 383-386.

Zilberleibe, Z. (2006) O acompanhamento terapêutico e as relações de objeto em pacientes-limite. *Psychê*, 18, 53-66.

Zimmerman, D. (2005) *Manual de Técnica Psicanalítica - Uma Re-Visão*. Porto Alegre: Artmed.

Zimmerman, D. (2007) *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica, Clínica – Uma Abordagem Didática*. São Paulo: Artmed Editoras.

Anexos

Anexo I

Respostas e cotação da primeira prova projetiva de Rorschach feita em 22 de outubro de 2013

Cartão	Resposta	Inquérito	Cotação
I	1 – 60` ^V>V^ lobo a uivar à noite 2 – V 10``edifício equilibrado em cima de uma ponte, mas não é um edifício comum, é fora do comum porque não há paredes construídas assim 3 – 10``todo uma asa delta 4 – Consigo delinear um morcego, quase com asas de borboleta T – 3min	Dsup esq dto G Dbl superior	Dd Kan A G Kob Arq GF- Obj Dbl F+ A
II	5 – 5` Dois animais virados um contra o outro >V^ 27` Não tenho grande coisa a dizer	D laterais esq. dto Talvez algum sangue (parte vermelha) Dd C Sang	G Kan A Ban
III	6 – 28`` V aqui parecem dois peixes 7 – 5``Parte do focinho de um cão, não está completo, aqui as narinas e os olhos. 8 – 5`` parte da frente de um tubarão, na parte branca 9 – 7``Duas pessoas, uma de face para a outra	Dinf lateral esq. Dto Olhos – D central superior Narinas – Dcentral inf Dbl lat inf Vê pessoas? ^ duas cabeças de mulher (DF+ Hd)	DF+A Dd F- Ad Dbl F- Ad simetria G K H ban
IV	10 – 18` V uma árvore, mas isto aqui está a mais 11 - ^ Cabeças de camelo 12 - ^ parecem prédios chineses da antiguidade 13 – V prédio mais antigo, parecem tipo pirâmides	G, retir D laterais e dto inferiores D lat esq dto inferior D central inf Dd Central inf	DF+ Bt DF- Ad simetria DF- Arq Dd F- Arq
V	14 – 10`^V^ Parece uma borboleta, mas não é como as normais, talvez um morcego, mas um morcego não bate certo >^V e entrega	Parecem cabeças de crocodilo (D lat esq dto)	GF+A ban
VI	15 – 10`^ parecem caras opostas, sendo que o nariz é absurdamente longo 16 – V parece uma espada enterrada, tipo Excalibur do filme 17 - >V parece um animal que parece que foi esventrado, foi esventrado e faz-se um tapete do animal	Dlat esq dto Espada: D central (não sri se G pela parte do enterrada) Parece uma coroa Dsup ½ da prancha	DF- Hd sim DF+ obj GEF A anat Ban
VII	18 – 8` duas mulheres, uma face com a outra, mas só a cabeça 19 – Parecem máscaras com cornos	D lat sup esq dto D lat inf esq dto	D F+ Hd Ban

	20 - ^ parece um escaravelho gigante	Gbl V parece uma cara com bigode D cent inf Escaravelho que parece que vai levar uma espécie de folha ^ parece que está a comer a folha	DF- Mascara Gbl F- (A)
VIII	21 – 8` a parte rosa parece um tigre, ou um animal de quatro patas (para além dos tigres ou um possível cão... não consigo ver mais nada)	D lat cent esq dto	D CF A Ban DF+A
IX	22 – 9` uma encosta com umas árvores, bem como do outro lado 23 – uma máscara de um suíno, com um focinho pouco comum	D lat esq dto CF (laranja – encosta, verde - arvores) Dverde lateral (suino)	DCDFPI sim DF- Mascara
X	24 - ^6` Parece a cara de alguma coisa, uma espécie de sobrançelha, nariz, língua	Dbl central (inclui branco)	Dbl F+- Hd

Escolha +

I – “Vejo muita coisa nesta e conseguiria com alguma paciência delinear a ponte e a construção”

III – “Consigo imaginar a face, consigo desenhar o que vejo aqui, consigo ver muitas coisas, uma, duas, três coisas diferentes”

Escolha –

II – “Não consigo fazer sentido das partes vermelhas”

VII – “Não gosto porque não consigo fazer bem sentido das coisas que estão aqui delineadas”

Psicograma da primeira prova projetiva de Rorschach

R = 24	G = 7	F= 17	A =7	F%= 70,8
	D = 11	F+= 6	(A) =1	F+%= 38,29
	Dbl = 3	F- =10	Ad =3	F-% =58,8
	Dd = 3	F+/-= 1	Arq =3	A% =45,83
		K =0	Obj =2	H% =16,6
T. Ap. – G D Dd Dbl		Kan= 2	H =1	%Ban= 25
		Kob =1	(H) =0	
TRI= 0:2 – Extratensivo Misto		kp =1	Hd =3	
FC =4:1 Introversivo		CF =2	Bt =2	
RC% =16,6 Introversividade		EF =1	Máscara =2	

Anexo II

Respostas e cotação da segunda administração da prova projetiva de Rorschach em 28 de

Cartão	Respostas	Inquérito	Cotação
I	1 – ^ V 12` Esta parte parece uma ponte 2 – Esta parte parece um lobo a uivar	Dinf. Lateral esq e dto pela forma Dsup. Esq e dto pela forma	D F- Arq Dd Kan A
II	3 - V ^16` dois lobos, mas não sei o que fazer deste vermelho	Dlateral esq e dto D vermelho Superior	D F+ A Ban
III	4 - 16` Duas pessoas 5 - Dois peixes 6 – V^ O focinho de um animal	D esq dto D esq dto D central inf e D central	D F+ H Ban D F+ A D F+ Ad
IV	7 – V^ 26` Não sei	Talvez a cabeça de um camelo de perfil. Dinf esq e Dto virou a prancha por detrás	Recusa
V	8 – 3` Uma borboleta	G Ban	G F+ A Ban
VI	9 – 15` V parece um tapete feito de pele de algum animal	G pela forma	G F+ A Ban
VII	10 – V^ 13` duas mulheres em perfil 11 – Aqui parecem duas máscaras com cornos	2/3 Sup 1/3 Sup esq e dto	D F+ Hd Dd F- mascara
VIII	12 - V 25` aqui parecem duas pessoas, nesta parte rosa, mas de resto não vejo mais nada	D rosa lateral esq e dto	D FC H
IX	13 – V 21` Esta parte aqui parece uma floresta no sopé do monte (parte verde)	Dverde lateral esq e Dto pela cor	D C Bot
X	14 – V^ 17` Aqui parecem uns olhos e um bigode	Dinf central Duas mascaras aqui Dcentral Sup. Cinza	D F+ Hd

Janeiro de 2014

Escolha +

V – “porque consegui identificar a imagem toda como uma forma”

X – “por causa da diversidade de cores”

Escolha –

VI – “Não sei”

IV – “Esta aqui não consigo identificar muita coisa, não faz muito sentido”

Psicograma da segunda prova projetiva de Rorschach

R = 13	G = 2	F= 10	A =5	F%= 76,9
	D = 9	F+= 8		F+%= 80
	Dbl = 0	F- =2	Ad =1	F-% =20
	Dd = 2	F+/-= 0	Arq =1	A% =46,1
		K =0		H% =30,7
T. Ap. - G D Dd		Kan= 1	H =2	%Ban= 30
		Kob =0	Hd =2	
TRI= 0:2 – Extratensivo Puro		kp =0		
FC =1:0 Introversivo		C =1	Bt =1	
RC% =23 Introversividade		FC=1	Máscara =1	

Anexo III

Comparação dos psicogramas nos dois momentos de avaliação com a prova projetiva de Rorschach

Prova	R	G%	D%	Dd %	Dbl %	F%	F+%	F-%	K	Σ K	Σ C	Σ E	A%	H%	T RI	F C	RC %	%Ban
I	24	29.1	45.8	12.5	12.5	70.8	38.23	58.8	0	4	2	1	45.83	16.6		4:1	16.6	25
II	14	15	69.2	15.3	0	76.9	80	20	0	1	2	0	46.1	30.7		1:0	23	30.7

Comparação dos resultados da primeira e segunda prova projetiva de Rorschach

Anexo IV

Respostas e cotação do T.A.T aplicado a 29 de Outubro de 2013

1 – “Mas é para dizer o que vejo? Era uma vez um miúdo que gostava muito de música, mas ao que parece por esta imagem deparou-se com um violino e viu-se constrangido, porque ele não está a tocar, está com as mãos na cabeça.”

Procedimento – O primeiro contacto com a prancha (e a prova) leva a um conflito. Para evitar esse conflito S. recorre a uma pergunta (C/FO5 ou C/C2?) que demonstra a dependência do sujeito face a uma situação ansiosa, passando para uma intelectualização “era uma vez” (A2.13), e tentando dar uma formulação aos conflitos e emoções encenadas, utilizando posteriormente uma precaução verbal (A2.3). Apega-se ao conteúdo manifesto (C/Fa1), seguido de um conflito intrapessoal “constrangido” (A0), apegando-se aos pormenores para justificar a sua interpretação (A2.1 e A2.2)

Problemática - A situação de constrangimento perante o objeto leva a que se apegue ao conteúdo manifesto do cartão para justificar a sua interpretação. O sujeito sente-se constrangido perante o objeto adulto, no entanto consegue ver-se inteiro perante um objeto inteiro.

2 – 10s... “era uma vez um agricultor, que trabalhava no duro como se pode ver por esta foto. Tinha uma mulher que ao que aparenta não fazia grande coisa e uma filha estudiosa.”

Procedimento – Começa por encarar o cartão com uma intelectualização (A2.13). Constrói uma história próxima do tema banal (A1.1), seguida de uma precaução verbal (A2.3), descrevendo as personagens pela sua postura (A2.1)

Problemática – O S. efetua a triangulação edipiana, desvalorizando, no entanto, a figura materna e enaltecendo a figura paterna.

3 bm – 9s... “Aqui não sei o que dizer, porque... tá bem que está aqui uma mulher arrumada a um banco, mas não há expressões faciais... uma tesoura no chão mas ... Não sei o que dizer aqui (e entrega a prancha).”

Procedimento - S. encara a prancha com uma tendência à recusa (C/FO5), apegando-se ao conteúdo manifesto (C/Fa1) seguido de uma denegação (A2.11) (porque não há expressão facial mas há expressão física) ou procura de intencionalidade nas fisionomias (E16),

prossequindo para a percepção de um pequeno pormenor muito significativo e que não é integrado (A2.16) que provoca um movimento de inibição (C/FO6) e recusa (C/Fo5).

Problemática – coloca a mulher “arrumada a um banco”, isolada, posta a um canto. Há no entanto uma anulação dos afetos, não elaborando desta forma a parte depressiva.

4 – 6s... “Aqui está um casal, o homem parece que está incomodado com alguma coisa porque está a olhar para fora da imagem, a mulher deve ter alguma relação afetiva com ele, porque está a olhar para ele e agarrada a ele. Está uma mulher ao fundo que não parece estar incomodada com o casal, porque está a olhar para baixo.”

Procedimento – Há um apego ao conteúdo manifesto (C/Fa1) e faz uma representação contrastada entre, por um lado, o homem que está incomodado, e a mulher que tem uma relação afetiva com este (B2.6), justificando-a com a descrição da postura (A2.1 e A2.2).

Problemática – Apega-se novamente aos pormenores da imagem (A2.1), negando a afetividade da personagem e justificando-se com a postura (A2.2).

5 – 5s... “Aqui conseguimos ver uma mulher à porta de uma sala, parece estar à procura de alguma coisa, a sala pode ser um escritório porque tem uns livros, tem uma espécie de cómoda e uma mesa. Ou talvez um quarto.”

Procedimento – Há um apego ao conteúdo manifesto (C/Fa1), coloca a figura feminina à procura (B2.12) e colando-se posteriormente aos Dd (A2.1 e A2.2).

Problemática – A “procura” poderá remeter para temas de perseguição/paranóia.

9GF – 5s... “Nesta imagem vejo duas mulheres, uma delas parece estar a correr, está a correr margem acima do rio que está aqui a passar, e a outra mulher está a olhar para ela com aquilo que parece ser um caderno ou roupa dobrada... a outra mulher parece estar encostada a uma árvore. Parece não, está. Mas não parece estar a mover-se.”

Procedimento – Apego ao conteúdo manifesto (C/Fa1) seguido de uma temática do estilo correr (B2.12) inserida no quotidiano, no factual (C/Fa2), colocando a mulher a olhar para a outra mas não colocando qualquer interação ou afeto (A2.8 ou A2.15), passando para um Dd (A2.1) seguindo para C/Fa2.

Problemática – O olhar poderá revelar uma dimensão persecutória. Há também a anulação dos afetos porque não existe interação nem relação.

13MF – 3s... “Aqui consigo ver um casal, a mulher está semi-nua e parece que acabaram de ter relações sexuais, porque o homem está a passar a mão na testa” ...5s... “talvez a limpar o suor, ou talvez não seja isso de todo. Se calhar não é isso. Pelo menos dá a entender que o homem está a suar ou a chorar, porque está vestido, e não sei... a mulher ou tem uma doença ou está morta. Estão ambos naquilo que parece um quarto de dormir.”

Procedimento – Entrada direta na expressão (B2.1), apego ao conteúdo manifesto (C/Fa1), usa uma precaução verbal “parece que” (A2.3) e ocorre uma invasão da temática sexual (B2.9), justificando-se com a postura do homem (A2.2). Ocorre um silêncio intra-relato (E/Fo1) com uma alteração brusca de direção no curso da história (A2.14), apegando-se aos pormenores (A2.1), Faz uma tendência à recusa “Não sei” (C/Fo5) emergindo a expressão de afetos maciços, a doença, a morte (E9 e E6).

Problemática – Há a capacidade de ligação dos movimentos pulsionais e agressivos pelos movimentos libidinais (pág. 80).

13B – 4s... “Nesta foto vejo um miúdo, à porta de uma casa ou armazém, o miúdo parece estar a rezar, ou pelo menos a pensar e o miúdo parece ser pobre porque não tem qualquer tipo de calçado.”

Procedimento – Começa por colocar em quadro “esta foto” (C/N8) e apega-se novamente ao conteúdo manifesto, descrevendo o que vê (C/Fa1), seguindo para a descrição da postura do miúdo (A2.1), passando a quase aceder a posição depressiva, usando uma precaução verbal “parece” (A2.3), justificando-se através de um Dd “descalço” (A2.2).

Problemática – O S. não acede à posição depressiva. As angústias de separação não são reativadas, podendo de certa forma demonstrar uma imagem materna enfraquecida “parece ser pobre”, não havendo reparação. Anula os afetos, não elabora as partes abandonadas relativas à figura materna.

19 – ^>v^ >v^ 25s... “Nesta imagem vejo algo que parece uma sombra, na grande maioria da imagem, no fundo parece um riacho ou qualquer coisa com água e no cimo parece qualquer coisa que está a criar a sombra” > “...não sei... parece uma imagem abstrata quase.”

Procedimento – É a prancha com um maior tempo de latência (C/Fo), virando e revirando a prancha (C/M3). Há posteriormente uma tentativa de apego ao conteúdo manifesto

(C/Fa1) que falha, voltando a revirar a prancha (C/M3). Posteriormente, há uma tendência à recusa (C/Fo5) e intelectualização no final (A2.13).

Problemática – A falta de um continente que possibilite a elaboração da angústia proveniente da regressão proposta pela prancha faz com que sobressaiam defesas maníacas com uma posterior tentativa de se segurar ao conteúdo manifesto que falha levando a uma recusa e uma tentativa de elaborar a angústia a partir da intelectualização. A evocação da sombra (objeto não sólido) remete S. para uma falta de suporte, para a ausência de uma mãe continente e para a incapacidade de construir uma história.

16... “Aqui não há história, é uma imagem em branco.”

Intervenção: “Pode imaginar?”

“Nos outros dá, mas aqui é a partir do zero... não sei...” 11s “...talvez a mente de uma pessoa quando não está a pensar em nada... não sei.”

Procedimento – Perante o estímulo em vazio, S. tende a recusar (C/Fa1), apegando-se sem sucesso ao conteúdo manifesto (C/Fa1). Volta a tentar recusar (C/Fo5) e permanece em silêncio (C/Fo1) até que faz uma associação muito curta (E19). No final, acaba por recusar novamente a prancha (C/Fo5)

Problemática – Não oferecendo qualquer suporte, S. encontra-se confrontado com um vazio interior (C/Fa1 e C/Fo5), que o remete para a sua própria mente, que se encontra vazia, relacionando o nada com o nada, quase numa tentativa de se colar novamente ao conteúdo manifesto do cartão. Como ele próprio refere, “nos outros dá” porque tem algo onde se segurar, o que não acontece nesta prancha.