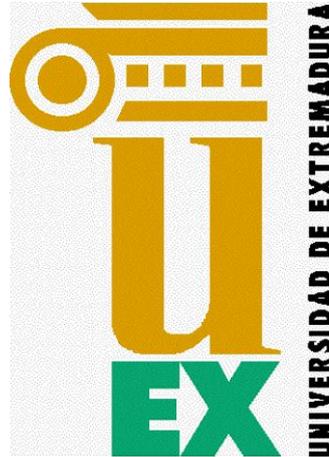


UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Departamento de Psicología y Antropología



Tesis Doctoral

**O desenvolvimento individual, o corpo e os seus
compromissos com o sintoma:
distúrbios oto-vestibulares, zumbido**

AUTOR: JOSÉ ÂNGELO SANTOS

BADAJOS Setiembre 2012



Tesis Doctoral

**O desenvolvimento individual, o corpo e os seus
compromissos com o sintoma:
distúrbios oto-vestibulares, zumbido**

AUTOR: JOSÉ ÂNGELO SANTOS

Tesis Doctoral presentada por

D. JOSÉ ÂNGELO SANTOS

Dirigida por los doctores

D. FLORENCIO VICENTE CASTRO

Visto Bueno para su defensa.

El Director de la Tesis

Florencio Vicente Castro



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Departamento de Psicología y Antropología

BADAJOS

FLORENCIO VICENTE CASTRO, Catedrático de
Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de
Extremadura

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación titulado **“O desenvolvimento individual, o corpo e os seus compromissos com o sintoma: distúrbios oto-vestibulares, zumbido”** constituye el trabajo de investigación, original e inédito que presenta **D. JOSÉ ÂNGELO SANTOS** para optar al grado de Doctor.

Para que conste

Badajoz Setiembre 2012

“To share what I've been given

Some kids eventually

And be for them what I've had

A father like my dad”

Snow Patrol (2011)

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha esposa, aos meus filhos e aos meus pais - depois de mim a razão porque faço coisas. Dedico ainda aos meus professores e amigos, o meu suporte intelectual e narcísico.

Agradecimentos

Agradeço a tudo. Eu sou tudo o que foi...

“Nem mesmo sabemos de antemão o que será a interrogação e o nosso método. A forma de questionar prescreve certo tipo de resposta, e fixá-la desde agora seria decidir da solução.”

Merleau-Ponty, M., 1998, p. 155.

RESUMO

Recorrentemente os doentes indicados para a consulta em otorrinolaringologia (ORL) padecem de sintomatologia específica (zumbidos, vertigens, tonturas...), organicamente, no entanto, não existe lesão predisposição e/ou comprometimento; deparamo-nos com o doente neurótico, de constelação psicossomática, com fenómenos conversivos, dependentes das suas predisposições estruturais, traumas desenvolvimentais, mecanismos de defesa e realidades comportamentais e emocionais específicas. Neste quadro é minha intenção estudar, indagar dos tipos de personalidade e das “realidades contextuais” que insistentemente estão presentes nestes quadros clínicos, mais especificamente no zumbido subjetivo; do seu percurso psicoterapêutico e da oportunidade de os considerar aptos para o caminho na saúde, rumo a uma maior qualidade de vida. A “cura”, a remissão da sintomatologia, depende em supremacia dos mecanismos de trabalho psíquico e não da utilização de psicofármacos que na maioria das vezes, aliviam a curto prazo, mas que a longo prazo provocam privações e dependências comprometedoras da vida global dos doentes.

Palavras-chave: Apoio Objetal, Consulta Psicológica, Estrutura Psíquica, Fenómeno Oto-vestibular, ORL, Psicodinâmica, Sintoma e Zumbido Subjetivo.

ABSTRACT

Recurrently the patients indicated to the otolaryngology (ORL) appointment suffer from specific symptoms (tinnitus, vertigo, dizziness...), organically, however, there is no injury, predisposition and/or compromise; we are dealing with the neurotic patient, with psychosomatic constellation, with hysteric phenomenon's, dependent on his/her predisposition, personal development traumas, defensive mechanisms and emotional specific realities. Consider this, it is my intention to study and to inquire about the type of personalities and the "contextual realities" that insistently are present in this clinical settings, more specifically in «subjective tinnitus»; of is psychotherapeutic path and of the opportunity to consider them suitable on the way to health, and to a better quality of life. The "cure", the symptoms remission should depend on the work of psychic mechanisms other than psychopharmacology that most of the times, gives a short term relief, but on the long term give rise to privations and dependencies that compromise the global life of the patient.

Key-words: Objectal Support, Oto-vestibular Phenomenon, Otolaryngologist, Psychic Structure, Psychodynamic, Psychological Therapy, Subjective Tinnitus and Symptom.

RESUMEN

Recurrentemente pacientes remitidos para consulta en otorrinolaringología (ORL) sufren de síntomas específicos (zumbido, vértigo, mareos...), de manera orgánica, sin embargo, no existen lesiones y / o compromiso, nos encontramos con lo paciente neurótico, de constelación psicósomática con fenómenos conversivos, dependientes de sus predisposiciones estructurales, los traumas de desarrollo, mecanismos de defensa y realidades comportamentales y emocionales específicas. En este marco, es mi intención estudiar, informarme de los tipos de personalidad y de las "realidades contextuales" que están constantemente presentes en estas condiciones clínicas, específicamente en el zumbido subjetivo; su ruta psicoterapéutica e dé la oportunidad para considerarlos aptos para el camino a su salud, e una mejor calidad de vida. La "cura" la remisión de los síntomas depende de en supremacía de los mecanismos de trabajo psíquico y no uso de la utilización de drogas psicotrópicas que con mayor frecuencia, mitigan a corto plazo, pero a largo plazo provocan privaciones y dependencias que ponen en peligro la vida global de los pacientes.

Palabras clave: Apoyo Objetal, Estructura Psíquica, Fenómeno Oto-vestibular, Intervención Psicológica, ORL, Psicodinámica, Síntoma y Zumbido Subjetivo.

AMPLO RESUMO EM PORTUGUÊS

A minha tese tem início numa abordagem que tem o homem como referência, no seu sofrimento subjetivo, na idiossincrasia da sua sintomatologia, na sua relação com o mundo. O ser humano global, apreendido em toda a sua vitalidade. Pretendi reforçar a importância da análise substantiva, da importância dos afetos para o diagnóstico e para a cura, a importância da escuta clínica com base em pressupostos específicos mas globais, para a partir daí construir uma narrativa que não tem só o ato, o agir como apreensão da queixa e posterior “alívio”, mas um traçado holístico que compreende o homem no seu sofrimento subjetivo, compreendendo-o e realçando o seu relato como construtor de um mundo que é necessário compreender.

Realço todos os autores que ainda que não sejam da área da psicologia e/ou da medicina compreenderam melhor este drama humano e não param nem pararam de defender esta forma de estar na saúde e na doença. É certo que vamos detetando através dos tempos que existe uma chamada de atenção para estes pressupostos, reinam os congressos, as comunicações que dão importância ao «homem global» à psicologia, à importância da comunicação, à importância da empatia para a construção de uma relação terapêutica, no entanto, tudo isto não têm passado de boas intenções que em alturas de agir e de construir um modelo mais humanista (no sentido do encontro com o homem) que potencie a relação, a criação das equipas multidisciplinares que fomente uma participação mais responsabilizada, livre de preconceitos, de uma discussão frutuosa de todas as áreas, não acontece, teima em não acontecer. Por todo lado verificamos que o tecnicismo vence o humanismo, que a intervenção, o lugar de agir vence a escuta mais passiva que dá lugar ao espaço psíquico do doente – todos os que e, insisto imensas vezes nesta tese, não padecem claramente de lesão orgânica e/ou funcional tem no mínimo dois caminhos, a manutenção contínua da queixa fruto de abordagens que se repetem continuamente (o terapeuta/médico não deixa que a sua autoridade

seja posta em causa por alguém que «não tenha nada»), ou então é remetido para o doente hipocondríaco (como se este não fosse também um fator nosológico a ter em conta e de grande importância para o dispêndio e rutura psíquica do doente); poderei talvez acrescentar uma terceira via que me parece grave, a medicação repetitiva de fármacos psicotrópicos sem uma análise mais profunda das vias a tomar rumo a um maior conforto e adaptação do doente.

A partir daqui elaboro um exame do conceito de «invisível» com a ajuda de M. Merleau-Ponty, pretendo chamar a atenção para a importância dos fenómenos que não se podem «medir» pelas ferramentas científicas mas que tem uma importância fundamental na construção de um caminho que promova o bem-estar do doente de forma cada vez mais integrativa. Os atos psíquicos e as suas características pulsionais têm efeito imenso nas vias orgânicas – «excitando-as». Não nos devemos esquecer, por exemplo, que o «pensamento mágico» teve um grau de importância muito acrescida, no início de uma medicina que se pretendia desligada das crenças e mitologias, e com a mesma intenção terapêutica existiam duas técnicas, bastante diferentes, quer na inspiração quer na aplicação: uma medicina de médicos e uma medicina de «magos».

“À procura de causas, por pouco que fossem imediatas ou patentes, Sumérios e habitantes da Babilónia não dispunham da nossa lógica conceptual, com todo o arsenal da análise e de dedução rigorosas das ideias que praticamos. Para começar, nada mais tinham do que o recurso à ficção «orientada», «calculada»: à construção, através da sua fantasia, de personalidades ou de acontecimentos imaginários, mas cujos dados se encontravam articulados simultaneamente com os agentes invocados e com a disposição dos fenómenos a explicar, apresentados como os seus efeitos ou os seus resultados. É aquilo a que chamamos mitos.”

Le Goff, J. (1985, pp. 16-17).

Estas terapêuticas cruzavam-se e ligavam-se não sabendo verdadeiramente onde começa uma e acaba a outra – estavam parece-me muito dependentes dos resultados e das próprias personagens/indivíduos doentes (o seu estatuto social) (Le Goff, J., 1985, p. 28):

“Estas duas terapêuticas até quase se contaminaram com o tempo, a tal ponto que podemos encontrar tantos aspetos irracionais próprios do exorcismo na medicina como aspetos racionais próprios do médico na prática dos «âshipu».” “(...) Por exemplo, quando Urad-Nanâ, médico, para reforçar as virtudes sudoríficas da sua loção, ou talvez para atenuar os seus efeitos mais violentos, envia ao seu real cliente Asaraddon «porta-amuletos para trazer ao pescoço», ele comporta-se um pouco como um dos nossos clínicos que, tão devoto como o doente, o aconselharia a usar uma medalha milagrosa.”

Depois desta brevíssima abordagem histórica, queria ressaltar que esta minha “crítica” inicial não tem como pressupostos complexos de superioridade e/ou inferioridade, é apenas a minha experiência clínica em contexto médico ao longo dos anos que me permite fazer estas afirmações, são centenas de doentes que recebem por parte dos médicos respostas que comprometem toda a sua vida futura, transformando, pelo seu desconhecimento, a vida destes doentes numa narrativa depressiva contínua que arrasta a sua vida para um colorido cada vez mais desagradável, transportando todos os que o rodeiam, que se sentem cada vez mais impotentes para auxiliar e compreender.

Antes de continuar gostaria de deixar claro que os conhecimentos técnicos, empíricos, são inevitáveis e necessários ao conhecimento, no entanto, uma abordagem intensa das verdadeiras intenções da doença e da sua sintomatologia, das estruturas de base que os suportam serão fundamentais para as novas opções e, essas devem estar despidas do preconceito profissão, papel social e as respetivas «fundamentação teóricas».

O direcionamento desta tese irá para o «zumbido subjetivo», que terei imensas oportunidades de descrever e classificar. Após o diagnóstico e o reencontrar pelo ato médico o doente surge na consulta de psicoterapia. Os constructos iniciais passam pela explicação da anatomia do zumbido, para que passe a existir uma maior domínio pela parte do doente deste órgão dos sentidos, para que detete e verifique que a escuta contínua de um som, diria «existencial» está sempre presente, a forma como ouvimos e o porquê de ouvirmos preenche logo um capítulo importante e um início fundamental para o bom decorrer das consultas. Após este começo, inevitável dizer que a psicoterapia de base psicodinâmica de «apoio objetal» será o caminho a percorrer:

- no sentido de detetar a estrutura da personalidade;
- os mecanismos comumente utilizados para dinamizar a relação com os outros e com o mundo;
- a situação atual do doente e a importância destes dados (e de outros) para o despoletar do zumbido como fenómeno histórico e/ou regressão psicossomática;
- como drama simbólico – compromisso corporal, focalização e hipervigilância contínuas, como ganho secundário.

Existe a relação consigo próprio, a sua vida familiar, social, espiritual, o trabalho, os sistemas de valores e a forma como estas dimensões despoletam o zumbido e tipicamente todos os outros arranjos que surgiram ao longo da narrativa de vida.

A conceptualização teórica deriva do mundo do «invisível», senti necessidade, para alicerçar a minha construção, de clarificar a minha tomada de posição, de me abstrair da «apropriação da matéria», rumo ao mais profundo e indireto que existe na nossa interioridade. E a partir deste modo de estar - que provoca mal-estar - tentar descer mais um pouco, rumo à psicologia do ego, perceber como o mundo em construção pelo indivíduo, promove toda a sua

vida futura, os seus arranjos e desarranjos. Esta forma de estar, se quisermos, pretende estimular, sensibilizar os homens da ciência para o seu enquadramento sensível, da importância de o requerer constantemente para alicerçar uma perspectiva mais ou menos racionalista - esta deve na minha opinião ser a base de todo o requisito científico, sem ele a ciência está «manca». Para reforçar a minha posição, descrevo parte de uma descrição de Feyerabend (1993, p. 26):

“A educação científica tal como hoje a conhecemos tem precisamente esse fito. Simplifica a «ciência» simplificando os seus participantes: primeiro, define-se um domínio de investigação. O domínio é separado do resto da história (a física, por exemplo, é separada da metafísica e da teologia) e dotada de uma «lógica» própria. Uma formação prolongada nesta «lógica» condiciona depois os que trabalham no domínio em causa; o que torna as suas ações mais uniformes e congela igualmente grandes regiões do processo histórico. Emergem e persistem «factos» estáveis, a despeito das vicissitudes da história. Uma parte essencial da formação que faz com que estes factos apareçam consiste na tentativa de inibir as intuições que possam levar a um esbater de fronteiras. A religião do indivíduo, por exemplo, ou a sua metafísica, ou o seu sentido de humor (o seu sentido de humor natural, e não os gracejos característicos e quase sempre desagradáveis que encontramos nas profissões especializadas) não devem ter a mínima relação com a sua atividade científica. A sua imaginação é cerceada, e até a sua linguagem deixa de ser dele. Isto reflete-se uma vez mais na natureza dos «factos» científicos que são experienciados como independentes das opiniões, crenças e antecedentes culturais do indivíduo. Torna-se assim possível a criação de uma tradição inteiramente governada por regras estritas, e até certo ponto o seu êxito. Mas será «desejável» a defesa de semelhante tradição com exclusão de tudo o mais? Devemos atribuir-lhe em exclusivo os direitos no campo do conhecimento, de tal maneira que qualquer resultado obtido por métodos diferentes seja imediatamente posto de parte? Tal

é a pergunta a que tentarei responder com o presente ensaio. E a minha resposta será um sonoro e firme NÃO.”

Assente nesta forma de vislumbrar a ciência prossigo a alargar o campo de estudo da pessoa humana, não mitificando nada e aproveitando tudo que possa enriquecer a nossa percepção. O corpo surge como elemento fundamental de todo o «drama» sintomático, que deriva das percepções próprias e do contato com o mundo – o corpo é definido como um espaço de «confrontação» onde tudo se passa e tudo se interliga. Precisamos passar, de um conhecimento dos fatos psicológicos e fisiológicos a um reconhecimento do acontecimento anímico. Precisamos de uma visão holística, não só no sentido disciplinar e teórico, mas também, no olhar do “tratador”, como filosofia de observação. O corpo é este veículo de onde tudo parte para tudo enformar, ele sela um invólucro de simulações que necessitam de ser «olhadas» como se as causas pudessem partir de onde quiserem sem que o «porto» de chegada seja sempre o mesmo. O psiquismo, constructo abstrato que detém, provavelmente, a solução dos constrangimentos biológicos e físicos, sejam eles causa ou consequência, é tomado em linha de conta como foco de interesse primeiro, em detrimento da doença per si. E da doença à normalidade temos uma fronteira muito ténue e que porventura nunca está cerrada quer para o lado da patologia, enfim descompensação, quer para o lado da normalidade, da compensação que tem os limites da possibilidade dentro das grandes estruturas psíquicas que saliento - a estrutura Neurótica e a estrutura Psicótica. Dentro destes dois quadros a compensação é possível uma vez que os contra investimentos utilizados para o cumprimento da normalidade são potencialmente sempre os mesmos (dentro da estrutura). Pretendo de forma psicogenética encontrar uma base onde fundar os argumentos que utilizo para a sintomatologia específica do zumbido e/ou de todos os outros fenómenos oto-vestibulares, partir dos pressupostos dos métodos em ciência, abordar seguidamente o

«invisível» como forma de acostagem à terapêutica, desmistificar o corpo como «lugar onde tudo se passa», resumir o psiquismo como conceito abstrato mas de importância fundamental para a compreensão da metapsicologia, e daqui seguir para a patologia e normalidade é o lugar onde nos encontramos.

A definição de «sintoma» e «defesa» tomam lugar nesta continuidade como dois conceitos que demarcam a função de alerta. O indivíduo passa a ser passível de atenção a partir do momento em que o seu manancial de defesas não corresponde aos patamares de equilíbrio e que por outro lado são passíveis de terminar num qualquer sintoma psíquico e/ou físico. Será muito importante delimitar estes dois conceitos de forma a fazer corresponder o percurso «normal» do diagnóstico. Para que estes constructos façam sentido defino o que pensam os autores sobre personalidade e sobre o caráter, sendo que a personalidade é mais abrangente, dependente das relações internas e externas que determinam os modos de atuação, no entanto mais adaptativas e sujeitas a mudança, o caráter é um modo de ser mais automático, contínuo, constante - determinam claramente a forma e o conteúdo do sintoma, da queixa e do processo mórbido.

A organização intrapsíquica remete claramente para forma como os indivíduos se organizam para aceder ao «conforto» e evitar o «desconforto». Devemos privilegiar a análise desta organização que permite aceder de forma unívoca à construção de mecanismos cada vez mais fortes e adaptativos. Penso, pela análise dos autores que podem visitar na bibliografia, que a construção de uma capacidade maturativa dos mecanismos defensivos permite uma organização harmonizada do veículo psíquico. Não devemos, no entanto, furtar a hereditariedade como um mecanismo de transmissão de particularidades normais ou patológicas que preexistem ao desenvolvimento individual e não são modificáveis pela influência do meio, este domínio tem importância acrescida quando só por si as questões de organização intrapsíquica não explicam as perturbações do acesso ao patamar da normalidade.

A gênese da estrutura de base narra o desenvolvimento psicosexual dos indivíduos na confrontação com as dimensões presentes desde o início, o eu, o outro e o mundo. Sendo que este desenvolvimento é um ato agressivo por natureza porque dependente de fatores externos, das suas respostas e pela forma como elas «embatem» num «corpo» fragilizado pelas matizes do desenvolvimento casual. Os «outros» recebem aqui uma parte fundamental no futuro desenvolvimento da organização intrapsíquica prospectiva dos indivíduos – as frustrações, os traumatismos, as seguranças anaclíticas e as identificações positivas e/ou negativas são os temas fundamentais para o avanço rumo à fundação da personalidade. O ego autêntico surge numa verdadeira estrutura e a partir desta «cristalização» não pode modificar-se nem mudar de classe fundamental, apenas adaptar-se ou desadaptar-se de forma definitiva e reversiva segundo uma linha de organização estrutural imutável.

As grandes estruturas de base, a saber neurótica e psicótica, são as estruturas presentes como desencadeantes dos processos mórbidos, comprometedores, descompensadas dentro de si próprias. Nos doentes com zumbido a estrutura neurótica estará presente num maior número (uma das hipóteses da análise quantitativa simples) de doentes, existe nestes, uma incapacidade momentânea na confrontação com a sua própria subjetividade, com o seu próprio corpo. A estrutura psicótica surge ao nível das frustrações muito precoces, no polo materno, são frustrações mais primitivas porque menos desenvolvidas e pulsionais, esta dimensão compreende, da mais primitiva à mais adaptada: Estrutura Esquizofrénica, Estrutura Melancólica, Estrutura Paranoica. De forma redutora mas compreensiva existe nesta estrutura uma dissociação do eu, via fragilização de um ego cada vez mais dependente das instâncias pulsionais. A estrutura neurótica é uma via «demasiado» adaptada à realidade, na dependência de um sofrimento muito direcionado para o desconforto psíquico e físico, com a noção estreita da função no mundo. Esta noção surgiu no dia em que a anatomia patológica, encarregada de explicar as doenças pelas alterações dos órgãos, se encontrou diante de um certo número de

estados mórbidos cuja razão lhes escapava. Em caso de regressão esta estrutura prende-se à libido e não ao ego, o mecanismo de defesa de «eleição» é o recalçamento, não existe a recusa da realidade como acontece na estrutura psicótica. Esta estrutura compreende da mais regressiva à menos regressiva: da estrutura obsessiva à estrutura histérica, a estrutura histérica de angustia ou histerofóbica, a estrutura histérica de conversão e/ou regressão psicossomática.

Definido o percurso das classes estruturais parto para a análise dos fatores internos e externos que influenciam as estruturas designadas, os fantasmas, que jogam um papel de integração, o indivíduo procura a todo o custo salvar as suas relações de objeto inconscientes e «alimentar» os seus fantasmas – noção inconsciente de construção desenvolvimental que flui da fantasmática primária rumo ao narcisismo. O apoio objetal delineado por esta edificação fantasmática permite compensar as crises derivadas das descompensações, sendo que o que caracteriza o apoio objetal: a economia pessoal, caráter, estrutura da personalidade e a psicopatologia organizam ou desorganizam acontecimentos que podem por em causa a imagens que queremos manter de nós próprios, logo criando dissonância e descompensação. O nosso círculo de relações é por excelência o apoio objetal mantido nos limites do nosso funcionamento inter-relacional e adaptativo, sem prejuízo, claro está, da importância dos objetos internos.

O funcionamento mental tem como derivação principal dois princípios, a saber, o princípio do prazer e o princípio da realidade - são complementares. O princípio do prazer que luta no sentido da obtenção do prazer, neste sentido a atividade psíquica recua perante qualquer acontecimento que possa provocar desprazer; o princípio da realidade é a confrontação com a realidade, com os procedimentos da relação social, conforme os preceitos da normalidade, este princípio é mantido com um enorme dispêndio de energia por parte dos indivíduos, uma vez que os pensamentos se dirigem para a ação o que pressupõe um grande esforço a nível mental e físico, por outro lado as compensações lutam ainda para limitar as

ações e não lhes fornecer o livre curso – é aqui que começo a jogar as questões inerentes a esta tese, será que este dispêndio pela ação ou limitação não provoca sintomatologia, «excitação» de que falava antes? Esta não pode ser de direcionamento oto-vestibular? Nestas vicissitudes da procura do prazer ou da sua negação ou adiamento surge a fantasia, onde o recalçamento tem «via livre». O recalçamento é então o problema fundamental donde surgem os estudos dos processos neuróticos. Estou convencido que este processo leva à inervação somática e com isso promovendo a descarga sintomática nas formas mais inaparentes e inesperadas. Este processo defensivo age de forma autónoma e desde os mais tenros anos da nossa evolução psíquica, é influenciado pela quota de afeto investida e esta investidura determina se outros processos defensivos podem entrar em ação, nomeadamente os mecanismos psicóticos como por exemplo a deslocação e a projeção. De salientar que nos processos neuróticos o recalçamento falha, arranjando apenas substituto que cria angústia.

O sintoma é a «pedra de toque» de qualquer trabalho em psicologia, é um conceito cuja força propulsora desenvolve todos os estudos da psicologia do ego, sem este processo mórbido, desconfortável, cuja recorrência compromete a vida ativa, a procura científica perdia a sua cor. Sintoma é sinónimo de conflito, é um modo subjetivo de lidar com os fenómenos pressionantes (os tratados neste trabalho), ou então com algum distúrbio orgânico, é o primeiro grito de alerta rumo à homeostasia, à cura, à recuperação, à procura de um novo equilíbrio – portanto nova homeostasia, «eterno retorno». A questão do sintoma psicogénico, por demais tratado neste trabalho, é de difícil definição em clínica, são atos prejudiciais, inúteis para a vida do sujeito como um todo, provocam na maioria das vezes desprazer e sofrimento, obrigam a um dispêndio mental contínuo, provocando o empobrecimento do individuo que fica paralisado para as tarefas importantes da vida. Devo salientar que as condições para o surgimento do sintoma existem em todas as pessoas humanas – importante de referir, porque na sua formação muitos preconceitos rodeiam a atuação, deveremos, na

minha opinião, retê-lo (ao sintoma) como o primeiro passo para a tomada de atenção para o aqui e o agora, para o acontecimento anímico e por outro lado para a procura de um melhor enquadramento orgânico e funcional, sem ele tudo atuaria ainda mais no silêncio. O sintoma surge, em termos psíquicos, do jogo entre os dois princípios de funcionamento mental que já abordamos, para a compensação na «não realidade», do princípio da realidade temos a fantasia, que assume assim um papel preponderante na formação de sintomas em caso de frustração.

A depressão é uma nosologia presente em inúmeros casos de zumbido (cf. com resultados), e que pretendo ver clarificada neste estudo. Início com uma abordagem histórica do corpo e do seu equilíbrio como «vitalidade» entre os fenómenos psicofísicos. Daqui para a análise Tetradimensional de Alonso-Fernandez (2010), que preconiza a sintomatologia da depressão em quatro dimensões interdependentes, a saber:

- Humor Anedónico;
- Anergia;
- Descomunicação;
- Ritmopatia.

Os transtornos somáticos típicos do doente depressivo, são sentimentos corporais, distribuídos em sintomas difusos e identificados como sentimentos vitais, sobretudo transtornos localizados, registados como sentimentos sensoriais. Logo concluímos, como atesta Alonso-Fernandez (2010), que a filiação vital da depressão está habitualmente num transtorno psicofísico, simultaneamente psicomorfa e somatomorfa. A Descomunicação é uma dimensão presente na maioria dos doentes com zumbido, ficam ensimesmados, hipervigilantes e reduzem substancialmente ou completamente a intercomunicação individual

verbal, paraverbal e corporal. Nestes casos a percepção sensorial pode ficar afetada, por exemplo:

- Hipoestesia tátil ou dolorosa;
- Visão de pontos escuros, visão turva;
- Zumbido com hipoacusia.

Fenómenos que aumentam a dificuldade de interagir com os outros, submetendo-os a um «*narrow world*». A depressão é um quadro claramente presente nos fenómenos sintomáticos invasivos do conforto dos indivíduos, daí a minha intenção e descrevê-la num capítulo específico.

O quadro da consulta concebe um espaço de intervenção por excelência e merece uma atenção particular neste trabalho. Por ser um aspeto material não deixa de estar carregado de simbolismo na relação doente-terapeuta e fundamental para o melhor decorrer das intervenções. Este espaço joga um papel específico na atribuição de importância clínica e para a percepção de um local protetor, onde o dito e o não dito têm o seu próprio espaço de «segurança». O compromisso a que estão sujeitos os intervenientes permite a adequação e o fornecimento de um espaço psíquico único no encontro entre estas duas personagens incontornáveis. Existe uma «qualificação» da relação terapêutica, esta está contida num quadro que lhe dá sentido e, é em relação a esta que o doente vai mobilizar as suas defesas e «situar-se» psiquicamente. Os efeitos advindos deste encontro no quadro vão definir o estatuto do doente e o estatuto do terapeuta. Os efeitos terapêuticos desta posição sublinham o “encontro de um certo sofrimento no paciente e uma vontade de o remediar, por parte do terapeuta (...)” (Gilliéron, E., 2001, p. 91). Quero salientar a importância deste capítulo no sentido de valorizar o contexto da sua intervenção e a sua implicação para o êxito terapêutico.

Abandonamos as questões mais teóricas e conceituais e partimos para a abordagem médica às doenças do ouvido interno e da região retrococlear, especificamente o zumbido – ponto central desta tese. Início pela descrição dos primeiros passos que transportam o doente do médico para o psicólogo, distinguindo o doente com zumbido subjetivo e/ou objetivo e as suas implicações ao nível da organização psíquica. Segue-se uma descrição da etiologia do zumbido subjetivo, uma análise sobre as várias formas de interação para o surgimento deste fenómeno, que na maioria das vezes pode ser comparado nos seus efeitos a um som externo aversivo e as queixas são tão relacionadas a fatores psicológicos e ambientais como qualquer disfunção do sistema auditivo. A focalização, típica, como causa para a deteção do fenómeno, pode interromper a execução de sequências de respostas automáticas levando a mudanças num estado afetivo ou de humor, daí que um dos aspetos e procedimentos a reter pela parte dos doentes será o de entender o fenómeno da atenção e o papel que a sua intensidade e outros fatores psicológicos podem ter na atenção ao zumbido e à sua cronicidade. A «habituação» é uma palavra-chave nesta nosologia e a falha no seu cumprimento é a pedra de toque para o início deste episódio. O zumbido pode ser definido como uma experiência subjetiva de audição de sons no ouvido ou na cabeça que não tem base de realidade no ambiente circundante, devemos separá-lo da alucinação auditiva que é um sintoma de distúrbio psiquiátrico. Em resumo afirmo que o zumbido é sintoma de algum distúrbio do mecanismo auditivo, do órgão dos sentidos ou das suas conexões centrais, logo muito stressante e muito resistente ao tratamento. É um sintoma que em definitivo provoca reações emocionais, desta forma outros sistemas neurofisiológicos que são responsáveis pelas emoções também devem estar envolvidos, incluindo o sistema nervoso autónomo e a amígdala – muito interessante para a questão do controlo involuntário inconsciente que existe para o *fight* ou *flight*, aqui as estratégias de coping devem ser desenvolvidas uma vez que o sentimento aversivo e hostil da escuta do zumbido são sentidos de forma endógena, despoletando um conjunto de respostas neurofisiológicas às quais é numa primeira forma, muito difícil «escapar». Saliento a

importância da dinâmica do zumbido para a compreensão das suas causas e dos seus efeitos na pessoa humana que o sinaliza, a sua ativação sendo conotada com a aversão torna-se num registo padronizado, logo sinalizado – promotor das emoções que entram em cena para se protegerem (sistema límbico).

O vínculo à prática clínica define os pressupostos dos conhecimentos psicológicos para a intervenção junto destes doentes. Verificamos ao longo da experiência que existem pontos comuns à etiologia deste fenómeno, por exemplo: compensações, ganhos secundários, imaturidade egóica, isolamento, abandono – a intervenção tem em linha de conta estes pressupostos. Desta forma assumir uma recorrência nas queixas destes doentes em quadros semelhantes permite-nos correlacionar os resultados esperados. A metodologia de investigação está iminentemente ligada à corrente qualitativa, farei uma «deambulação» pela corrente quantitativa através da análise de uma estatística descritiva que permita fundamentar e congregar resultados à volta de padrões encontrados, com incidência nos dados sócio biográficos, tipo de apoio objetual, estrutura e, racional do diagnóstico.

Os casos clínicos surgem para sustentar e exemplificar relatos diferentes de doentes com a mesma sintomatologia. Detetamos através de uma análise de conteúdo que a questão do zumbido é função da falência dos processos dinâmicos, da falta de estratégias gerais de *coping*, é uma manifestação de superfície destinada a exprimir a presença de um conflito, é formação reativa de contra investimento pulsional. Nas duas narrativas apresentadas o conteúdo manifesto representa de forma cristalizada o «caminho do sintoma» e as contingências das respostas particulares. Em termos interpretativos e segundo autores como Kernberg (2010) e Bergeret (2010), na perspetiva psicodinâmica a estrutura da personalidade é geralmente qualificada na base de: um modo de relação de objeto, um tipo de angústia específica e um conjunto de mecanismos de defesa particulares, saliento a análise dos dois doentes exemplificados.

O intuito do estudo é o de clarificar e valorizar a intervenção psicológica, integrativa, fenomenológica, como fundamental para a análise e tratamento dos doentes com características neuróticas. A descrição da doença pelos «olhos» de uma abordagem global, com respeito pela saliência de todos os campos de investigação, permite acrescentar conhecimento ao campo do tratamento e torna-la herança (Le Goff, J., 1985, p. 67):

“Não é possível, declara al-Râzî, para um homem, mesmo que viva até uma idade avançada, chegar à ciência sem seguir o caminho dos Antigos, uma vez que a extensão dos conhecimentos ultrapassa, de longe, os limites da vida humana.”

AMPLIO RESUMEN EN ESPAÑOL

Mi tesis comienza con un enfoque que tiene el hombre como referencia, en su angustia subjetiva, la idiosincrasia de sus síntomas, en la suya relación con el mundo. El ser humano global aprehendido en toda su vitalidad. Pretendí reforzar la importancia de la análisis sustantiva, de la importancia de los afectos para el diagnóstico y la cura, la importancia de la escucha clínica, con base en supuestos específicos, pero globales, a partir de allí construir un relato que no es sólo el acto, el acto como aprehensión de la queja y posterior "alivio", sino un camino que incluye al hombre integral en su angustia subjetiva, entendiéndolo y destacando su relato como constructor de un mundo que es necesario comprender.

Tomo nota de que todos los autores que no están en el área de la psicología y / o medicina comprenderán mejor este drama humano y no paran, ni pararan de defender esta forma de estar en la salud y en la enfermedad. La verdad es que vamos detectando a través del tiempo que existe una llamada de atención a estos supuestos, los congresos reinan, las comunicaciones que dan importancia al "hombre global" a la psicología, la importancia de la comunicación, la importancia de la empatía para construir una relación terapéutica, sin embargo, todo no ha pasado de buenas intenciones que en las alturas de actuar y construir un modelo más humanista (en el sentido de lo recuento con el hombre) que mejore la relación, la creación de equipos multidisciplinarios que fomente una participación más responsabilizada, libre de prejuicios, una discusión fructífera de todas las áreas, no, sucede todavía. En todas las partes verificamos que el tecnicismo gana al humanismo, que la intervención, el lugar de actuar vence sobre la escucha más pasiva que da lugar a un espacio psíquico del paciente - todos lo que, y lo insisto en numerosas ocasiones en esta tesis, no sufren evidentemente de daños orgánicos y / o funcionales tienen por lo menos dos caminos, el mantenimiento constante de la queja debido a los enfoques que se repiten continuamente (el terapeuta /

médico no permite que su autoridad sea cuestionada por alguien que no "tiene nada"), o es remitido para lo enfermo hipocondríaco (como si esto no fuera también un factor a tener en cuenta nosológica y de gran importancia para los gastos de la ruptura psíquica del paciente), a lo mejor puedo añadir una tercera vía que parece seria, la medicación repetitiva de los psicofármacos sin un análisis más profunda de las vías que se deben tomar para mayor comodidad y ajuste del paciente.

A partir de aquí elaboro un examen del concepto del "invisible" con la ayuda de M. Merleau-Ponty, quiero llamar la atención sobre la importancia de los fenómenos que no pueden ser "medidos" por los instrumentos científicos, sino que tienen una importancia fundamental en la construcción de un camino que promueva el bienestar del paciente en un mundo cada vez más integrado. Los actos psíquicos y sus características instintivas tienen un efecto enorme en el interior orgánico - «excitándolas». No debemos olvidar, por ejemplo, que el "pensamiento mágico" tenía un nivel mucho mayor de importancia en el inicio de una medicina que estaba desligada de creencias y mitologías, y con la misma intención terapéutica existían dos técnicas muy diferentes, sea en la inspiración y en la aplicación: una medicina de médicos e una medicina de «magos».

"En busca de las causas, por poco que fuesen inmediatas o patentes, los habitantes de Sumeria y Babilonia carecían de nuestra lógica conceptual, con todo el arsenal de un riguroso análisis y la deducción de las ideas que practicamos. Para empezar, nada más tenían do que el recurso la ficción «orientada» e «calculada»: à construcción, a través de la fantasía, de personalidades o de acontecimientos imaginarios, pero cuyos datos se encontraban articulados simultáneamente con los agentes invocados e con la disposición de los fenómenos a explicar, presentados con sus efectos o sus resultados. Es lo que llamamos mitos."

Le Goff, J. (1985, pp. 16-17).

Estas terapéuticas se cruzan y se ligan no sabiendo realmente saber dónde empieza una y termina la otra - me parece que estaban muy dependientes de los resultados e de las propias personajes/individuos enfermos (su estatuto social) (Le Goff, J., 1985, p. 28):

“Estos dos terapias hasta casi se contaminaran con el tiempo, hasta el punto de que podemos encontrar tanto aspectos irracionales propios de lo exorcismo en la medicina, como aspectos racionales propios del médico en la práctica de los «âshipu».”
(...) Por ejemplo, cuando Urad-Nanâ, médico, para reforzar las virtudes sudoríficas de su loción, o tal vez para mitigar sus efectos más violentos, envía a su cliente real Asaraddon «porta amuletos para poner alrededor del cuello”, se comporta un poco como un de nuestros clínicos que, tan devoto como el paciente le aconsejo llevar una medalla milagrosa.”

Después de este enfoque histórico muy breve, quisiera señalar que esta mi "crítica" inicial no tiene como supuestos complejos de superioridad y/o inferioridad, es sólo mi experiencia clínica en contexto médico en los últimos años que me permite hacer estas afirmaciones, hay cientos de pacientes que recibieron respuestas de los médicos que comprometen toda su vida futura, transformando, por su ignorancia, la vida de estos pacientes en una narrativa depresiva continua que arrastra su vida a un colorido cada vez más desagradable, llevando a todos los que están a su derredor, que se sienten cada vez más impotentes para ayudar y entender.

Antes de continuar me gustaría dejar claro que el conocimiento técnico, empírico, son inevitables y necesarios al conocimiento, sin embargo, un enfoque intenso de las verdaderas intenciones de la enfermedad y sus síntomas, de las estructuras básicas de apoyo que suportan serán fundamentales para las nuevas opciones y estos deben ser despojados de prejuicios de profesión, rol social y el respectivo «razonamiento teórico».

La dirección de esta tesis se destinará al «zumbido subjetivo», que voy a tener un montón de oportunidades para describir y clasificar. Después del diagnóstico y el reencaminar pelo acto médico el paciente surge en la consulta se psicoterapia. Los constructos iniciales pasan por la explicación de la anatomía del zumbido, de modo a existir un mayor dominio por la parte del paciente de este órgano de los sentidos, para que detecte y verifique que la escucha continua de un sonido, diría "existencial" está siempre presente, la forma cómo y por qué oímos llena un importante capítulo y una clave fundamental para el buen inicio de las consultas. Después de este comienzo, inevitablemente decir que la psicoterapia de base psicodinámica de «apoyo objetual» será el camino a seguir:

- con el fin de detectar la estructura de la personalidad;
- los mecanismos utilizados para impulsar la relación con los demás y con el mundo;
- la situación actual del paciente y la importancia de estos datos (y otros) para la aparición de zumbido como fenómeno histérico y / o de regresión psicósomática;
- como un drama simbólico - compromiso corporal, focalización e hipervigilancia continuas como ganano secundario.

Existe la relación con uno mismo, su vida familiar, social, espiritual, el trabajo, los sistemas de valores y cómo estas dimensiones suelen desencadenar zumbido y todos los otros acuerdos que han surgido a lo largo de la narración vida.

La conceptualización teórica deriva del mundo del "invisible", sentí la necesidad de consolidar mi «edificio», para aclarar mi posición, de hacer abstracción de la «apropiación de la materia», rumbo al más profundo e indirecto que existe en nuestra interioridad. Y a partir de esta forma de ser - que causa incomodidad - intenta un poco más abajo, hacia la psicología del yo, entender cómo el mundo construido por el individuo, promueve toda su vida futura, sus arreglos y desarreglos. Esta forma de ser, si se quiere, pretende estimular, concienciar

a los hombres de ciencia de su entorno sensible, de la importancia de lo requerir constantemente para sustentar un punto de vista más o menos racional - en mi opinión, esta debe ser la base de cualquier exigencia científica, sin él, la ciencia está «coja». Para reforzar mi posición, describo parte de la descripción de Feyerabend (1993, p. 26):

“La educación científica tal como la conocemos hoy en día tiene precisamente este objetivo. Simplifica la "ciencia" mediante la simplificación de sus participantes: en primer lugar, definir un campo de investigación. El dominio está separado del resto de la historia (la física, por ejemplo, se separa de la metafísica y de la teología) y dotada de una «lógica» propia. Un entrenamiento prolongado en esta "lógica" condiciona después las condiciones de trabajo en lo dominio en causa; lo que hace que sus acciones sean más uniformes y congela igualmente las grandes regiones del proceso histórico. Emergen y persisten los "hechos", a pesar de las vicisitudes de la historia. Una parte esencial de la formación que hace que estos hechos aparecen consiste en la tentativa de inhibir las intuiciones que pueden conducir a un enflaquecimiento de las fronteras. La religión de la persona, por ejemplo, o su metafísica, o su sentido del humor (su sentido natural del humor, y no los chistes característicos y a menudo desagradables que encontramos en oficios especializados) no deberían tener la más mínima relación con su actividad científica. Su imaginación es restringida e incluso su lenguaje ya no es el suyo. Esto se refleja una vez más en la naturaleza de los "hechos" científicos que son experimentados como independientes de las opiniones, las creencias y los antecedentes culturales del individuo. Así, es posible crear una tradición enteramente gobernada por normas estrictas, y en cierta medida su éxito. Pero, es "deseable" la defensa de esta tradición con la exclusión de todo lo demás? Debemos dar derechos exclusivos en el campo del conocimiento, por lo que los resultados obtenidos por los diferentes métodos es inmediatamente descartado? Esta es la pregunta que trataremos de responder en este ensayo. Y mi respuesta es un NO rotundo y firme.”

Sobre la base de esta forma de vislumbrar la ciencia procedo ampliando el campo de estudio de la persona humana, no desconcertando nada y aprovechando todo lo que pueda enriquecer nuestra percepción. El cuerpo aparece como un elemento fundamental de lo «drama» sintomático, que deriva de las percepciones propias y del contacto con el mundo - el cuerpo se define como un área de "confrontación", donde todo vale y todo está interconectado. Tenemos que pasar de un conocimiento de los hechos psicológicos y fisiológicos a un reconocimiento del hecho psíquico. Necesitamos una visión integral, no sólo en sentido disciplinar y teórico, sino también en los ojos del "guardián" como filosofía de la observación. El cuerpo es este vehículo de donde todo parte para todo contornar, sella una carcasa de simulaciones que necesitan de ser "miradas" como si las causas pudieran partir desde donde quieran sin que el «puerto» de llegada sea siempre lo mismo. La psique, construcción abstracta que tiene, probablemente, la solución de las limitaciones biológicas y físicas, ya sea causa o consecuencia de ello, se tiene en cuenta como centro de interés en primer lugar, antes que la propia enfermedad. Y de la enfermedad a la normalidad tenemos una frontera muy tenue y quizás que no se cierra nunca, o del lado de la patología, finalmente descompensación, ya sea en el lado de la normalidad, de la compensación que se encuentra dentro de los límites de la posibilidad de las estructuras psíquicas que enfatizo - la estructura neurótica y psicótica. Dentro de estos dos marcos de compensación es posible, ya que las contra inversiones utilizados para satisfacer la normalidad son potencialmente siempre los mismos (dentro de la estructura). Pretendo de forma psicogenética encontrar una base donde fundar los argumentos que uso para los síntomas específicos de zumbido y/o todos los demás fenómenos oto-vestibulares, partir de los supuestos de los métodos en la ciencia, a continuación, abordar el "invisible" como una forma de ataque terapéutico, desmitificar el cuerpo como «el lugar donde todo sucede», resumir el psiquismo como concepto abstracto, sino de una importancia fundamental para la comprensión de la metapsicología, y por lo tanto seguir a la patología y normalidad, es donde nos encontramos.

La definición de "síntoma" y "defensa" tendrá lugar en esta continuidad como dos conceptos que delimitan la función de alerta. La persona se vuelve capaz de atención desde el momento en que las sus defensas no se corresponde con los niveles de equilibrio y que de otro modo es probable que terminen en cualquier síntoma psíquico y/o físico. Va a ser muy importante definir estos dos conceptos para que coincida con la forma «normal» del diagnóstico. Para que estos constructos hagan sentido defino lo que piensan los autores acerca de la personalidad y el carácter, siendo que la personalidad es más amplia, en función de las relaciones internas y externas que determinan los modos de acción, sin embargo más adaptativas y sujetas a mudanza, lo carácter es una manera de ser más automática, continua, constante - determinan claramente la forma y el contenido de los síntomas de la queja y del proceso morboso.

La organización intra psíquica claramente se refiere a cómo los individuos se organizan para acceder a la "comodidad" y evitar el "malestar". Nos centramos en el análisis de esta organización que proporciona acceso a la construcción de mecanismos cada vez más fuertes y adaptativos. Creo que, por la análisis de los autores de que pueden volver a visitar en la literatura, que la construcción de una capacidad de maduración de los mecanismos de defensa permite una organización armonizada de lo vehículo psíquico. No debemos, sin embargo, sustraer la herencia como un mecanismo de transmisión de las particularidades normales o patológicas que preexisten al desarrollo individual y no se pueden modificar por la influencia del medio, este dominio ha cobrado más importancia cuando por sí mismo las cuestiones de la organización intra psíquica no explican las perturbaciones del acceso al nivel de la normalidad.

La génesis de la estructura de base narra el desarrollo psicosexual de las personas en la confrontación con las dimensiones presentes desde el principio, el yo, el otro y el mundo. Siendo que este desarrollo es un acto agresivo por naturaleza porque depende de factores

externos, de sus respuestas y la forma de "incidir" en un "cuerpo" debilitado por el desarrollo individual. Los «otros» reciben aquí una parte fundamental en el desarrollo futuro de la organización intra psíquica prospectiva de los individuos - las frustraciones, traumas, seguranzas anaclíticas e identificaciones positivas y/o negativas son los temas fundamentales para avanzar hacia la fundación de la personalidad. El yo auténtico emerge en una estructura real y desde esta "cristalización" no puede alterar o cambiar la clase fundamental, adaptar o no de forma permanente y reversible segundo una línea de organización estructural inmutable.

Las grandes estructuras de base, es decir, neuróticas y psicóticas, son las estructuras presentes como factores desencadenantes de los procesos de enfermedad, no compensadas dentro de sí propias. En los pacientes con zumbido la estructura neurótica estará presente en mayor número (una de las hipótesis del análisis cuantitativo simple) de los pacientes, se trata de un fallo momentáneo para enfrentar su propia subjetividad, con su propio cuerpo. La estructura psicótica se plantea a nivel de frustraciones muy precoces en el polo materno, son las frustraciones más primitivas porque menos desarrolladas, esta dimensión comprende, de los más primitivos hasta los más adaptados: Estructura esquizofrénica, Estructura melancólica, Estructura paranoica. De forma reductora, más comprensiva existe en esta estructura una disociación del yo, a través de un ego debilitado cada vez más dependientes de las instancias pulsionales. La estructura neurótica es una vía «demasiado» adaptada a la realidad, en la dependencia de un sufrimiento mucho más dirigido a la incomodidad física y psicológica, con la noción estrecha de la función en el mundo. Esta idea llegó en el día en que la anatomía patológica, encargada de explicar la enfermedad por cambios en los de órganos, se encontró con un número de estados morbosos cuya razón se escapaba. En caso de regresión esta estructura prende-sé a la libido y no al yo, el mecanismo de defensa de "elección" es la represión, no es la negación de la realidad como en la estructura psicótica. Esta estructura comprende la más regresiva a la menos regresiva:

de estructura obsesiva a la estructura histérica, la estructura histérica de angustia o histerofóbica, la estructura histérica de conversión y/o regresión psicósomática.

Definida la ruta de las clases estructurales parto para el análisis de los factores internos y externos que influyen en las estructuras designadas, los fantasmas, que juegan un papel de integración, el individuo busca a todo costo salvar sus relaciones de objeto inconsciente y "alimentar" sus fantasmas - concepto inconsciente de construcción del desarrollo que fluye desde lo fantasma primario hacia lo narcisismo. El apoyo objetual delineado para este edificio fantasmal permite compensar las crisis derivadas de las descompensaciones, y lo que caracteriza al apoyo objetual: una economía personal, carácter, estructura de la personalidad y la psicopatología organizan o desorganizan eventos que pueden poner en peligro las imágenes que deseamos conservar de nosotros, y luego la creación de descompensación e disonancia. Nuestro círculo de relaciones es por excelencia el apoyo objetual mantenido en los límites de nuestro funcionamiento inter-relacional y adaptativo, sin prejuicio, de la importancia de los objetos internos.

El funcionamiento mental tiene como derivación principal dos principios, a saber, el principio del placer y el principio de realidad - son complementares. El principio del placer lucha hacia la obtención del placer, en este sentido la actividad psíquica recua antes de cualquier evento que pueda causar desagrado; el principio de la confrontación con la realidad, con los procedimientos de la relación social, de acuerdo con los preceptos de la normalidad, este principio se mantiene con un enorme gasto de energía por parte de las personas, ya que los pensamientos se dirigen hacia la acción que requiere un gran esfuerzo mental y físico, por otro lado, las compensaciones luchan todavía por limitar las acciones y no darles rienda suelta - aquí es donde empiezo a jugar cuestiones inherentes a esta tesis, es que este dispendio por la acción o limitación no causa síntomas, «excitación» que hablaba antes? Esto puede ser de direccionamiento oto-vestibular? En estas vicisitudes la búsqueda del placer o su negación o

demora surge la fantasía, donde la represión tiene "vía libre". La represión es entonces el problema fundamental donde surgen los estudios de los procesos neuróticos. Estoy convencido de que este proceso conduce a la inervación somática y promoviendo así la descarga sintomática de la manera más insospechada e inesperada. Este proceso defensivo actúa de manera independiente y desde los primeros años de nuestra evolución psíquica, está influenciada por la cuota de afecto investida e esta investidura determina se otros procesos defensivos pueden entrar en acción, a saber los mecanismos psicóticos tales como el desplazamiento y la proyección. De realzar que en los procesos neuróticos la represión falla, organizando apenas sustituto que crea angustia.

El síntoma es la "piedra de toque" de cualquier trabajo en psicología, es un concepto cuya fuerza motriz desarrolla todos los estudios de la psicología del yo, sin este proceso morboso, incómodo, cuya recurrencia compromete la vida activa, la búsqueda científica pierde toda su color. Síntoma es sinónimo de conflicto, es una forma subjetiva de tratar con los fenómenos pressionantes (los tratados en este trabajo), o entonces con algún trastorno orgánico, es el primer grito de alarma hacia la homeostasis, la cura, la recuperación, en busca de un nuevo equilibrio – por lo tanto nueva homeostasis, «eterno retorno». La cuestión del síntoma psicógeno, también tratada en este trabajo, es difícil de definir en actos clínicos, son actos perjudiciales, inútiles para la vida del sujeto como un todo, provocan la mayoría de las veces disgusto y angustia, requieren un gasto mental continuo, causando el empobrecimiento de la persona que está paralizada por las tareas importantes de la vida. Debo subrayar que las condiciones para la aparición de los síntomas existen en todos los seres humanos - es importante mencionar, ya que en su formación muchos prejuicios rodean al rendimiento, se debemos, en mi opinión, rételo (el síntoma) como el primer paso hacia la tomada de atención al aquí y ahora, para el evento anímico y por otra parte la demanda de un mejor encuadramiento orgánico y funcional, sin él a todo actuaría más en silencio. El síntoma se

presenta, en términos psíquicos, del juego entre los dos principios del funcionamiento mental que hemos cubierto, para la compensación en la «no realidad», del principio de realidad tenemos la fantasía, que asume un papel importante en la formación de los síntomas en caso de frustración.

La depresión es una nosología presente en muchos casos de zumbido (cf. con los resultados), y tengo la intención de ver aclarado en este estudio. Comienza con un enfoque histórico del cuerpo y su equilibrio como «vitalidad» entre los fenómenos psicofísicos. A partir de aquí el análisis de la Teoría Tetradimensional de Alonso-Fernandez (2010), que aboga por los síntomas de la depresión en cuatro dimensiones interdependientes, es decir:

- Humor Depresivo;
- Anergia (falta de impulsos);
- Discomunicación;
- Ritmopatía (descontrol de los ritmos).

Los trastornos somáticos típicos de lo paciente depresivo, son los sentimientos corporales, distribuidos en síntomas difusos e identificados como vitales, especialmente trastornos localizados, registrados como sensaciones sensoriales. Concluimos, pues, según Alonso-Fernandez (2010), que la afiliación vital de la depresión esta habitualmente un trastorno psicofísico simultáneamente psicomorfa y somatomorfa. La falta de comunicación es una dimensión presente en la mayoría de los pacientes con zumbido, son auto-observados, hipervigilantes y reducen sustancialmente o completamente la intercomunicación individual verbal, paraverbal y corporal. En estos casos, la percepción sensorial puede verse afectada, por ejemplo:

- Hipostesia táctil o dolorosa;
- Visión de manchas oscuras, visión borrosa;
- Zumbido con pérdida de audición.

Fenómenos que aumentan la dificultad de interactuar unos con otros, sometiéndolos a un "narrow world". La depresión es un marco claramente presente nos fenómenos sintomáticos invasivos del confort de los individuos, de ahí mi intención y de lo describir en un capítulo específico.

El marco de consulta concibe un espacio de intervención por excelencia y merece una atención especial en este trabajo. Al ser un aspecto relevante es, sin embargo cargada de simbolismo en la relación paciente-terapeuta e es fundamental para el mejor curso de las intervenciones. Este espacio tiene un papel específico en la asignación de importancia clínica y para la percepción de un local protector, donde lo dicho y lo no dicho tiene su propio espacio de "seguridad". El compromiso a que están sujetos los intervinientes permite la adecuación e lo fornecimiento de un espacio psíquico único en el encuentro entre estos dos personajes inevitables. Hay un «reconocimiento» de la relación terapéutica, esta está contenida en un marco que da sentido y es en esto que el paciente va a movilizar sus defensas y «situar-se» psíquicamente. Los efectos resultantes de este encuentro en el marco definirán el estatuto del paciente y el estatuto del terapeuta. Los efectos terapéuticos de esta posición realzan el "encuentro de un determinado sufrimiento del paciente y el deseo de hacer bien por parte del terapeuta (...)" (Gilliéron, E., 2001, p. 91). Quiero hacer hincapié en la importancia de este capítulo con el fin de apreciar el contexto de su intervención y sus implicaciones para el éxito terapéutico.

Dejamos caer las cuestiones más teóricas y conceptuales y nos dirigimos a la aproximación médica a las enfermedades del oído interno y de la región retrococlear, específicamente el zumbido - punto central de esta tesis. Comience con la descripción de los primeros pasos que transportan al paciente del médico al psicólogo, distinguiendo al paciente con zumbido subjetivo y / o objetivo y sus implicaciones a nivel de organización psíquica. A continuación se muestra una descripción de la etiología de zumbido subjetivo, un análisis de

las diversas formas de interacción para la aparición de este fenómeno, que en la mayoría de los casos pueden ser comparados en sus efectos a un aversivo sonido externo, y las quejas están tan relacionados con factores psicológicos y ambientales como cualquier disfunción del sistema auditivo. El enfoque, típicamente como una causa para la detección del fenómeno, puede interrumpir la ejecución de secuencias de respuestas automáticas que conducen a cambios en el estado afectivo o del estado de ánimo, de modo que uno de los aspectos y procedimientos para retener por la mayoría de los pacientes será entender lo fenómeno de la atención y el papel que su intensidad y otros factores psicológicos pueden tener en la atención a los acúfenos y su cronicidad. La "habitación" es una palabra clave en esta nosología y la falla en el cumplimiento es la piedra de toque para el inicio de este episodio. El zumbido puede ser definido como una experiencia subjetiva de escuchar sonidos en el oído o en la cabeza que no tiene ninguna base en la realidad de su entorno, hay que separarlo de la alucinación auditiva que es un síntoma de trastorno psiquiátrico. En pocas palabras digo que el zumbido es un síntoma de algún trastorno del mecanismo auditivo, de los órganos de los sentidos o de sus conexiones centrales, logo muy estresante y muy resistente al tratamiento. Es un síntoma que en última instancia conduce a reacciones emocionales, por lo que otros sistemas neurofisiológicos que son responsables de las emociones también deben estar involucrados, incluyendo el sistema nervioso autónomo y la amígdala - muy interesante para el tema de control involuntario inconsciente allí para luchar o huir, estrategias de afrontamiento deben elaborarse una vez que lo sentimiento aversivo y hostil de la escucha de lo zumbido son sentidos de forma endógena, lo que provoca una serie de respuestas neurofisiológicas que es de primer orden, muy difícil de «escapar». Tomo nota de la importancia de la dinámica de lo zumbido para la comprensión de sus causas y de sus efectos sobre las personas humanas, su activación se refiere a la aversión que se convierte en un registro normalizado lo antes señalado - promotor de las emociones que entran en juego para protegerse a sí mismos (el sistema límbico).

El vínculo a la práctica clínica define los supuestos del conocimiento psicológico para la intervención en estos pacientes. Verificamos al largo de la experiencia que existen puntos comunes a la etiología de este fenómeno, por ejemplo: compensaciones, beneficios secundarios, la inmadurez egóica, el aislamiento, el abandono - la intervención tiene en cuenta estos supuestos. Por lo tanto asumir una recurrencia de las quejas de estos pacientes en condiciones similares nos permite correlacionar los resultados esperados. La metodología de investigación se ve inminentemente ligada a corriente cualitativa, hare una «deambulaci3n» a la corriente cuantitativa a trav3s de la an3lisis estadística descriptiva que permita fundamentar e reunir los resultados en torno de los padrones encontrados, con énfasis en los datos socio biográficos, tipo de apoyo objetual e, racional de diagnóstico.

Los casos clínicos parecen apoyar e ilustrar los diversos informes de los pacientes con los mismos síntomas. Detectamos a trav3s de un an3lisis de contenido de que cuesti3n de lo zumbido es una funci3n del fracaso de los procesos dinámicos, la falta de estrategias generales de coping, es una manifestaci3n de superficie destinada a expresar la presencia de un conflicto, es una formaci3n reactiva de contra investimento pulsional. En ambos relatos presentados el contenido manifiesto representa de forma cristalizada el “camino de lo s3ntoma” y las contingencias de las respuestas particulares. En termos interpretativos y segundo los autores como Kernberg (2010) y Bergeret (2010), en la perspectiva psicodinámica la estructura de la personalidad es generalmente clasificada en la base de: un modo de relaci3n de objeto, una especie de angustia específica y un conjunto de mecanismos de defensa particulares, tomo nota de la an3lisis de dos pacientes ejemplificados.

El prop3sito de este estudio es aclarar y mejorar la intervenci3n psicol3gica, integradora, fenomenol3gica, como fundamental para el an3lisis y el tratamiento de pacientes con características neur3ticas. Una descripci3n de la enfermedad por los «ojos» de un enfoque

global, con respecto a la importancia de todos los campos de la investigación, permite añadir conocimientos en el campo del tratamiento y hacer su herencia (Le Goff, J., 1985, p. 67):

“No es posible, dice al-Razi, a un hombre, aunque viva hasta una edad avanzada, llegar a la ciencia sin seguir el camino de los antiguos, ya que el grado de conocimiento excede en mucho los límites de la vida humana.”

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO I – CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

1.1. O (in)visível	pág. 11
1.2. O Corpo como objeto sintomático – encarga / descarga.....	pág. 23
1.3. Psiquismo.....	pág. 27
1.3.1. Normalidade	pág. 29
1.4. Patologia e Normalidade	pág. 31
1.5. A Normalidade Patológica	pág. 34
1.5.1. Sintoma.....	pág. 37
1.5.2. Defesa	pág. 38
1.6. Personalidade	pág. 38
1.6.1. Caráter	pág. 40
1.6.2. Organização Intrapsíquica	pág. 41
1.6.3. Hereditariedade	pág. 42
1.6.4. Gênese da Estrutura de Base	pág. 43
1.7. As grandes Estruturas de Base.....	pág. 45
1.7.1. A classe estrutural psicótica	pág. 46
1.7.2. A classe estrutural neurótica.....	pág. 49
1.7.2.1. Estrutura obsessiva	pág. 57

1.7.2.2. <i>Estrutura histérica</i>	pág. 58
1.7.2.3. <i>Estrutura histérica de angústia ou histerofóbica</i>	pág. 59
1.7.2.4. <i>Estrutura histérica de conversão / regressão psicossomática</i>	pág. 60
1.8. O papel dos <i>fantasmas</i> nas relações interpessoais	pág. 64
1.9. Crise e apoio objetal	pág. 65
1.10. Os dois princípios do funcionamento mental	pág. 68
1.11. Recalcamento	pág. 71
1.12. Formação de sintomas	pág. 76
1.13. O papel da depressão – Análise da Teoria Tetradimensional	pág. 81
1.14. O <i>setting</i> terapêutico (<i>quadro da consulta</i>) – perspectiva crítica	pág. 86
1.15. O Quadro e seus efeitos terapêuticos	pág. 88

CAPITULO II – REPORTE BIOLÓGICO/TÉCNICO DO ZUMBIDO

2.1. Doenças do ouvido interno e da região retrococlear (Zumbido)	pág. 90
2.1.1. Definição do zumbido (<i>Tinnitus</i>)	pág. 94
2.1.1.1. <i>Classificação</i>	pág. 96
2.1.1.2. <i>Etiologia</i>	pág. 96
2.1.1.3. <i>Modelos Neurofisiológicos</i>	pág. 96
2.1.1.4. <i>Representação esquemática da audição</i>	pág. 97
2.1.1.5. <i>Dinâmica do zumbido</i>	pág. 99
2.1.2. Vínculo à prática clínica	pág. 101

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Metodologia de Investigação	pág. 105
3.2. Dois Casos Clínicos.....	pág. 108
3.3. Interpretação.....	pág. 118
3.3.1. Análise Estatística	pág. 124
3.4. Discussão de resultados e conclusões	pág. 125
3.5. Reflexão final	pág. 138

BIBLIOGRAFIA

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. <i>Caminho da pulsão</i>	pág. 69
Quadro 2. <i>Vicissitudes do ego</i>	pág. 73
Quadro 3. <i>Vias de saída do ego</i>	pág. 77
Quadro 4. <i>Formas de depressão larvar somatotrópica mais frequentes (adaptado de Alonso-Fernandez, F., 2010)</i>	pág. 85
Quadro 5. <i>Representação esquemática geral de todo o processo da audição, interpretação e reação aos sons. O mecanismo para a iniciação zumbido pode iniciar em qualquer zona, mas a sua representação ocorre eventualmente no córtex auditivo. Qualquer resposta emocional deve envolver a amígdala e o sistema nervoso autónomo.</i>	pág. 98
Quadro 6. <i>Zumbido</i>	pág. 100
Quadro 7. <i>Ações metodológicas</i>	pág. 108
Quadro 8. <i>Variáveis alvo da análise estatística</i>	pág. 124
Quadro 9. <i>Racional de diagnóstico da amostra (N=30) utilizada para o estudo empírico</i>	pág. 129
Quadro 10. <i>Idades da amostra</i>	pág. 135
Quadro 11. <i>Profissões da amostra</i>	pág. 136
Quadro 12. <i>Estado civil da amostra</i>	pág. 136
Quadro 13. <i>Tipo de apoio objetal da amostra</i>	pág. 137
Quadro 14. <i>Classe estrutural da amostra</i>	pág. 138

INTRODUÇÃO

“Pois a verdade é que o nosso temperamento desenvolve-se no mesmo passo que os nossos estudos, neles torna-se claro, neles se resume. Aprender é tão belo quanto viver. Não temas ser absorvido por espíritos superiores ao teu! Não te quedes a cismar medrosamente na originalidade do teu espírito! Não te arredes de tudo o que é poderoso, com medo que te arraste e afogue as tuas mais singulares qualidades. Tem calma, a originalidade que se perde no correr de um intenso trabalho de inteligência não podia ser senão um defeito, um frágil rebento destinado a perecer; essas qualidades duram apenas tanto quanto a sua doentia e acanhada palidez. E é de saúde que deves viver, pois a saúde se transformará em grandeza.”

Jacobsen (2003, p. 162).

“A interrogação verdadeira é a intimidade com a morte!”

Lefort (citado por Merleau-Ponty, M., 2007, p. 267).

“Todo o começo efetivo é um segundo momento.”

Novalis (citado em Bachelard, G., 2002, p. 108).

Início com três citações, autores das minhas referências, que surgiram ao longo das longas leituras e que inevitavelmente não poderiam deixar de aqui estar! A primeira do romance Niels Lyhne de Jens Peter Jacobsen porque ao lê-lo, depois de me ser *recomendado* nas “Elegias de Duíno” por Rilke, tomei coragem e iniciei este estudo... na segunda porque

senti a angústia de não conseguir prosseguir, de não conseguir transmitir, traduzir, pensar que estou muito perto, quando ainda me encontro longe, quando a profundidade das respostas podem ainda estar num abismo demasiado profundo, demasiado invisível... a terceira porque me parece que já há muito comecei...

Este meu trabalho é sobre “pessoas humanas”... cito com saudade o meu Professor Fernandes da Fonseca.

Lembrei-me em primeiro lugar de Foucault, por um lado porque não sei se será demasiado para um espírito novo – comparando-me aos autores de quem falarei – que tantas e demasiadas coisas importantes disseram e fizeram mas continuam por escutar, tratar de coisas «maduras» que não estão para dar fruto ou cair, mas continuam na árvore da sabedoria?! Estes autores não têm, não precisam como nos diz Edgar Allan Poe “da apropriação da matéria para a sua organização”; talvez não precisem, têm coragem, são romancistas no sentido melodramático, creem no que não está, mas pode (a)parecer! Por outro lado porque também tenho receio, por opressão, de saber que apesar de tudo estes tentaram, insistiram mas não conseguiram convencer de forma efetiva para o que era importante (por excesso de profundidade e extensão), dizer - foi dito mas não escutado! E não foram escutados, na minha opinião, porque vou detetando na minha experiência de vulgo, de doente, de cliente e de ouvinte que existem demasiadas falácias materialistas nos discursos, “será que estão acordados mas dormem”, dizia Heraclito. Falarei *destes* autores ao longo do trabalho. Foucault dizia, no seu texto “*A ordem do Discurso*” que “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento do seu retorno”, pretendo ser a voz humilde deste retorno, desta chamada prática da ação, na valorização da subjetividade como fator a ter em conta e como fenómeno de interação intelectual produtiva.

Miguel de Cervantes no seu maravilhoso “*D. Quixote*”, tomo II, capítulo XI dizia que “as tristezas não foram feitas para os bichos, mas para os homens; mas se os homens as sentem demasiado, tornam-se bichos”. Não sei se se tornam bichos mas tornam-se estorvos, dizia Freud em “análise dos leigos”. Porque tristes estão estes doentes, continuamente tristes, porque sofrem e não têm soluções “à vista”, apenas discursos objetivos que se pretendem “matematicamente calculados e adquirem um carácter estúpido” (Feyerabend, P., 1993, p. 107). Claramente vão verificar que a minha mente não é “clara e concisa”, como dizia Morin e por vezes é a «torto e a direito», como afirmava Goethe em *Werther*. Por vezes existem palavras não ditas (as mais importantes segundo Wittgenstein) espero dizê-las todas, quase todas. Como veremos, o termo *humano* é rico, contraditório, ambivalente: na realidade, é demasiado complexo para os espíritos formados no culto das ideias claras e distintas.

No meu projeto inicial citei desde S. Freud a Z. Bauman, homens de épocas e ciências diferentes, acompanhados pelos complexos científicos até ao aqui e agora, mas que tocam em pontos importantes da análise «fragmentada» do homem, do homem humano e do homem enfermo (dizia Nietzsche que em potência somos todos, ia mais longe e afirmava que não conseguiríamos viver sem a doença)! Pergunto, será uma razão da existência, do *soma* sentindo-se, materializando-se, da energia vital «afetada»? Vamos refletir, neste excerto clarificante, inebriante e enriquecedor da história do homem enquanto *matéria romântica*, por Callahan (2002, p. 17), um contemporâneo:

“What immunologists have found beneath human skin changes much of what we thought we knew about being human. Hidden inside modern biomedical science, there is a tale that each of us should know. A tale of the starlight and the darkness inside, a tale of the sins of the father and the flame of spontaneous human combustion, a tale of madness and love, of faith and despair. Wrapped up inside of that tale is a portrait of each man and woman in all our wonder, a portrait full of the intensity of life. But like Seurat’s

painting (Sunday afternoon on the Island of La Grand Jatte) if you stand too close, as perhaps we scientists have done, you see only the words, only the dots. You must take a step or two backward if you wish to see the mystery.”

Não pretendo ver o mistério, pretendo ver o que há para ver, o que há para escutar, o sofrimento que se esconde ou que se inibe e, que perante um manancial de perguntas pré-programadas (dos profissionais) não abrangem a totalidade – “Considero sabedoria o conhecimento do sistema interativo maior – esse sistema que, se perturbado, pode gerar curvas exponenciais de mudança” Bauman (1991, p. 223) – e desesperam o sofredor, o narrador de uma história difícil (mental, física e economicamente). Não os ouvimos, demasiado focalizados e paralisados no recinto da sabedoria específica (que tantas e tão belas coisas transformou, mas tantas outras perturbou...). Deixem-me espartilhar, também, as narrativas dos vários doentes, para que em conjunto demos conta de que são poucos os refúgios. A maioria *termina* na desistência, na procura isolada e - esta pode ser a melhor solução, paradoxalmente - elaborada no desespero, na regressão dos mecanismos defensivos, em neuroses de transferência, evitam, no entanto, a somatização ou a passagem ao ato, *sofrem* trabalho psíquico na solidão. Este jogo prolongado no tempo e traumatizando a dinâmica diária, sem suporte psíquico compensatório leva-os à tristeza, à depressão profunda, à apatia desesperante de quem se sente cada vez mais doente e dependente numa roda que não sabemos quando vai parar.

É tudo tão lógico na mais simples linguagem possível. O termo mais utilizado acima, no excerto de Callahan é o *tale* (história, narrativa), para a escutarmos para a lermos temos que utilizar o tempo, que ainda por cima não é nosso como nos diz Santo Agostinho, e esse escutar, esse ouvir, são escapatórias, auxílios para a renovação de energia e de uma confiança

regressada porque, simplesmente, existe atenção e amor – e é por isso que as pessoas que se apaixonam e confiam, são mais felizes, seguindo a via de Damásio (2003) no seu «Encontro com Espinosa»; “um simples cérebro, sendo bem mais largo do que o céu, pode acomodar confortavelmente o intelecto de um homem de bem e o resto do mundo, lado a lado” (p. 29). Voltando ao amor na sua «vertente» afetiva... dizia Espinosa “o amor nada mais é do que um estado agradável, a alegria, acompanhado pela ideia de uma causa exterior” (p. 19). E nós, ouvintes, somos essa exterioridade momentânea, e “está bem de ver que a tentativa contínua de conseguir um estado de vida equilibrado é um aspeto profundo e definidor da nossa existência” (p. 40). De uma vida maior! *O cérebro (...) pode acomodar... o amor é um estado agradável... a procura de um estado de vida equilibrado...* todas estas asserções, relativas às pessoas humanas requerem mais do que uma leitura superficial, mais do que uma *ação inativa*, mais do que passividade securizante de quem pensa que sabe?! Precisamos de pessoas que trabalhem com pessoas, que se envergonhem perante o sofrimento, o desamparo, o desconhecimento e a impotência do outro.

É a ilusão que precisa ser vivida!

Existem imensos casos clínicos que descreverei. Utilizando o quadro da consulta (*setting* terapêutico) como promotor de uma relação terapêutica diferenciada de escuta flutuante e uma análise da perspetiva holística em todos os momentos da interpretação e da intervenção. Verificar o que os diferencia, o que se repete e o que se pode constituir como material matizado e que culmina homogeneamente no sofrimento individual subjetivo. Disse Edgar Allan Poe (2003, p. 95), o meu poeta, permitam-me:

“Não preciso de lembrar aos leitores que, no extenso e sinistro catálogo das misérias humanas, teria podido escolher montes de casos individuais mais carregados de

sofrimentos essenciais do que qualquer destes imensos desastres coletivos. O verdadeiro sofrimento, com efeito – a desgraça suprema – é particular e não geral.”

E por ser particular merece um olhar particular, uma humanização que não se pretende piedosa, mas vinculativa, um trabalho a muitos diferenciados, especializados mas uniformizados na forma – o Homem. “A única maneira que um ser humano tem de aprender algo no seu todo, é ouvindo o que pode ser dito por pessoas de várias opiniões, e estudando todos os modos em que pode ser olhado por caracteres diferentes” (Mill, J., 2002, p. 17); A isto se chama crescimento intelectual – a perceção da ignorância; o sofrimento não merece esta visão? Deveria valer só por si! “Quando se ama, logo se admira, se teme, se conserva”, Bachelard (2002, p. 69), e quem se ama, se admira, se teme e se conserva (deixem-me sublinhar)? – O Homem! *Ama-se* porque somos nós próprios (uma máxima de Schopenhauer «*tat tvan asi*») *admira-se* a maravilha da diferença e da narrativa, *teme-se* porque a ignorância diminui o amor-próprio (Bertrand Russel), *conserva-se* porque se teme e mais uma vez só a matéria impera, só ela vincula, só ela securiza, e quem nos diz que esse olhar securizante não nos deturpa e enviesa o olhar e nos faz errar no alvo?

“Nenhum clamor de tormento pode ser maior do que o clamor de um homem. Ou, mais uma vez, nenhum tormento pode ser maior do que aquilo que um único ser humano pode sofrer. O planeta inteiro não pode sofrer tormento maior do que uma única alma.”

Wittgenstein, L., 1998, p. 43.

O ser apela para a contingência individual, narrada na primeira pessoa, por um mundo privado só reconhecido na palavra fluida, no olhar que espelha e no corpo que move,

Bachelard (2002, p. 8) diz-nos que “o indivíduo não é a soma de suas impressões gerais, é a soma das suas impressões singulares”. E só o amor é o estado de graça, eu diria a solução...

“Um amor nascente inunda o mundo de poesia, um amor que dura irriga de poesia a vida quotidiana, o termo de um amor atira-nos para a prosa. O amor, unidade incandescente da sabedoria e da loucura, faz-nos suportar o destino, faz-nos amar a vida. O amor é a grande poesia no seio do mundo prosaico (em contraste com a vida poética) moderno, e alimenta-se de uma imensa poesia imaginária (...) o estado poético... purifica a ansiedade, a preocupação, a mediocridade, a banalidade. Transfigura o real. Estado transfigurante e transfigurador da existência, é verdade que é precário, aleatório, mas é o estado de graça.”

Morin, E., 2002, p. 54.

Nestas palavras resumo o que me move, a minha sensibilidade e o meu imenso respeito por todos aqueles – doentes, tratadores – que lutam no dia-a-dia para transformarem a vida de quem sofre, numa vida menos sofrida, direi de forma positiva uma «melhor vida», mais adaptada e integradora. Como verificamos nesta introdução, apenas defino a preocupação que deveria ser comum a todos os profissionais, o interesse pelo homem na sua *tragédia*, nas vivências singulares e nas leituras do sofrimento individual. Os conhecimentos técnicos, racionalizados e empíricos, são inevitáveis e necessários ao conhecimento rumo ao bem-estar e à qualidade de vida das pessoas, no entanto, uma abordagem intensa das verdadeiras intenções da doença e da sua sintomatologia, das estruturas de base que os suportam serão fundamentais para as novas opções e, essas devem estar despidas do preconceito profissão, papel social e as respetivas «fundamentação teóricas».

O interesse para este projeto advém da prática clínica diária que é aplicada nas clínicas de ORL pelas ciências médicas. Nestas a base para o diagnóstico do doente, para o estudo da sua sintomatologia, da etiologia e dos seus índices (análises, exames, testes), apesar de completa, não prossegue caminho, digo tratamento, sem sustentação física, orgânica, sem lesões aparentes e sem resultados empíricos – parece-me que esta abordagem sendo unilateral e correta (Bauman, Z., 2007), porque segue pressupostos científicos, é, no entanto, redutora e empobrecedora da atenção a promover e a fornecer aos doentes, não esgotando todas as hipóteses terapêuticas, também elas psíquicas que intervêm no processo mórbido. No contexto atual advogamos todos pela especialização contínua, pelo saber compartimentado, quanto mais apertamos a base do conhecimento mais ela nos é conhecida, no entanto, encolhemo-la. Segundo Morin (2003, p. 237), “os progressos da informação e dos conhecimentos são acompanhados por progressos da ignorância devida à fragmentação e à compartimentação do saber”. Continua o mesmo autor (2003, p. 213): “sou daqueles que pensam que os desenvolvimentos técnicos e económicos da nossa civilização estão relacionados com um subdesenvolvimento psíquico e moral”. Com base nestas duas asserções de Edgar Morin (2003, p. 212) e da minha prática diária existe de facto um vazio de expressão do doente humano em toda a sua globalidade, “(...) finalmente, numerosas conquistas de conhecimentos, de pensamento, de consciência, de democracia, degeneram se não forem incessantemente regenerados”. Parece-me que é tempo de regenerar e abrir o âmbito, honestamente, de todos os contributos que outras disciplinas podem trazer ao tratamento do doente.

Esta tese assenta então nos propósitos da modernidade e na necessidade de implementar na prática e com bases sustentadas aquilo que Bauman (2007, p. 223) preconiza no seu excelente livro “Modernidade e Ambivalência” a sabedoria como um conhecimento

interactivo *maior*. Esta sabedoria terá de ser construída em conjunto, com outros ramos de saber, pessoalmente, tenho a sorte e/ou a contingência de colaborar numa clínica atenta ao doente na sua idiossincrasia e globalidade. A construção desta tese terá uma base teórica intensa e uma prática clínica que assenta em oito anos de experiência, parece-me que ao delimitar esta prática, alarga-la ao campo da psicopatologia e da consequente psicoterapia terá o doente como laureado e, é isso que me move. Termino acrescentando apenas que a ação conjunta é a base da ação coerente.

“A força de que o indivíduo necessita para qualquer processo de produção, seja intelectual ou puramente física – torna-se inteiramente inútil quando se trata de agir. A história está repleta de exemplos da impotência do homem forte e superior que é incapaz de angariar o auxílio ou a cooperação dos seus semelhantes – fracasso que é frequentemente atribuído à fatal inferioridade da multidão e ao ressentimento que os homens eminentes inspiram aos médiocres. Mas, que por verdadeiras que sejam estas observações, não vão ao fundo da questão.”

Arendt, H., 2001, p. 238.

O conceito nosológico analisado será o *zumbido subjetivo (tinnitus)*, em primeiro lugar, devido à facilidade no encontro com os doentes com esta sintomatologia e em segundo, à sua própria especificidade: é um sintoma localizado, é a perceção de um som (tem que ser ouvido), é involuntário (não produzido intencionalmente), origina-se na cabeça (não ouvido ou muito sensível a um som externo) e subjetivo porque só escutado pelo próprio. A reação do doente deve ser considerada e, é útil distinguir o zumbido que é problemático do que não é.

A *primeira* asserção base que delimitará o campo de ação e lhe dará um rumo será a importância da psicoterapia de base psicodinâmica de «apoio objetal», para a análise,

interpretação e compreensão do fenómeno do zumbido - promotor de falência intrapsíquica, do fenómeno histérico ou, numa perspetiva mais moderna, de regressão psicossomática; devo salientar que o zumbido poderá ser sintoma, e/ou causa - *inervação somática* ou *descarga neurovegetativa* como compromisso para a resolução de conflitos.

A *segunda*, como este fenómeno é definidor de um procedimento que não deve «centrar-se só» no indivíduo sofredor e no seu sintoma *per si* mas, ter, também como foco mais abrangente a relação consigo mesmo, com os outros (apoio objetal), a sua vida familiar, a sua vida social, o trabalho, a sua vida espiritual, os sistemas de valores e a forma como estas dimensões afetam o zumbido;

CAPÍTULO I – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

“Os sintomas substituem uma mudança no mundo externo por uma mudança no corpo do próprio sujeito: estabelecem um ato interno em lugar de um externo, uma adaptação em lugar de uma ação – mais uma vez algo que corresponde, filogeneticamente, a uma regressão altamente significativa.”

Freud, S., 2001, p. 136.

1.1. O (in)visível

Vou tentar, dentro do possível, teorizar sem cair no erro de romantizar conceitos tão avessos à ciência. Esta tentativa pretende sensibilizar os profissionais para as advertências metafísicas que promovem e corrompem o corpo, como ato simbólico, sem que possamos de forma direta aceder aos pressupostos da ciência médica clássica. Vamos *ver o invisível*, fazer uma viagem. Charles Nodier em “*Rêveries*” (2002, p. 18), diz-nos que “o mapa do mundo imaginável é traçado apenas nos sonhos. O universo sensível é um universo infinitamente pequeno”. Por isso nos agarramos tanto a ele, a via é direta, não necessita de contemplação profunda, assegura-nos, diminuindo-nos. Rilke (2002, p. 87), escreve:

“Que os homens tenham sido cobardes a este respeito trouxe incontáveis danos à vida; as experiências a que se chamam «aparições», o «mundo dos espíritos», a morte, todas estas coisas tão familiares foram expulsas da vida por uma resistência quotidiana, de tal forma que os sentidos com que as poderíamos apreender regrediram. Já para não falar de Deus. Mas o medo do inexplicável não empobreceu apenas a existência do indivíduo, cerceou também as relações entre uma pessoa e outra, como se as retirasse do leito do rio das possibilidades infinitas e as levasse para o terreno baldio das margens

onde nada acontece. Pois não é apenas por inércia que as relações humanas são tão indizivelmente monótonas, repetindo-se de caso para caso sem renovação, é porque os homens receiam qualquer experiência nova e imprevisível que julguem ultrapassar as suas forças.”

O valor humano deveria ser definido pela sua imensidade, complexificando-o; diz-nos Morin (2003, p. 124) que:

“a dificuldade em pensar de forma complexa é extrema. Quanto mais o espírito enfrenta a complexidade, mais tem de complexificar ele próprio o seu exercício, mais difíceis e múltiplas são as combinações das diferentes qualidades que tem de pôr em prática”.

E por isso *inibem*, escondem-se na percepção da matéria, no palpável – não me parece errado, à partida, mas é claramente insuficiente, permitam-me insistir.

O *invisível*, porque não palpável e apreciável, apesar de sofrível, foi tratado de forma intensa, vivida poética e metodicamente por Merleau-Ponty (2007, p. 247), permita-me! O seu amigo Claude Lefort no posfácio de “O visível e o invisível” diz-nos:

“Por esperada que às vezes seja, a morte de um próximo ou de um amigo, coloca-nos à beira de um abismo. Tanto mais que nada a fazia supor, e o que ocorreu não se pode imputar à doença, à velhice, nem a um concurso visível de circunstâncias, e ainda mais quando aquele que morre está vivo a ponto de termos adquirido o hábito de ligar os nossos pensamentos aos seus, de nele procurarmos as forças de que carecemos e de o termos como uma das mais seguras testemunhas das nossas empresas. Tal foi a repentina morte de Maurice Merleau-Ponty, e tal era a sua personalidade que todos os que

estavam a ele ligados pela amizade conheceram a amarga verdade desta experiência no abalo que trouxe para as suas vidas.”

Não o conheci em presença, não retirei esse privilégio, mas li-o e reli-o, tento aqui oferecer-vos uma “pequenina” parte do seu testemunho (p. 23) para tentarmos clarificar melhor este tema. Diz-nos então:

“É segundo o sentido e a estrutura intrínsecos que o mundo sensível é «mais antigo» que o universo do pensamento, porque o primeiro é visível e relativamente contínuo e o segundo, invisível e lacunar (...) perceberemos que tudo o que para nós se chama pensamento exige essa sua distância, esta abertura inicial que constituiem para nós campo de visão, campo de futuro e passado (...) em todo o caso, já que se trata aqui apenas de tomar um primeiro contacto com as nossas certezas naturais, não há dúvida de que elas repousam, no que respeita ao espírito e à verdade, sobre a primeira camada do mundo sensível, e que nossa segurança de estar na verdade e de estar no mundo é uma só.”

Deixemos espaço para as outras camadas (de pensamento, imaginação), para os hiatos das narrativas expressas, áleas, para o sofrimento subjetivo, que não sendo funcional, no sentido da apropriação da matéria, é real, realmente. “Pelo menos, o meu mundo privado deixou de ser apenas meu; é agora, instrumento manejado pelo outro, dimensão de uma vida generalizada que se enxertou na minha” (p. 22). O enxerto tem aqui o sentido de interiorização, introjeção, modificação, de alteração da realidade que se dá pela simples presença do outro, na compreensão do seu sofrimento, enfim do seu viver (*idem*):

“E súbito, irrompe a evidência de que também acolá, minuto por minuto, a vida é vivida: em algum lugar atrás desses olhos, atrás desses gestos, ou melhor, diante deles,

ou ainda em torno deles, vindo de não sei que fundo falso do espaço, outro mundo privado transparece através do tecido do meu, e por um momento é nele que vivo, sou apenas aquele que responde à interpelação que me é feita.”

A nossa realidade é o pensamento, o meu mundo privado deve obliterar-se para integrar o outro, conhecê-lo na sua interioridade, ler através das palavras ditas e não ditas, lê-lo finalmente. É certo que existem realidades inerentes à nossa pertença ao reino animal, que derivam, quer da hereditariedade “pode ser definida como um mecanismo de transmissão de particularidades normais ou patológicas que preexistem ao desenvolvimento individual e não modificáveis pelas influências do meio” (Guilérton, 1996, p. 54), quer do conjunto de vivências que nos transportam da origem!? «*Elo Perdido*» de Darwin, até à narrativa do aqui e agora, comportando traços mnésicos heterogêneos que nos tornam únicos, mas também homogêneos que nos tornam semelhantes, senão vejamos: gostamos de ser Amados! Recompensados (vontade de poder, Nietzsche)! Confortados! Seguros! Sentirmo-nos bem, em última análise, ser felizes! Esta *procura* comporta elementos instrumentais abstratos que devem ser tratados pelo sentimento, pela vinculação e pela compreensão do mundo do outro, não na perspectiva do que me parece claro para mim enquanto cognitivamente centrado, mas no que poderei clarificar na visão do outro – o outro terá que surgir sempre como palavra e conceito sobrevalorizado, é dele que se trata da *pessoa humana*.

As categorias nosológicas, o homem dissecado faz parte de um manancial de estudos, de almanaques, de manuais, que vão decompondo o homem e ajudando, lentamente, no sucesso da sua manutenção individual enquanto ser mortal – cada vez é mais difícil morrer! No entanto existe a via filogenética, os aglomerados de vivências que não só amadurecem as nossas pré visões mas também constroem fluxos psíquicos, inalações de tempo reencontrado

que subjazem, confluem e participam destes avanços, ou recuos! E Merleau-Ponty (2007, p. 24) transporta-nos a este recanto de forma poética, tentemos acompanhá-lo:

“Por certo, muito precocemente, motivos, categorias abstratíssimas funcionam nesse pensamento selvagem, como bem o mostram as antecipações extraordinárias da vida adulta na infância; podemos dizer que o homem total já está ali. A criança compreende muito além do que sabe dizer, responde muito além do que poderia definir, e, aliás, como o adulto, as coisas não se passam de modo diferente. Um autêntico diálogo me conduz a pensamentos de que eu não me acreditava, de que eu não era capaz, e às vezes sinto-me seguido num caminho que eu próprio desenhava e que meu discurso, relançado por outrem está abrindo para mim.”

Nesta abertura está o nosso começo, o início da descoberta, da missão briosa que nos conduz ao princípio extensivo e íntimo da análise (p. 25):

“Desde que se tem acesso ao verdadeiro, isto é, ao invisível, parece, sobretudo, que cada homem habita a sua ilha, sem transição de uma a outra, sendo mesmo para admirar que concordem algumas vezes sobre uma coisa qualquer (...) e se já é muito que tenham tomado o mesmo caminho da ontogénese, muito mais será ainda que todos eles, do fundo dos seus redutos, se tenham deixado envolver pelo mesmo funcionamento social e pela mesma linguagem.”

Continua (p. 25):

“O verdadeiro não é nem a coisa que vejo nem o outro homem que também vejo com os meus olhos, nem enfim essa unidade global do mundo sensível e, em última instância, do mundo inteligível que há pouco tentamos descrever. O verdadeiro é o objetivo, o que logrei determinar pela medida ou, mais geralmente, pelas operações

autorizadas pelas variáveis ou entidades por mim definidas a propósito de uma ordem de fatos.”

Estes fatos foram surgindo por via da minha narrativa. Devemos tentar o ponto de encontro, de nos reconhecermos com os outros, não comparativamente, para detetar o melhor ou o mais capaz, mas para tecermos juntos a teia do medo que nos une e das incertezas que nos invadem mutuamente, algo que me foi enunciado em determinada altura por Arthur Schopenhauer. As nossas interações, independentes dos atos ou dos papéis que representamos não nos permitem o conhecimento absoluto, “pois não tem significação física a não ser reportada a observações e inserida numa vida de conhecimentos, estes sempre situados” (p. 26). E porventura será esta *certeza do situado*, do contexto, que não permite pensar os outros e nos enleamos na apropriação da matéria, que nos confere, mais uma vez, a nossa identidade que não se encontrou – nem como homem, nem como doente, nem como profissional – o vazio! “Não uma visão de universo mas somente a prática metódica permite unificar umas às outras visões que são, todas elas, perspectivas” (p. 26). A introspeção que é parte fundamental do avanço psíquico, só é capaz na maturidade egóica, na capacidade intelectual que permite a gestão da *economia psíquica* (voltaremos a ela). “O psiquismo é opaco a si mesmo e somente se encontra em suas réplicas exteriores, certificando-se, em última análise, de que estas se assemelham a ele, como o anatomista está certo de encontrar no órgão que disseca a estrutura de seus próprios olhos: pois há uma *espécie homem*” (p. 29). A evidência das atitudes psicológicas “e dos conceitos de que se serve o psicólogo, como se fossem evidentes, revelaria nela uma massa de consequências sem premissas, um trabalho constitutivo muito antigo que não é tirado a limpo e cujos resultados são aceites integralmente, sem mesmo suspeitar-se a que ponto são confusos.” (p. 28). “O que aqui opera é sempre a fé perceptiva nas coisas e no mundo” (p. 29). E esta fé paradoxalmente reina na ciência que sustenta os

predicados da vida psicológica; e sempre que tentamos descer mais um pouco, rumo à psicologia profunda, afirmam que não há congruência, que o visível não se vê, o entusiasmo desaparece, não sentem mais a consciência de aproximar-se de uma ciência do homem (p.31):

“As relações que estabelecem (comportamentais) não têm vigência em todos os casos, só sendo explicativas nas condições artificiais do laboratório. Não representam a primeira camada do comportamento, de onde se poderia passar, de uma em uma, à sua determinação total: antes são uma primeira forma de integração, casos privilegiados de estruturação simples, diante da qual as estruturas mais complexas são, na realidade, qualitativamente diferentes.”

“A relação funcional que enunciam só tem sentido no seu nível, não possui força explicativa em relação aos níveis superiores e, finalmente, o ser do psiquismo deve ser definido, não como um cruzamento de causalidades elementares, mas por estruturas heterogêneas e descontínuas que aí se realizam. Na medida em que nos ocupamos com estruturas mais integradas, percebemos que cada vez menos as condições dão conta do condicionado.”

“De sorte que o *condicionado* condiciona aqui a *condição*” (p. 32). A abertura terá que ser mais aparente e preparada para analisar a *tale*, a história, a narrativa do homem. Existe um corpo que sente, um corpo que experiencia e essa é sempre quer na íntegra interior quer na exterioridade percebida aparentemente única e deve ser observada especificamente. Ainda na mesma página:

“Um mundo percebido, certamente, não apareceria a um homem se não se dessem condições para isso no seu corpo: mas não são elas que o explicam. Ele é segundo suas leis de campo e de organização intrínseca, e não como o objecto, segundo as exigências de uma causalidade existente de um extremo a outro”.

A experiência da relação está assim sujeita a determinantes que estão, antes, no meio de nós, ou entre nós. “Nosso objetivo não é opor aos fatos coordenados pela ciência objetiva outro grupo de fatos – sejam eles chamados *psiquismo* ou *fatos subjetivos*, ou *fatos interiores*” (*idem*).

A percepção dos fatos observados ou a análise da pessoa humana deriva de variáveis que são observáveis pelo olhar de quem observa, pelo seu mundo percecionado, logo filtrado. No entanto, esse perscrutar, ainda que *enganador*, por vezes supera a indiferença que fere o carente e assegura o observante, por exemplo (p. 33):

“se se pensa verdadeiramente que a percepção é função de variáveis exteriores, este esquema não é (muito aproximadamente) aplicável a não ser ao condicionamento corporal e físico, e a psicologia está condenada a esta abstração exorbitante de apenas considerar o homem como um conjunto de terminações nervosas sobre as quais incidem os agentes físico-químicos”.

Não estamos longe do que me trouxe aqui e aonde quero chegar, fiquemos, entretanto, no ‘fim’ do percurso, do último grito de alerta; do que leva o doente ao sintoma, à queixa, ao desconforto, ao desarranjo do *elan vital*. O caminho até lá será longo – tenhamos alguma paciência, teremos que continuar a correr lado a lado com Merleau-Ponty, até onde a minha percepção e capacidade (é demasiado rico) se abeire, até chegarmos ao romancista que nos vai ajudar a prosseguir o nosso caminho, Marcel Proust! – o meu é longo, pretendo encurtá-lo, ou torná-lo menos enredado, mais direto, mais facilmente digerido, tenho no entanto receio que perca a profundidade que se esconde, o hiato que tanto nos foge, ou deixamos fugir, quer por incompreensão, quer por segurança (paradoxal?) de não sabermos.

Por isso a educação deve ser conjunta, a multidisciplinaridade. O caminho unidirecional transporta patologia atrás de patologia (relação psicoterapeuta-doente), qual relação neurótica, num vínculo que não se esconde e não se perde, retomando premissas erradas e longe da humanidade necessária, a base da relação inerente a toda a interação animada! Este animismo, movimento perpetuador da relação *navega* num mundo visível pela expressão verbal e percepção do mundo natural, no entanto, impõem-se as questões: *Se e em que sentido o que não é natureza forma um mundo? E, antes de tudo, o que é o mundo? Finalmente, se há mundo, quais podem ser as relações entre o mundo visível e o mundo invisível?* Esse trabalho, por mais difícil que seja, é indispensável para sairmos da confusão em que nos deixa a *filosofia* dos cientistas, este não pode ser inteiramente realizado por eles, porquanto o pensamento científico move-se no mundo e o pressupõe, em vez de torná-lo por tema.

Afirma Foucault (1997) que o acontecimento não é da «ordem dos corpos»; no entanto, ele não é imaterial, é sempre ao nível da materialidade que ele se torna efetivo, que ele é efeito, “o acontecimento não é o ato nem a propriedade de um corpo; produz-se como efeito de e numa dispersão material ” (p. 43). Vamos verificando que o acontecimento, o sintoma/acontecido, a produção enfim, acontece materialmente, porque sentida subjetivamente, mas nem sempre tem base material, se quisermos utilizar este termo, poderemos no entanto utilizar outros e denominá-lo visível e matemático, empírico? A exterioridade é aqui pronunciada por Foucault como propriedade etérea com consequências materiais, parece-me querer dizer que a ação do acontecimento necessita de um embate no *soma*, e esse não produz efeito inócuo, mas qual arma que fere e se materializa nos processos etiológicos primários e invisíveis mas capazes da maior repercussão inervada existente no corpo recipiente.

Chegamos, passo a passo, ao cerne, ao ponto visível da questão, porque sentimos? Porque *não me penso feliz, mas estou feliz?* Porque é um sentimento e não uma percepção? Porque sinto amor e desamor, ódio e reprovação, raiva e ciúme, pavor, pânico, medo, somos feitos de matéria diferente? Ou será a matéria imanente e invisível que impera? Segundo ordens que não dominamos? Mas que poderemos sempre solucionar através de *amor empenhado* da *ética da ação* de que tanto nos fala Slavoj Žyžek. Estou a falar dos Homens, obliterando-os do discurso, pois conhecem-lhe a existência.

Merleau-Ponty em consonância ao texto verbalizado por Foucault (1997), continua a interferir nos agentes invisíveis que se tornam apenas consequência materializada (p. 33):

“Os outros homens, uma constelação social e histórica, só podem intervir como estímulos se reconhecermos também a eficiência de conjuntos que não possuem existência física e que operam sobre ele, não segundo as suas propriedades imediatamente sensíveis, mas em vista de sua configuração social, num espaço e num tempo sociais, conforme um código social e, finalmente, antes como símbolos do que como causas”.

Parece que o mundo aparente é o responsável apenas como preditor espontâneo das consequências que inflige, porque, simplesmente, «está lá», sempre esteve e estará na sua configuração estimulante e ilusória criando subalternidades que promovem o êxito e recriam fracassos; os compromissos que se estabelecem com essa realidade, como os *tempos sociais*, como o *espaço*, são oportunidades de avanço e de retrocesso, dependentes da educação global do ser humano como sujeito compassivo, pensante, atuante e observador. A agir sobre esta imensidade de contextos intrínsecos, extrínsecos, interiorizados e exteriorizados reina um tempo mítico onde certos acontecimentos *do começo* guardam uma eficácia continuada e,

parece-me que a relação entre os homens *tout-court*, não é garante da inexistência de componentes «mágicos» e oníricos. E neste sentido, “desde que se pare de pensar a percepção como ação do puro objetivo físico sobre o corpo humano e percebido como resultado «interior» dessa ação, parece que toda a distinção entre o verdadeiro e o falso, o saber metódico e os fantasmas, a ciência e a imaginação, vem por água abaixo” (p. 35). E para que abaixo não represente perda, deveremos estudar a situação que é a “região do ser menos afastada do meu nada constitutivo” (p. 66). “Logo precisa ser perscrutada (...) é pela abertura que poderemos compreender o ser e o nada, não é pelo ser e pelo nada que compreenderemos a abertura” (p. 100).

Analisaremos um pouco de Proust (2003, p. 307) que evidencia de forma única a perspicácia de um leigo (que é) mas que *vê* ou *sente* mais além, complexifica, portanto:

“Visitei ontem uma casa de saúde para neurasténicos. No jardim, estava um homem de pé em cima de um banco, imóvel como um faquir, de pescoço inclinado numa posição que devia ser muito penosa. Quando lhe perguntei que estava ele ali a fazer, respondeu-me sem esboçar qualquer movimento nem virar a cabeça: «Doutor, eu sou extremamente atreito a reumatismos e a constipações, acabo de fazer muito exercício e, enquanto estava assim a aquecer estupidamente, tinha o pescoço encostado às minhas flanelas. Se me afastasse agora dessas flanelas antes de deixar passar o calor, tenho a certeza de que apanharia um torcicolo, e talvez uma bronquite.» E efetivamente apanhava. «Você é um belo neurasténico, é o que você é» disse-lhe eu. Sabe a senhora a razão que ele me deu para me provar que não? É que, enquanto todos os doentes do estabelecimento tinham a mania de se pesar, ao ponto de terem tido que colocar um cadeado na balança para que não se passassem todo o dia a pesar-se, a ele tinham de o obrigar a subir para a balança, tão pouco lhe apetecia fazê-lo. Exultava por não ter a mania dos outros, sem pensar que também tinha a dele, e que essa é que o defendia de

outra qualquer. Não fique melindrada com a comparação, minha senhora, porque aquele homem que não se atrevia a virar o pescoço com medo de se constipar é o maior poeta do nosso tempo. Aquele pobre maníaco é a mais alta inteligência que conheço. Aceite que lhe chamem uma nervosa. A senhora pertence a essa família magnífica e lamentável que é o sal da terra. Tudo o que conhecemos de grande vem-nos dos nervosos. Foram eles e não outros que fundaram as religiões e compuseram as obras-primas. Nunca o mundo virá a saber tudo o que lhes deve e, sobretudo, o que eles sofreram para lho dar. Nós apreciamos as músicas puras, os quadros belos, mil delicadezas, mas não sabemos o que elas custaram aos que as inventaram, em insónias, em lágrimas, em gargalhadas espasmódicas, em urticárias, em asma, em epilepsias, numa angústia de morte que é pior que tudo isso e da qual, minha senhora, talvez tenha conhecimento – acrescentou ele sorrindo para a minha avó – porque, confesse, quando eu cheguei não estava muito tranquila. Julgava-se doente, talvez perigosamente doente. Deus sabe que enfermidade acreditava descobrir sintomas em si. E não estava enganada, tinha-os. O nervosismo é um imitador de génio. Não há doença que ele não falsifique maravilhosamente. Ele imita sem tirar nem pôr a dilatação dos dispépticos, os enjoos da gravidez, a arritmia do cardíaco, a febre do tuberculoso. Capaz de enganar o médico, como é que não havia de enganar o doente?”

Vamos tentar desenganá-los com coragem e desprendidos dos nossos próprios constrangimentos.

Por que quem “se enriquece de entorpece” (Bachelard, G., 2002, p. 60) ainda estou longe na percepção da realidade invisível, terei no então que me apressar e debater-me então com a matéria dada e com a análise que me trouxe aqui e essa é a neurose *strictu sensu*. E para amortecer começarei com Oliver Sacks, que me ajudará a iniciar a minha abertura ao problema na prática que tanto apreciamos. “Há sempre uma reação por parte do organismo ou

do indivíduo infetado, para restaurar, repor, recompensar e preservar a sua identidade por muito estranhos que possam ser os meios utilizados para tal efeito” (Sacks, O., 1985, p. 20). Cabe-nos aqui através da experiência clínica que fui adquirindo e praticando, coadjuvado ou coadjuvando (o despiste médico é sempre o mais importante, pelos índices de que se assegura) diariamente pelos profissionais não só atentos aos fenómenos físicos, últimos, mas também psíquicos, através da sua cultura intelectual maturada e sem regressões narcisistas, não ajudar-me, essa é a parte menos importante da questão, mas ajudar um conjunto de pessoas que sofrem e padecem de constrangimentos físicos. A medicação sem razão ou propedêutica direcionada, remetida para o remedeio do que está já remediado, é uma prática ignorante e desrespeitosa da função que acomete todos aqueles que olham pelos «outros», vamos ter coragem e complexificar a visão.

1.2. O corpo como objeto sintomático – encarga/descarga

“O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles.”

Merleau-Ponty. M., 2006, p. 122

O homúnculo, destituído do seu valor pelas cisões que implicava e pela compartimentação que sugeria vai desaparecendo mas mantendo-se como a base fundamental para a abordagem médica ao enfermo. A percepção não toma forma na abordagem terapêutica, quero com isto dizer que a análise dos pressupostos da doença e a sua configuração da

percepção não são tomados em linha de conta nos “caminhos”, nos “desvios” que *sofrem* os sintomas para se localizarem num determinado órgão ou área. Merleau-Ponty, na sua obra “Fenomenologia da Percepção”, ajuda-nos na *acostagem* a este tema e informa-nos sobre o corpo como detentor do poder de resposta.

Os problemas derivam do desconforto que se torna “excitante”, apenas pela potência de excitar incomodamente, a localização confusa destes não se explica pela destruição de um centro localizador, mas pelo nivelamento das excitações que não mais conseguem organizar-se num conjunto estável e que só se traduziriam para a consciência por uma mudança circunscrita (remeto aqui para a ponte com a Teoria Tetradimensional de que falarei mais à frente). Existe uma organização espontânea dos estímulos elementares que se organizam entre si e “(...) essa organização é o fator decisivo no plano das «qualidades» sensíveis, assim como no plano da percepção.” (Merleau-Ponty, M., 2007, p. 113). Confrontar a questão da “energia vital” e do “círculo reflexo” em Ponty, em “A Estrutura do Comportamento”.

Sendo a doença, uma percepção interior, as suas derivações são função de reação do organismo, portanto uma certa forma de excitação. O acontecimento «real», “o «acontecimento psicofísico» não é mais do tipo da causalidade «mundana», o cérebro torna-se o lugar de uma «enformação» que intervém antes mesmo da etapa cortical, e que embaralha, desde a entrada do sistema nervoso, as relações entre o estímulo e o organismo” Merleau-Ponty (2007, p. 114). Desta forma, a exteroceptividade exige uma enformação dos estímulos - a consciência do corpo invade o corpo, “a alma se espalha em todas as suas partes, o comportamento extravasa seu setor central” (*idem*). Essa «experiência do corpo» é uma «representação», um «fato psíquico», que a este título está no final de uma cadeia de acontecimentos físicos e fisiológicos que são os únicos a poderem ser creditados ao «corpo real». Pois um conjunto de traços cerebrais não poderia representar as relações de consciência

que intervém no fenómeno do corpo. “Com efeito, ele depende de determinantes «psíquicos». Uma emoção, uma circunstância (...)” (Merleau-Ponty, M., 2007, p. 115). Existe um pré-corpo que potencia o «corpo real», comprometendo-o, fixando-o a um passado fixado, tornado impasse, “no momento do acontecimento as condições psíquicas para o indivíduo reagir, ou as condições anteriores não proporcionaram momento de aprendizagem psíquica e/ou de “memória imunitária” (*idem*). Mais adiante, o autor refere ainda que (p. 119):

“Certos pacientes podem estar próximos da cegueira sem terem mudado de «mundo»: nós os vemos chocar-se a objetos em todas as partes, mas eles não têm consciência de não ter mais qualidades visuais e a estrutura de sua conduta não se altera. Outros doentes, ao contrário, perdem seu mundo a partir do momento em que os conteúdos se esquivam, renúncia à sua vida habitual antes mesmo que ela se tenha tornado impossível, tornam-se enfermos por antecipação e rompem o contato vital com o mundo antes de terem perdido o contato sensorial.”

Segundo Gilliéron (2001, p. 121):

“aquilo que em nós recusa a mutilação e a deficiência é um eu engajado em um certo mundo físico e inter-humano, que continua a estender-se para seu mundo a despeito de deficiências ou de amputações e que, nessa medida, não as reconhece de jure.”

O tempo que passa não leva consigo os objetos impossíveis, não se fecha sobre a experiência traumática, o sujeito permanece sempre aberto ao mesmo futuro impossível, senão em seus pensamentos explícitos, pelo menos em seu ser efetivo, no seu presente sempre

potenciado pelo fatalismo da descompensação que se perpetua na cronicidade ou no “pico” agudo (p. 123):

“(...) continuamos a ser aquele que um dia se empenhou nesse amor de adolescente, ou aquele que um dia viveu nesse universo parental.” “(...) percepções novas substituem as percepções antigas, e mesmo emoções novas substituem as de outrora, mas essa renovação só diz respeito ao conteúdo da nossa experiência e não à sua estrutura; o tempo impessoal continua a se escoar, mas o tempo pessoal está preso.”

A experiência traumática não subsiste a título de representação, no modo da consciência objetiva e como um momento que tem a sua data - vive com um certo grau de generalidade, sobrevive num estilo de ser, transforma-se em fator de caráter e termina na maioria das vezes por ser apenas uma certa angústia, um sentimento vital (p. 130):

“O homem concretamente considerado não é um psiquismo unido a um organismo, mas este vaivém da existência que ora se deixa ser corporal e ora se dirige aos atos corporais. Os motivos psicológicos e as ocasiões corporais podem-se entrelaçar porque não há um só movimento em um corpo vivo que seja um acaso absoluto em relação às intenções psíquicas, nem um só ato psíquico que não tenha encontrado pelo menos em seu germe ou seu esboço geral nas disposições fisiológicas.”

Precisamos passar, de um conhecimento dos fatos psicológicos e fisiológicos a um reconhecimento do *acontecimento anímico* como processo vital inerente à nossa existência. Precisamos de uma visão holística, não só no sentido disciplinar e teórico, mas também, no olhar do “tratador”, como filosofia de observação, do encontro de dois seres que se encontram momentaneamente a representar papéis antagônicos – o que procura ajuda e o que a fornece.

O corpo sela um invólucro de simulações, não é um decreto arbitrário e, se há que dividi-lo, é em função da sua união. Isto deve servir não só para o diagnóstico mas também para a abrangência terapêutica, porque a especialização pretende assegurar o conhecimento dos fatos, mas também fecha uma cerca para lá da qual me defende do desconhecimento - e é aqui que reside o problema. Este tema tão apaixonante e prometedora, serve, obviamente, apenas de introdução e de estímulo reflexionante para o que debito para a frente, ou então para quem queira prosseguir com esta ideia, tornando-a numa cruzada científica do “Contra o Método” de Paul Feyerabend. O caminho começou pelo fim, pretendo que agora, se pense, atue de fato de outra forma. “Foi a existência que encontramos no corpo aproximando-nos dele por uma primeira via de acesso, a da fisiologia. É-nos permitido então cotejar e precisar este primeiro resultado interrogando agora a existência sobre ela mesma, quer dizer, dirigindo-nos à psicologia.” P131 Há uma tentativa veemente de aceder ao corpo como objeto de percepções dependentes do ser interior, portanto consciente, mas projetado a cada momento num mundo exigente que por excesso ou defeito exige, deslumbrando e destruindo.

1.3. Psiquismo

“Estas ideias gerais não têm outro objetivo senão recordar que a máxima grega «espírito são em corpo são» é tão válida hoje como era ontem e, sobretudo, que é útil raciocinar em termos de equilíbrio e não de causalidade linear.”

Gilliéron, E., 2001, p. 51.

O psiquismo é um conceito difícil de delimitar, pelo seu conteúdo tautológico (basta visitar os dicionários), e o seu «caráter volátil». A função que pretendo que exerça neste estudo é a sensibilização para as formas como este é incontornável para a abordagem ao tema da queixa somática, no registo biológico, mas que tem o seu fundamento nos mecanismos intrapsíquicos impregnados, também, das «doutrinas» sistémicas. Deduzo, então, que temos que recorrer a noções diferentes mas complementares para explicar a etiologia das perturbações psíquicas (adaptado de Gilliéron, 2001):

- *Noções biológicas: o cérebro parece ser a base do psiquismo; além disso, a saúde física parece ter também a sua importância, do mesmo modo que a hereditariedade;*
- *Noções relacionais: numerosas perturbações psíquicas estão ligadas a dificuldades com o círculo de relações;*
- *Noções endopsíquicas: certas dificuldades podem ser descritas, essencialmente, em termos de conflitos intrapsíquicos.*

Cada uma destas conceções etiológicas deu lugar a especialidades caracterizadas também por técnicas terapêuticas. Desta forma considero que a psicoterapia se dirige às perturbações de etiologia essencialmente endopsíquica.

Segundo Gilliéron (2001, p. 45), “a multiplicidade das teorias etiológicas em psiquiatria reflete o impasse onde pode perder-se uma medicina fragmentada em inúmeras especialidades e incapaz de manter uma visão holística do homem”.

Assim, as teorias «organicistas», «psicogenéticas» ou «socio-genéticas» foram frequentemente encaradas como antagónicas, em vez de se considerar o fato de dizerem respeito a diferentes aspetos da realidade humana.

É neste enquadramento que pretendo relacionar a observação subjetiva intrapsíquica com a complementaridade sistémica – reside aqui definir como os fatores externos (ambiente) podem agravar ou, pelo contrário, atenuar uma problemática neurótica e como um fator biológico pode influenciar o equilíbrio psíquico - mas também precisar a independência relativa desses elementos.

Claramente se vislumbra que o equilíbrio psíquico se apoia na combinação dessas diferentes ordens de fatores que podem todos estar na origem das perturbações psíquicas, sem que qualquer um possa ser totalmente afastado. Por isso o foco do interesse deverá ser o funcionamento psíquico preferencialmente ao enfoque na doença. Em psicoterapia, apenas o conhecimento dos constituintes da personalidade, mesmo por pouco preciso que seja, permite decidir sobre a necessidade ou não necessidade de uma mudança psíquica num doente, avaliar as possibilidades de tratamento ou os riscos incorridos. “Devemos, pois, interrogar-nos sobre o que é uma personalidade, o que mantém o seu equilíbrio, o que pode provocar um desequilíbrio, deteriora-la mais ou menos gravemente, etc...” (Gilliéron, E., 2001, p. 47).

1.3.1. Normalidade

“A noção de «normalidade» está tão ligada à vida como o nascimento ou a morte, utilizando o potencial do primeiro e procurando retardar as restrições da segunda, na medida em que qualquer normalidade apenas pode coordenar as necessidades pulsionais com as defesas e as adaptações, os dados internos hereditários e adquiridos com as realidades externas, as possibilidades caracteriais e estruturais com as necessidades relacionais.”

Bergeret, J., 1996, p. 20.

“(...) qualquer pessoa se encontra num «estado normal», quaisquer que sejam os seus problemas pessoais profundos, mas consegue organizar-se com isso e adaptar-se a si mesmo e aos outros, sem se paralisar interiormente numa prisão narcísica e não se fazendo rejeitar pelos outros, apesar das inevitáveis divergências ocorridas nas relações com eles.”

Bergeret, J., 1996, p. 21.

É fácil de conceber que o autor não remete somente para as características individuais, normais e/ou patológicas de um indivíduo, pré-existentes, porventura, mas para a sua capacidade de se adaptar a «si próprio» e ao «meio» onde se insere. Interessante notar que apesar do conceito «normalidade» levantar, sempre que se aborda, alguma dissensão, na forma como o apresenta Bergeret, não remete diretamente para a abordagem matemática e estatística, utiliza-o num plano bem mais alargado e maturado.

Bergeret resume formidavelmente o que expus antes (1996, p. 21):

“O verdadeiro indivíduo «saudável» não é simplesmente alguém que se declara como tal, nem, sobretudo, um doente que se ignore, mas um sujeito que conserva em si tantas fixações conflituais quanto as outras pessoas, e que não teria encontrado no seu caminho dificuldades internas ou externas superiores ao seu equipamento afetivo hereditário ou adquirido, às suas faculdades pessoais defensivas ou adaptativas, e que se permitiria um jogo bastante flexível das suas necessidades pulsionais, dos seus processos primário e secundário, nos planos quer pessoais quer sociais, tendo em justa conta a realidade, e reservando-se o direito de se comportar de forma aparentemente aberrante em circunstâncias excecionalmente «anormais».”

Considerando a riqueza desta explanação, as estruturas, as grandes estruturas definidas pelo autor (Estruturas Neuróticas e Estruturas Psicóticas), podem em qualquer momento da sua vida, seja por que circunstância for, «entrar» na patologia mental, incluindo a psicose, e que, um doente mental – psicótico - bem e precocemente tratado, conserva todas as hipóteses de vir a estar numa situação de «normalidade» - parece-me, no mínimo, controverso, mas ambicioso. A pretensão de mais um capítulo que pode parecer paralelo ao que trato, não o é de todo, pretende primeiro ser abrangente, para todos aqueles que reduzem a sintomatologia ao paradigma biomédico, e afirmar que falamos apenas de “normalidade” e que, os mecanismos de defesa para que esta “normalidade” seja conseguida, tem um custo, que pode ser a integração completa e satisfatória do indivíduo consigo próprio e em sociedade, portanto do lado do “haver”, mas por outro lado pode transformar-se, desviar-se para um conjunto de “queixas” e descompensações que o levarão, porventura, à procura de um médico especialista (e.g. Otorrinolaringologista), do lado do “deve”. Só pela normalidade poderemos aceder aos pressupostos da anormalidade – sendo que esta anormalidade não remete para o desvio do padrão do normal, mas pela dificuldade do indivíduo aceder ao seu próprio conforto – estar de bem consigo e com os outros.

1.4. Patologia e Normalidade

O campo da patologia e da normalidade na abordagem psíquica tem como pressupostos variados fatores determinantes que advém do próprio estado do indivíduo no aqui e no agora -

o seu nível de maturação psíquica, o seu grau, nível de confrontação, as fixações que adquiriu ao nível do desenvolvimento psicosssexual, o fator ambiental, o fator genético, as relações, etc. Estes servirão de ferramentas individuais de investitura e de defesa da dinâmica de vida. Em determinados momentos o «corpo» como sustentáculo e fronteira entre o mundo e o eu responde com desconforto e/ou prazer - no desconforto sentindo todos os efeitos e derivações corporais (sintomas) que possamos imaginar. Noutros momentos os determinantes «intrapsíquicos», portanto, não palpáveis, como sustentáculo e fronteira entre o mundo e o eu encontram formas de «defesa» e de «ataque» que remetem para a própria gestão psíquica do sujeito, que dependente do estado em que se encontra (mais ou menos regressivo, mais ou menos fixado), compensam ou descompensam rumo ao fatalismo dos «destinos» próprios de cada indivíduo.

Canguilhem (citado em Bergeret, J., 1996, p. 24) definiu a doença como “a redução da margem de tolerância em relação às infidelidades do meio.” «Normalidade» seria também sinónimo de «adaptação» e esta ideia comporta matizes que permitiriam considerar como mantidos nos limites do «normal» alguns estados considerados por outros «patológicos», na medida em que estes estados podem exprimir uma relação de «normatividade» com a vida particular do sujeito.

Iniciando, se possível fosse, uma «terapia de primeira instância», portanto de cuidados primários, seria definidor e construtivo que preconizássemos junto de Chiland (citado em Bergeret, J., 1996, p. 26) que tão sabiamente nos diz, “o nosso objetivo não é necessariamente tornar a criança conforme ao que o seu meio, família, escola ou sociedade esperam dela, o nosso objetivo é o de a tornar capaz de aceder, como o menor número de limitações possíveis, à sua autonomia e à sua felicidade.” Dentro de todos estes matizes que atravessam a

normalidade e a patologia o que deveríamos pretender, ou vislumbrar, seria a felicidade do ser humano com todas as suas particularidades e idiosincrasias.

A forma de pensar dos psicopatologistas sofreu uma viragem com Freud, dos seus Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade (1905), da sua Formulação de Dois Princípios do Funcionamento Mental (1911) e das suas Cinco Psicanálises (1905 a 1918) podemos reter três postulados:

1. Toda a psicologia do adulto tem as suas fontes nas dificuldades vividas ao nível do desenvolvimento da sexualidade infantil;
2. São as pulsões recalcadas, sexuais e agressivas, que criam os sintomas;
3. A forma como é vivenciada a fase organizadora da personalidade (ou seja, o Édipo) depende essencialmente das condições do meio.

O tipo teórico erótico-obsessivo-narcísico representaria no fim de contas, diz Freud, a «absoluta normalidade, a harmonia ideal». As grandes estruturas autênticas sólidas, fixas e definitivas (psicóticas ou neuróticas) e, por outro, organizações intermediárias (estados limites) menos especificadas de forma durável. No que diz respeito ao grupo designado como intermediário, logo veremos como não parece fácil encarar uma real «normalidade»,” (...) por causa dos enormes contra investimentos energéticos antidepressivos e permanentes (precisamente por causa da precariedade da adaptação às realidades internas e externas) e, no final de contas, da instabilidade destas organizações, não realmente estruturadas no sentido definitivo e pleno do termo” (Bergeret, J., 1996, p. 29).

1.5. A Normalidade Patológica

Ao abordar este «quadro», entramos à partida num paradoxo. Como pode a patologia promover a constância integradora e efetiva no mundo, de forma mais ou menos organizada sem ser a expensas da «hipernormalidade» e por outro lado como pode a normalidade conceber-se ou aceitar em si, ou aproveitar em si «partes patológicas» para a manutenção da «normalidade aparente». A sua discussão reveste-se de interesse para este estudo na medida em que os «arranjos» utilizados para a manutenção da «normalidade» passam em inúmeros casos pela afetação dos estados de ânimo que interferem reciprocamente na energia vital criando a sintomatologia de descarga somática. É uma «fórmula» simples, parece, mas que não carece de muito exercício lógico para a sua compreensão. A forma compensatória encontra lugar nas personalidades ditas «pseudonormais» que não se encontram muito estruturadas no sentido neurótico ou no sentido psicótico: elas constituem-se, de forma por vezes bastante durável mas, contudo, sempre precária, segundo arranjos diversos, não verdadeiramente originais, que obrigam estes sujeitos, a fim de não descompensarem, por exemplo na depressão, a «brincar às pessoas normais», muitas vezes mesmo até ao «hipernormal» mais do que ao original.

Para Bergeret (1996, p.32), “As verdadeiras estruturas não dão origem a personalidades «pseudonormais» mas, consoante se mantêm ou não fora das ruturas patológicas, podem conduzir sucessivamente àquilo que, com Canguilhem (citado em Bergeret, J., 1966), definimos como estados sucessivos de adaptação, desadaptação, readaptação, etc”.

Poderei, em resumo, descrever numa dimensão semiológica as características que se referem a estas personalidades «pseudonormais», «*as if*», com a ajuda de Deutsch (citado em Bergeret, J., 1996):

- **Hiperatividade reativa;**
- **Apego aos objetos externos**, aos pensamentos do grupo com dependência afetiva, sem contudo permitir um desinvestimento objetal sério;
- **Grande labilidade** aos conflitos exteriores;
- **Pobreza afetiva e pouca originalidade**, dada a mobilidade dos investimentos e seu nível superficial.

Formas clínicas variadas no seio destas atitudes, segundo David (citado em Bergeret, J., 1996):

- **Tendência para somatizar** – nos elementos caracteriais;
- **Sobrevalorização da ação** – no aspeto patológico inaparente do narcisismo (Superego formalista, Ideal do Ego sádico, necessidade de êxito a qualquer preço);
- **Necessidade de hiperadaptação à realidade** – encorajada pela sociedade, na vertente, de fato carencial da adaptação;
- **Erosão das pulsões** - no desespero subjacente e no lado artificial das aparentes sublimações.

Tendo em conta o «estar» e as formas clínicas descritas acima, verificamos claramente que antes do «drama sintomático», existe todo um corpo que aparentemente e simbolicamente

é responsável pelo estado final de impasse da dinâmica diária e que na maioria dos casos é o último ponto de referência para a procura de auxílio junto do médicos e de outros profissionais de saúde. Se os médicos que procuram, em vão, uma doença orgânica vissem, por vezes o imenso desespero afetivo escondido atrás da aflição corporal do doente e lhe sugerissem seguir uma psicoterapia, talvez estes tivessem outro tipo de encaminhamento e promoção do equilíbrio, sem prejuízo do primeiro. Muitas das vezes graças às suas grandes qualidades e às suas energias volitivas e depressivas, teriam podido reencontrar vias novas e mais estáveis de realização das suas necessidades afetivas reais, que não têm nada de repreensível, nem nada de particularmente terrível.

Mas a maioria dos doentes durante o seu sucesso, isto é, durante o tempo do êxito dos seus dispendiosos contra investimentos narcísicos e antidepressivos (e não de uma adaptação com uma estrutura estável), poderiam ser considerados como relevando de «normalidade»? O preço com que pagam, no plano energético, a necessidade de se sentir reconhecidos como «normais», tanto aos olhos das suas instâncias ideais quanto aos olhos do maior número de semelhantes, este preço, muito alto no plano dos contra investimentos, ainda pode ser colocado no limite dos gastos «normais»? A pobreza dos seus investimentos objetivos, a precariedade do potencial adaptativo das suas defesas, assim como as inibições relativas às suas satisfações libidinais permitiriam permanecer no registo do «normal»? Teriam, em alguma altura das suas vidas, realizado uma organização afetiva centrada nas suas originalidades e nas suas necessidades próprias, em vez de considerarem que a imagem que davam à maioria dos outros e que davam a si próprios era ao nível das exigências ideais, asfixiando os seus desejos e necessidades económicas profundas? A necessidade, sentida como narcisicamente essencial, de se conformarem a um ideal, ou mesmo a uma maioria do «grupo-que-tranquiliza» é garantia de «normalidade»? Estas são questões demasiado

importantes para a definição do conjunto dos «normais» e de uma eventual patologia da normalidade.

1.5.1. Sintoma

Um sintoma é um sinal, uma sensação, um sentimento (interno ou externo) de um incómodo, específico ou difuso, é o final de um percurso que deriva de um começo que progride por «caminhos» sinuosos, que na maioria das vezes derivam de conflitos e/ou de lesões profundas, fixadas e há muito implicadas no ser total, na «*anima vital*». É a exteriorização de um conflito interno, da rutura de um equilíbrio homeostático mais ou menos prolongado. Aqui poderíamos utilizar, também, uma perspetiva histórica que inicia séculos antes de cristo, a abordagem ao sintoma era difusa e generalizada, não especializada – dirigia-se aos «males de espirito». Paradoxalmente era uma abordagem que tinha o «homem global» como fator inevitável de observação, mas que no entanto, se dirigia para o pensamento mítico e mágico. Bergeret (2000, p. 48) define muito bem esta questão:

“(...) no plano científico, não é conveniente comprometermo-nos muito apenas no sintoma, que tem um uso limitado mas útil na forma como foi construído, isto é, ao mesmo tempo, ele é uma manifestação de superfície destinada a exprimir a presença de um conflito, a expressão do retorno de uma parte do recalcado através dos desvios das formações substitutivas ou das realizações de compromisso (entre desejos pulsionais e impossibilidade de os realizar) e, finalmente, também, muitas vezes, formações reativas de contra investimento pulsional, quando a elaboração do sintoma se encontra mais ativa, sem constituir, por isso, uma garantia estrutural neurótica.”

Sintoma é desequilíbrio.

1.5.2. Defesa

As defesas são modos de compensação que permitem ao indivíduo aceder de forma mais adaptativa a momentos em que os constrangimentos psíquicos e/ou físicos abalam a sua forma de ser e de estar contínua, ou seja quando abala os pressupostos do caráter. Os mecanismos de defesa implicados, mais diretamente, nas estruturas principais, ou «grandes estruturas» como as define Bergeret (2000, p. 49) são as seguintes:

- **Estrutura Neurótica:** recalçamento, deslocamento, condensação, simbolização...
- **Estrutura Psicótica:** projeção, recusa da realidade, desdobramento do ego, identificação projetiva...

Quero notar que estes mecanismos não são exclusivos, poderão estar presentes na sua função adaptativa em cada uma das estruturas. O mecanismo defensivo é o modo sintomático.

1.6. Personalidade

Segundo Gordon W. Allport (citado em Hansenne, M., 2003, p.75), “a personalidade é a organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que, no indivíduo, determinam a adaptação específica ao seu ambiente”. Esta definição que nos fala de «sistema» ou de «ajustamento ao

ambiente» pressupõe a maneira de funcionamento de uma personalidade. Parece um sistema organizado que apenas «de dentro» organiza ou se ajusta em função de acontecimentos e episódios. Desta forma num primeiro tempo uma definição mais geral seria mais conveniente e maleável. “(...) a personalidade é o que distingue um indivíduo do outro, é também o que o une ao outro” (Gilliéron, E., 2001, p. 69). Podemos então admitir que todas as personalidades são diferentes umas das outras, mas que será possível definir diferentes categorias de personalidades com base em certos traços comuns. Por exemplo, relativamente a dois eixos: o eixo interpessoal e o eixo temporal. O eixo interpessoal diz respeito às relações entre pessoas de uma mesma geração, semelhanças e diferenças, identidade. O eixo temporal diz respeito às relações entre gerações e ao desenvolvimento do sujeito.

Sem prejuízo de uma análise intrapsíquica *per si*, importa aqui fundamentalmente a personalidade enquanto dimensão de «confronto», portanto *quasi* subjetiva e *quasi* alucinatória e projetiva, parece-me importante ultrapassar também, este raciocínio causalista, simplista, e procurar chegar à constatação de que existe um equilíbrio corpo-espírito determinado por um certo número de fatores, de que os principais são (adaptado de Gilliéron, 2001):

- O funcionamento cerebral,
- O funcionamento dos outros sistemas orgânicos
- A afetividade.

O referido autor refere que (p. 50):

“Este equilíbrio, de tipo homeostático, depende certamente da integridade do sistema nervoso central. Com efeito, conhecemos cada vez melhor o efeito de certas deteriorações cerebrais (cf. António Damásio). No entanto, parece existir uma diferença

*bastante clara consoante estes danos sejam difusos ou localizados. Em caso de dano difuso, o funcionamento psíquico é alterado: o exemplo da síndrome psico-orgânica é prova disso. É caracterizada por perturbações do humor e da cognição e por uma grande sugestibilidade. Conhecem-se também as psicoses tóxicas. Pelo contrário, em caso de dano localizado, as manifestações neurológicas estão em primeiro plano, enquanto as perturbações afetivas não são certas, aparecem sobretudo como «reativas» ao dano cerebral e variam consoante as personalidades. O que designamos por **psiquismo** poderia bem ser o **produto da complexidade cerebral** e não uma função localizada.”*

A partir desta extensa citação poderemos dizer que o psiquismo poderá reagir aos danos corporais e o corpo poderá reagir às perturbações psíquicas. Gilliéron (2001, p. 51) afirma “sabe-se que o corpo, no seu conjunto (pele, sistema gastrointestinal, vestibular etc.), pode ser atingido por perturbações afetivas (doenças psicossomáticas).” Existem fronteiras «internas» e «externas» que simbolizam os dramas sintomáticos, o tipo de personalidade projeta-os através do círculo de relações e do caráter, o qual abordarei de seguida.

1.6.1. Carácter

O carácter é um modo de ser constante, são «padrões» comportamentais que promovem e afloram a personalidade do indivíduo, “é essencialmente o carácter que descreve a maneira pela qual o sujeito gere as suas relações interpessoais” (Gilliéron, 2001, p. 52). É o conjunto das formas individuais de sentir e de reagir e que também distingue um indivíduo de outro. Trata-se de uma maneira de ser constante, enquanto o humor é uma disposição passageira. Só um carácter patológico se intra-relaciona constantemente (modo autístico, p.e.), a relação é

inevitável para as dinâmicas de uma personalidade madura, estruturada e no caminho para a confrontação relacional. O modo relacional pressupõe o contato, agradável, friccionado e lábil, “o carácter está na fronteira do mundo intrapsíquico e do mundo relacional.” (*idem*). Nesta aceção, a estrutura define-se em termos metapsicológicos (teóricos), é invisível, ao contrário do carácter que se manifesta nas relações interpessoais. O carácter é uma das manifestações visíveis da estrutura. “A tese fundamental é a de que o carácter de um indivíduo se lê nas reações do círculo de relações. Estas reações são inconscientemente antecipadas pelo sujeito, que se vê assim fortalecido nos seus *fantasmas*.” (*ibidem*). Existe sempre um pré-mundo de atuação que é reforçado pela repetição das manifestações relacionais, «compulsão à repetição» (Freud, S., 2000).

1.6.2. Organização Intrapsíquica

A organização intrapsíquica é definida por todos estes fatores que se interrelacionam e interagem, a noção de estrutura da personalidade é especificamente psicanalítica, próxima das conceções de Kernberg ou de Bergeret; segundo este último, podemos defini-la desta forma (Bergeret, J., 1996, p. 60):

“A estrutura de base da personalidade corresponde ao conjunto de mecanismos psíquicos intervenientes em toda a originalidade individual e, ao mesmo tempo, também ao modo como esses mecanismos habitualmente entram em interação uns com os outros, de maneira específica e latente”

Poderemos resumir de forma esquemática que a personalidade é (Gilliéron, E., 2001, p. 53):

“Uma noção global que compreende o conjunto dos elementos que fazem a originalidade do indivíduo (fundamentos biológicos, relações com o meio, aparelho psíquico); o carácter é a manifestação da subjetividade do indivíduo nas relações com o ambiente e a estrutura diz respeito à organização intrapsíquica do homem.”

Seguramente que esta organização compensada, tem sempre um potencial imenso de descompensação e, essa paradoxalmente, poderá não ter só que ver com mecanismos psíquicos, mas com fatores que derivam do próprio constructo biológico do ser humano e que não é da sua responsabilidade. O intrapsiquismo é o jogo aparente, que quando vislumbrado nos dá a chave para a organização dinâmica e potencialmente forma a perspectiva de um melhor confronto.

1.6.3. Hereditariedade

A hereditariedade pode ser definida como “um mecanismo de transmissão de particularidades normais ou patológicas que preexistem ao desenvolvimento individual e não modificáveis pela influência do meio” (Gillieron, E., 2001, p. 54). A hereditariedade existe essencialmente sob a forma do que se designa por «constituição» e de um plano inato de maturação (potencialidades desenvolvimentais à nascença). A «constituição» designa a estrutura do corpo e a respetiva disposição das suas diferentes partes, estando aí compreendido o psiquismo, sob a influência acumulada da hereditariedade e do meio, no decurso dos primeiros estádios do desenvolvimento e, sobretudo, dos estádios embriológicos. No que diz respeito à personalidade, possuem-se apenas informações muito fragmentárias e insuficientes sobre a hereditariedade dos traços de carácter, do temperamento ou sobre a

hereditariedade dita normal, na medida em que a influência do meio desempenha sempre um papel importante. Podemos sempre abordar a questão filogenética, como herança dos traços dos antepassados – questão muito presente nos estudos freudianos.

1.6.4. Gênese da estrutura de base

Obliterando as características inatas, portanto, hereditárias, o indivíduo desenvolve-se no confronto com três dimensões, o eu, o outro e o mundo – este desenvolvimento é um ato agressivo na sua natureza, como afirma Winnicott. Se se afigura incontestável que, como mostra Melanie Klein (citado em Winnicott, D., 2005, p. 62):

“a criança já tem a verdade enterrada e fragmentada do homem que será, é, não obstante, igualmente certo que o adulto conserva, por seu lado, a verdade enterrada e fragmentada da criança que foi, e, diria mesmo, ainda a nostalgia da criança que não pôde ser. A presença de tais resíduos obscuros, nem sempre bem integrados, junta-se assim para constituir uma carga projetiva e explosiva pouco suspeita, para as hipóteses criadas pela alucinação negativa de uma felicidade infantil sempre mais completa do que foi, fantasmas obrigatoriamente retocados, evidentemente, posteriormente, e repotencializados, ao mesmo tempo, quer pelas experiências quer pelas frustrações genitalizadas da puberdade e da maturidade.”

É apenas através da observação repetida no tempo, que a compreensão da evolução dos elementos operacionais e relacionais (efémeros ou constantes) do Ego poderá conduzir a uma avaliação securizante ou inquietante dos limites das várias hipóteses de prognóstico e das oportunidades ou riscos do sujeito quanto ao seu futuro.

Como tal defino aqui resumidamente o ponto de vista psicogenético, segundo Bergeret (2000):

1. *Numa primeira fase* partimos de estados iniciais do Eu do bebé, na sua indiferenciação somatopsíquica. O Eu aos poucos distingue-se do não Eu, existe plasticidade às influências exteriores narcísicas, tóxicas e maturativas;
2. *Numa segunda fase* assistir-se-ia a uma espécie de «pré-organização» já mais específica, as relações com os pais continuam fundamentais. Juntam-se-lhes progressivamente, ao sabor das circunstâncias, as relações com os outros. Tudo isto se repercute no psiquismo em formação, através de conflitos, de frustrações, de traumatismos, mas também de seguranças anaclíticas e de identificações positivas. As defesas começam a organizar-se de forma cada vez menos flutuante e intermutável. Existem ameaças criadas tanto no exterior como no interior, tanto pela realidade como pelas pulsões.
3. *Uma terceira fase*, constitui-se, então, levando a uma verdadeira estrutura de personalidade, isto é, a um ego autêntico, que não poderá mais modificar-se nem mudar de classe fundamental, mas apenas adaptar-se ou desadaptar-se e isto de forma definitiva ou reversiva, segundo uma linha de organização estrutural imutável. Se o indivíduo não for submetido a provas demasiado fortes, internas ou externas, enquanto não sofrer traumatismos afetivos demasiado intensos, enquanto não sofrer frustrações e não se sentir vítima de conflitos demasiado intensos, não estará «doente», embora se mantenha numa estrutura psicótica ou neurótica.

Há toda uma narrativa contínua que inicialmente se vai produzindo, e cada vez que a história se preenche de passado transforma-se numa recapitulação cumulativa de fixação traumática ou de deslocamento produtivo.

1.7. As Grandes Estruturas de Base

Sem pretender deter-me na descrição das grandes estruturas de base que preenchem os matizes intrapsíquicos que vão das classes estruturais neuróticas às psicóticas, referencio-as apenas, como forma de diferenciação. Um dos postulados aparentemente científicos via no paciente psicótico, em geral, uma perturbação orgânica e incurável, pois não se conheciam quaisquer resultados num paciente deste tipo. Por outro lado, o paciente dito «neurótico» era um doente psíquico e se, eventualmente, se atenuava nesse caso a parte reservada à organicidade, era para aumentar imediatamente e na mesma proporção a parte do «imaginário» (no sentido pejorativo do termo), para não chamar da simulação, mais ou menos atribuída à má vontade do sujeito. Este era o doente designado por Freud como um estorvo para a medicina em geral. Ele poderia curar-se, mas «se ele o quisesse»; se, pelo contrário, não aceitasse mostrar-se amável e compreensivo, obedecer às «ordens» de cura, era porque manifestava agressividade em relação aos cuidadores infalíveis. “Por fim, colocava-se numa casa de saúde, ou então procurava-se escondê-lo numa alcova ou num asilo, para mascarar tanto a impotência dos terapeutas e dos familiares, como para satisfazer a cólera destes.” (Bergeret, J., 1996, p. 69).

Uma breve nota para nos aproximar dos doentes que padecem, que se queixam do «zumbido». Preenchem, na sua maioria, critérios de estrutura neurótica – uma forma de depressão, também – portanto a incapacidade momentânea do ego na confrontação com a sua própria subjetividade, com o seu próprio corpo. Não tenho experiência clínica com doentes do foro psicótico a este nível, mas claramente se vislumbra que no doente psicótico os zumbidos remetem de forma direta para os seus delírios e confundem-se, confundindo-nos.

Defino os principais critérios de classificação, próximo das referências de Rangell (citado em Gilliéron, E., 1965), semelhantes para todas as categorias examinadas e essencialmente centrados em quatro fatores:

- A natureza da angústia latente;
- O modo de relação de objeto;
- Os mecanismos de defesa principais;
- O modo de expressão habitual do sintoma.

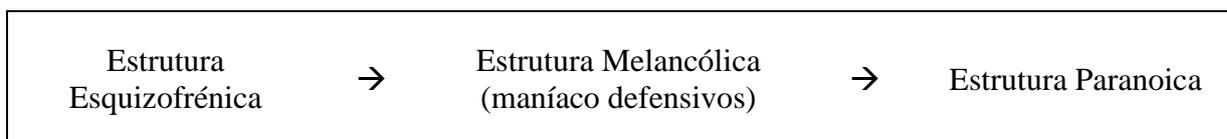
Expressar-me-ei no sentido psicogenético e na forma de gravidade maior para a menor em função dos arranjos «normalizados».

1.7.1. A Classe Estrutural Psicótica

“Só mediante o reconhecimento do longe no próximo se mitiga a alienidade: incorporando-a na consciência.”

Adorno, T., 2001, p. 186.

A classe psicótica tem o seu ponto de partida a nível das frustrações muito precoces, tendo a sua origem, “no mais essencial, no polo materno, no que respeita a frustrações mais primitivas, bem como às induções pulsionais particularmente tóxicas, sem para-excitação suficiente” Bergeret (1996, p. 72). As primeiras interações com a mãe definirão as vicissitudes do desenvolvimento psíquico. Compreende:



Prosseguindo na evolução psicodinâmica, diria que as defesas se vão «cristalizando» criando um invólucro de defesas regressivas que tendem para a dissociação do eu, via fragilização de um ego cada vez mais dependente das instâncias pulsionais. Na adolescência o indivíduo, conservaria ainda uma pequena hipótese de ver o eixo de evolução do ego em formação, deixar a classe psicótica, ainda não completamente fixa, e ir mobilizar a sua progressão posterior no quadro de uma estrutura neurótica. Para que isto aconteça as oportunidades são efémeras e só circunstâncias especiais as podem desenhar, p.e.:

- Experiência afetiva espontânea e bastante intensa, para se ressituar, de uma só vez, bem no meio da tempestade da adolescência, num contexto interior e exterior edipiano, pela primeira vez verdadeiramente significativo;
- Presença de elementos altamente reparadores de falha narcísica primária;

- Encontro amoroso maravilhoso ou apenas de uma experiência conflitual dramática que induza uma recuperação dos fantasmas triangulares e genitais mal pressentidos até então.

Ao nível da linguagem devemos-nos direcionar para a música profunda da melodia verbal e não para o simples aspeto visível das palavras que ela suporta. A este nível a linguagem, adorada como objeto em si, cessa, ao mesmo tempo de ser utilizada como meio de comunicação e de ceder às exigências variáveis das relações objetais.

As classes estruturais psicóticas, têm em comum a angústia de fragmentação ego/não ego, no entanto, existe uma especificidade na esquizofrenia, num receio particular ligado à impossibilidade de constituir um verdadeiro ego, suficientemente autónomo e unificado.

A relação objetal orienta-se para o autismo, recuperação narcísica primária. A relação parental primitiva e significativa revela-se de tipo simbiótico com a mãe; para além de uma certa toxicidade maternal (Bergeret, J., 1996, pp. 89-90).

Nas subestruturas relacionadas à constelação psicótica, a saber a estrutura paranoica e melancólica, vou resumi-las de seguida – saliento que o objetivo deste trabalho não é o de problematizar e teorizar acerca destas dimensões, apenas descrevo para alicerçar e enriquecer a discussão dos resultados.

A estrutura paranoica:

- Tem um ego claramente distinto do não ego;
- Só se autonomiza numa dependência agressiva em relação ao objeto e a um ideal do Ego;
- Inadaptado, persegue quimeras irreais e defensivas;
- Retorno das pulsões e retorno contra si.

A estrutura melancólica:

- Falha do Eu e do Ideal de Si;
- Angústia em que o sentimento de que o objeto está perdido constitui agora a ameaça imediata de fragmentação, de forma mais «saudável» a angústia referia-se ao risco de perda de objeto e a simples depressão consecutiva.

Claramente na estrutura psicótica existe uma luta entre as pulsões e a realidade, o indivíduo no seu confronto com esta realidade, «demite-a», não a resolve, não tem «capacidade» de sofrer com ela ultrapassando-a, fica fixado na sua própria realidade e nos seus objetos internos (bons e maus).

1.7.2. A Classe Estrutural Neurótica

“What, then, is melancholy? It is hysteria of the spirit.”

Kierkegaard (1992, p. 499).

Segundo o “Vocabulário da Psicanálise” de Laplanche e Pontalis (1990, p. 251), neurose é definida como “afeção psicogénica em que os sintomas são uma expressão simbólica de um conflito psíquico que tem as suas raízes na história infantil do indivíduo e constitui compromissos entre o desejo e a defesa.” O termo neurose foi introduzido por William Cullen um médico escocês em 1777. O uso constante no decorrer do século XIX será o de classificar sob o nome de neurose toda uma série de afeções que poderíamos caracterizar do seguinte modo:

- a) É-lhes reconhecida uma sede orgânica definida (...);
- b) São afeções funcionais, isto é, «sem inflamação nem lesão da estrutura»;
- c) São consideradas doenças do sistema nervoso.

Axenfeld (citado por Laplanche J. & Pontalis, B., 1990, p. 254) afirmou que:

“toda a classe das neuroses foi fundada numa concepção negativa; ela nasceu no dia em que a anatomia patológica, encarregada de explicar as doenças pelas alterações dos órgãos, se encontrou diante de um certo número de estados mórbidos cuja razão de ser lhes escapava.”

Acrescentaria que continua a escapar, pelo menos na prática, porque na teoria muito existe e existirá mas não passa de uma moda que nunca passa e serve para alimentar egos que nada fazem e não tem ousadia para os contemplar e compreender.

Tecnicamente, a classe estrutural neurótica sofreu fixações pré-genitais, esta operação desenrola-se durante a infância, realiza-se segundo a economia genital, na medida em que o jovem pré-neurótico pode, de forma mais feliz que o jovem pré-organizado psicoticamente, aceder à triangulação genital sem frustrações demasiado pesadas e precoces, nem fixações pré-genitais anteriores demasiado severas. O período da latência vai operar aqui, também, e como o próprio termo indica, uma paragem momentânea da evolução estrutural. Se no momento da adolescência os conflitos internos ou externos, se manifestam de forma demasiado intensa, o Ego pode deteriorar-se e dirigir-se a sistemas relacionais ou defensivos mais rudimentares, ultrapassando a economia pulsões-Superego de tipo especificamente neurótico. Então a classe estrutural neurótica é caracterizada pela organização da

personalidade sob o primado genital e decorre desta posição central. Existem da mesma forma caracteres que advêm desta posição e o Superego propriamente dito só tem papel principal nas estruturas neuróticas; a angústia específica das organizações neuróticas não toca o perigo de fragmentação, refere-se à ameaça de castração. A regressão neurótica, em caso de acidente mórbido, prende-se mais com a libido do que com o Ego.

A formação de sintomas nas neuroses são defesas, sinais de alarme, podem ter modo psicótico mas não será tratado neste estudo, surgirá por vezes na via do diagnóstico diferencial e explicativo. O que quer que eles sejam transportam sofrimento e obriga a atenção.

Proseguimos na insistência da formação do sintoma com «modo neurótico», termo utilizado por Bergeret (1996). No interior destas classes, que estão bem definidas, os sujeitos defendem-se contra a descompensação através de uma economia própria e aos seus diferentes fatores subjetivos e, como tal, originais, o que colorirá, os seus comportamentos relacionais de elementos singulares. O sintoma neurótico corresponderá a uma conversão histérica, a um ritual obsessivo ou a um comportamento fóbico.

De salientar que esta organização estrutural não varia se os seus mecanismos permanecem estanques, se um sujeito desta classe fica doente, só o poderá ser segundo um ou outro dos modos neuróticos autênticos: a neurose obsessiva ou a histeria (de angústia ou de conversão), correspondentes às duas únicas estruturas que encontramos no seio da classe estrutural neurótica.

O conflito neurótico situa-se entre o superego e as pulsões; funciona no interior do ego. Do ponto de vista Freudiano podemos definir a neurose do seguinte modo:

- Expressão simbólica dos sintomas;

- Realização de um compromisso entre as pulsões e as defesas;
- O estatuto intrapsíquico do conflito entre Ego e Id;
- Aspeto parcial das regressões e das fixações;
- Carácter objetal conservado na libido;
- Função do fantasma que deforma mas nunca nega a realidade.

A defesa neurótica característica, foi longamente descrita por Freud sob o vocábulo *Verdrängung*, traduzida por recalçamento; existem outros mecanismos acessórios que ajudam a este recalçamento segundo algumas variedades neuróticas, descritas já acima, no entanto, nunca é feito apelo à recusa da realidade, esta pode encontrar-se transformada pela elaboração defensiva, contudo continua a não ser recusada. As exigências do princípio do prazer ficam sempre mais ou menos submetidas ao princípio da realidade. A fantasmaticização e os sonhos correspondem a satisfações pulsionais alucinatórias interditas pelo superego e têm, traços de conflitos e das defesas, ainda que alucinados; são compromissos funcionais, tal como o sintoma constitui um compromisso patológico. A neurose é a falência dos esquemas intrapsíquicos de adaptação.

Classe Neurótica: Estrutura Obsessiva → Estrutura Histérica.

O conflito neurótico situa-se entre o superego e as pulsões; funciona no interior do ego. O ego é completo na economia neurótica, mas pode permanecer distorcido, nos seus diferentes níveis de funcionamento, quer em consequência de dificuldades originadas na altura do Édipo, quer por causa de fixações pré-genitais que vêm perturbar a elaboração genital tardia; mas

nunca é clivado, como acontece nas organizações psicóticas. A angústia específica das organizações neuróticas não toca, de forma alguma, o perigo de fragmentação, refere-se à ameaça de castração, tal como esta angústia de castração determina, em compensação, a classe neurótica. “A regressão neurótica, em caso de acidente mórbido, prende-se mais com a libido do que com o Ego, embora ela nunca atinja o nível das regressões pré-genitais maciças das estruturas psicóticas” (Bergeret, J., 1996, p. 106).

Como afirmei, a defesa neurótica característica é o «recalcamento» *verdrängung*. Nunca é feito apelo à recusa da realidade, afirmando-a, aceitando-a na angústia.

Relativamente à linguagem, na estrutura neurótica, é mantida a coesão entre continente e conteúdo.

Se me é permitido, gostaria de tratar o termo neurose apenas e só como afeção funcional, sem «inflamação nem lesão de estrutura» do órgão e, com carácter prático, quero dizer transportando para a terapêutica um conjunto de pressupostos que ajudam o doente, efetivamente e, não se ocupa, propositadamente, com a discussão teórica fundamental. Apenas pretendo designar um traumatismo que está na origem de uma lesão psíquica, subjetiva cuja manifestação visível é a neurose, o sofrimento individual. A descrição das histerias, neuroses, psicoses – doenças do aparelho mental, estão já devidamente descritas e catalogadas por diversos autores que com certeza tratam e tratarão melhor o tema numa base descritiva e epistemológica adequada. A minha intenção é dirigir-me aos sintomas que derivam da falha ou da falência no conjunto das forças de confrontação do aparelho psíquico, quer por *deficit* cognitivo, intelectual e ou de natureza meramente caracterial e de personalidade. O interesse vai focalizar-se nas circunstâncias psicológicas nas quais o traumatismo ou o sintoma surge, sendo então os três fatores que se seguem complementares:

- Uma certa fragilidade psicológica;

- Um traumatismo externo;
- Uma predisposição hereditária e/ou filogenética.

É interessante acercarmo-nos da razão atual para o surgimento da queixa, situando-nos no aqui e no agora e na forma como o doente se relaciona consigo e com o meio que o rodeia. Freud (2001c, p. 127) na “Conferência 23”, “Os caminhos para a formação de sintomas” diz-nos:

“Os sintomas – e claro que estamos aqui a tratar de sintomas psíquicos e de doenças psíquicas – são atos prejudiciais, ou pelo menos inúteis, para a vida do sujeito como um todo, de que ele muitas vezes se queixa e que lhe provocam desprazer e sofrimento. O maior prejuízo que causam reside no dispêndio mental que eles próprios envolvem e ainda no dispêndio que se torna necessário para lutar contra eles.”

Ora, quer seja por fragilidade atual ou se quisermos traumática ou por fragilidade acumulada e regressiva advinda de processos de recalçamento ou de falhas no processo adequado do alimento narcísico, temos o doente com sintomatologia invasiva e o desequilíbrio pode surgir em diversas fases do desenvolvimento psíquico do indivíduo. Gilliéron (1996, p. 47), diz-nos, “desde logo, compreende-se a fragilidade deste equilíbrio global e a importância dos riscos a que o indivíduo se expõe: um dano biológico, uma dificuldade relacional, ou uma perturbação da organização do aparelho psíquico podem provocar uma crise e isto em cada uma das fases do desenvolvimento.

Freud ainda na “Conferência 23” (2001c, p. 136) afirma, “os sintomas substituem uma mudança no mundo externo por uma mudança no corpo do sujeito: estabelecem um ato interno em lugar de um externo, uma adaptação em lugar de uma ação – mais uma vez algo

que corresponde, filogeneticamente, a uma regressão altamente significativa.” O sintoma é um compromisso, e a neurose advém desse compromisso regressivo que encontra a satisfação, momentânea (e torna-se crónica – impasse) num qualquer fenómeno de conversão que poderíamos nomear nosologicamente e que poderão ser imensos, quer pela via da inervação de um qualquer órgão, quer pela paralisia de outros, por exemplo. “Onde há uma formação extensa de sintomas, estes dois tipos de dispêndio podem resultar num empobrecimento enorme do sujeito em relação à energia mental de que dispõe, deixando-o assim paralisado para todas as tarefas importantes da vida” (*idem*). E aqui reside o problema, a procura do auxílio médico depara com a barreira da não sustentação material (Freud, 2001c, pp. 64-65):

“Na verdade os neuróticos são uma complicação indesejada, um estorvo, tanto para a terapêutica, como para a jurisprudência ou o serviço militar. Mas eles existem e são problema particular da medicina. A educação médica, porém, não faz nada, literalmente nada, no sentido de os entenderem e tratarem. Perante a íntima ligação entre as coisas que distinguimos como físicas e mentais, podemos esperar que um dia os caminhos do conhecimento e da influência se alarguem, levando da biologia orgânica e da química ao campo dos fenómenos neuróticos. Esse dia parece-me distante e para já essas doenças são-nos inacessíveis sob a direção da medicina.”

Toda a terapia que remeta para a palavra e para a explicação dos sintomas numa base subjetiva depara com um conjunto de problemas inerentes à cultura do doente – não temos só a invasão da sintomatologia como uma nova realidade a enfrentar pelo indivíduo, mas também a falta de compreensão com base em conceitos etiológicos não palpáveis e que não dependem de sustentação biológica ou psicofarmacológica; exige trabalho psíquico na nova realidade, o que torna o caminho iminentemente difícil. De salientar como sustenta Bergeret (1996), nunca em nenhum momento é recusada a realidade nos doentes neuróticos, mesmo na

sua forma parcial, esta realidade pode encontrar-se transformada pela elaboração defensiva, contudo, continua a não ser recusada. As exigências do princípio do prazer ficam sempre mais ou menos submetidas ao controlo do princípio da realidade. A representação perturbadora, desligada do afeto correspondente, sofre uma conversão, tendo valor simbólico num registo somatizado.

Resumidamente e utilizando as definições de Kernberg (2006, p. 34), descrevo as características que me parecem fundamentais, presentes no doente neurótico:

- Identidade do ego normal:
 - ✓ capacidade de estabelecer relações de objeto profundas;
- Força do ego:
 - ✓ tolerância à ansiedade;
 - ✓ controlo dos impulsos;
 - ✓ presença da função simbólica;
 - ✓ eficácia e criatividade no trabalho;
 - ✓ capacidade de atingir um amor sexual e emocional.

Esta estrutura destabiliza-se por sentimentos de culpa inconscientes, representados em padrões patológicos específicos de relação e interação na intimidade sexual, daí o seu carácter libidinoso.

1.7.2.1. *Estrutura obsessiva*

“Estou em pé. Aqui como uma estátua romana, ficarei em pé. Até que a morte me faça de mármore.”

Busy D’Ambroise (citado em Poe, E., 2003, p. 24).

É uma estrutura considerada a mais regressiva das estruturas neuróticas e a menos regressiva das estruturas psicóticas. Bergeret (1996, p. 108) defende que:

“Na estruturação de modo histérico a representação perturbadora, desligada do afeto correspondente, sofre uma conversão, tendo valor simbólico num registo somatizado, enquanto na estruturação de modo obsessivo, a representação pulsional conserva sempre uma tendência para desligar do seu afeto correspondente, que secundariamente se liga a representações menos conflituais, nas quais já não se poderá reconhecer a pulsão original.”

Outra espécie de fixação e outros movimentos regressivos relativos à evolução do Ego conduzem, no plano dinâmico e temporal, as manifestações agidas para as manifestações puramente mentalizadas, o que conduz a uma sobreavaliação constante e defensiva do pensamento. É importante notar que o pensamento nesta estrutura é confundido com a realidade, diria, é uma realidade psíquica muito intensa, que teima em confundir-se com ela própria.

Na neurose obsessiva a representação pulsional conserva sempre uma tendência para se desligar do seu afeto correspondente, o próprio afeto irá secundariamente ligar-se a outras

representações menos conflituais, nas quais já não se poderá reconhecer a pulsão original. Enquanto a estrutura obsessiva permanecer compensada este mecanismo manter-se-á discreto, nos limites dos comportamentos comuns da vida, ou mesmo nos comportamentos caracteriais; no limite os obsessivos pretendem conservar a aparência da legitimidade e da banalidade.

Contrariamente ao que acontece na histeria de angústia, por exemplo, aqui o recalçamento numa primeira fase é bem-sucedido, o conteúdo ideático é rejeitado e o afeto desaparece. Surge na consciência uma função substitutiva, o recalçamento, aqui, provoca uma retirada da libido (procura do prazer ou evitamento do desprazer) fazendo uso da formação reativa intensificando-o no oposto. O afeto desaparecido retorna na sua forma transformada pela ação do superego, transformando-se em angústia social, angústia moral (autocríticas ilimitadas). A demarcação desta neurose relativamente às anteriores preconiza a forma do recalçamento de uma forma prolongada, estéril e por vezes interminável.

O substituto e o sintoma não coincidem nesta psiconeurose.

1.7.2.2. Estrutura Histórica

Constitui a malha mais elaborada em direção à maturidade. Exige contra- investimentos mais fortes e constantes, mas sempre tendo em conta a realidade «profunda» e a maneira de a transformar. A descompensação é tratada recorrendo ao próprio mecanismo histórico, quero dizer, sofre repercussões ao nível da angústia que encontra a sua saída no corpo. A característica principal do modo de estruturação histórico, é a força da componente erótica, cujos aspetos dominam a vida da histeria e as experiências relacionais diversas.

1.7.2.3. A estrutura histórica de angústia ou Histerofóbica

“A imaginação, o pensamento podem ser máquinas admiráveis em si mesmos, mas podem ser inertes.

O sofrimento põe-nos em andamento.”

Proust, M., 2003, p. 231.

Vamos iniciar no campo da pulsão, do *trigger* inicial para o desencadear da aceitação ou não pelo ego. Neste caso específico da histeria de angústia, acontece que depois do recalçamento o impulso desaparece da consciência; a criação de um substituto do componente da ideia, ou seja do representante pulsional, acontece por meio do deslocamento. De salientar que o componente quantitativo – importante para o desencadear do processo de recalçamento, sabem que o seu abaixamento facilita a entrada na consciência, visto o carácter angustiante ou repulsivo deixa de estar presente – não desapareceu, apenas foi transformado em angústia. Esta dimensão da psiconeurose falha no seu processo de recalçamento, foi mal sucedido, o que fez foi afastar e substituir a ideia, falhou no seu objetivo primeiro, o de evitar o desprazer. Por esta razão o trabalho da neurose também não acaba. Este modo de estruturação histórica é o mais regressivo dos dois modos.

O modo mais regressivo das estruturas históricas. Portanto estrutura histerofóbica.

O recalçamento, apesar da sua importância, não é totalmente conseguido: existe um certo grau de insucesso deste mecanismo e deve apelar-se aos mecanismos acessórios e satélites: a pulsão perturbadora que reaparece é, primeiro, deslocada sobre um objeto menos evidente, as

ruas, por exemplo, em vez das raparigas (das ruas); depois deste deslocamento de um objeto interior para um objeto exterior acrescenta-se então um evitamento desse objeto exterior: a fobia das ruas neste caso.

1.7.2.4. *A estrutura histórica de conversão / Regressão psicossomática*

“Os acontecimentos mais ricos ocorrem em nós muito antes que a alma se aperceba deles. E, quando começamos a abrir os olhos para o visível, há muito que já estávamos aderentes ao invisível.”

D’Annunzio (citado em Bachelard, G., 2002, p. 18).

A conversão somática de natureza autenticamente histórica é caracterizada pela focalização, de um investimento libidinal, simbolizado, retirado das representações amorosas respeitantes ao progenitor do sexo oposto, mais angustiantes, portanto, porque mais interditas e culpabilizantes. Esta focalização somática corresponde, portanto, a um deslocamento sobre uma parte do corpo, não escolhida ao acaso mas designada, pelo seu valor simbólico, por um lado, e pelo seu investimento erógeno, por outro, aquando da passagem a este nível no decurso da evolução da sexualidade infantil. “Assim como intervém igualmente a importância assumida por esta região corporal, enquanto investimento narcísico aquando da constituição do esquema corporal do indivíduo” (Bergeret, J., 1996, p. 116).

Na localização corporal de qualquer estrutura histórica de conversão, doente ou não, tal como nas expressões corporais da estrutura histerofóbica, doente ou não (perturbações neurovegetativas, espasmódicas ou funcionais diversas), a escolha das zonas ou órgãos investidos não é nem devida ao acaso nem simples.

Para Bergeret (1996, pp. 116-117):

“a representação simbólica intervém, como acabámos de ver, a diversos níveis; da mesma forma que para interpretar um sonho não podem existir manuais demasiado simplistas que expõem «a chave dos sonhos», nenhuma escolha somática numa estrutura histórica pode ser apreendida e analisada sobre um só plano ou um só nível, mesmo referindo-se ao registo simbólico.”

Parece-me evidente que a análise só pode agir verdadeiramente ao modificar profundamente não a estrutura, mas o modo de funcionamento do sistema de defesa, mal adaptado, nos casos mórbidos, às realidades internas e externas do sujeito; o que teria contribuído para a satisfação do desejo é retirado (uma parte do corpo). O seu valor funcional inibido protege contra o desejo culpado enquanto o seu valor simbolizado desperta a satisfação. Será importante sublinhar que o histórico de conversão olha para os sintomas de forma «tranquila», não é incomodado pelo retorno intempestivo do recalçado que lhe traria possivelmente algum sofrimento, um certo grau de consciência do problema; pois, tal como mostra Chiland (1969, p. 117), “o que no fundo o histórico de conversão nega é o dano somatizado e não o conflito psicológico”.

A intervenção psicodinâmica ao abrir incessantemente vias novas à reflexão profunda, põe novas questões, a saber:

- Conduz-nos a refletir sobre os fundamentos orgânicos de toda a constituição?
- O recalçamento pulsional é suficiente para levar a perturbações funcionais ou somatizadas?
- Não existem também, a nível de cada estrutura, sensibilidades corporais particulares ligadas a predisposições específicas?

- As hipóteses formuladas sobre isto do ponto de vista de fixações a diversas zonas erógenas e a pulsões parciais no decurso da ontogénese são suficientes para dar conta de todos os problemas levantados?

O «índice de histerização» está ligado à função das contra pulsões; menos determinado e por consequência menos preparado para a procura do manancial defensivo de confrontação, mais ou menos sublimada, mais ou menos regressiva, o doente histérico procura a máxima ausência de desorganização psíquica, procurando cair num grau mais normativo, por vezes não compatível com a sua própria estrutura. A procura da «hipernormalidade» é correlativa a um «índice de histerização» mais elevado, mais sintomático, ou porventura angustiante. Um fator precoce determinante, segundo Freud, são as vivências precoces ao nível da intra e inter-relação.

Do ponto de vista de Bergeret (1996, p. 123):

“O funcionamento mental revelou-se, à sombra das pesquisas analíticas, depender de fatores relacionais precoces ou tardios que determinam não apenas as vias posteriores de evolução, mas, antes de mais, a diversidade dos limites não variáveis, entre os quais estas vias do desenvolvimento eventual permaneciam somente possíveis.”

Mesmo a «hereditariedade», no plano psicológico, pode ser compreendida em termos de pré-história relacional, isto é, “ser encarada como uma transmissão, pelos pais, das perturbações das suas próprias relações anteriores através dos primeiros movimentos relacionais dirigidos para a criança (...)” (Bergeret, J., 1996, p. 124). Portanto herança «filogenética».

Mais uma vez a focalização não vai ficar na teoria de base estritamente ligada à sexualidade infantil e às suas vicissitudes, mas agarrar no conceito de libido como pulsão na busca do prazer e na evitação do desprazer e em todos os aspetos intermediários que levam ao sucesso e ao insucesso momentâneo. O que importa salientar é o modo de funcionamento dos sistemas de defesa, mal ou bem adaptados às realidades internas e externas, ao apoio objetal. No caso específico existe um desaparecimento total da quota de afeto, la «*belle indifferença*» das histéricas, o recalçamento é totalmente conseguido momentaneamente, deixando, claro, os seus resíduos que emergirão mais tarde, faltará saber de que maneira. Por vezes a supressão não é totalmente bem-sucedida, aos sintomas ligam-se algumas sensações desagradáveis ou pode provar-se impossível evitar por a funcionar o mecanismo de formação de uma fobia, o ecrã fóbico de Bergeret (1996, p. 115) que “permite conservar e evitar, ao mesmo tempo, o contacto com o objetivo representativo”. O conteúdo ideativo está totalmente, completamente retirado da consciência, como substituto ou sintoma temos a inervação sobre-intensa (tipicamente inervação somática), sensorial ou motora de excitação ou de inibição. Na histeria de conversão o processo de recalçamento é completado com a formação do sintoma, falhou então este processo, uma vez que deixou consequências, quer ao nível do sintoma, quer ao nível da inervação somática, quer ao nível da quota de afeto, quer ao nível da angústia gerada! Será aqui o recalçamento parcial?

Vemo-nos chegados ao ponto-chave desta patologia adaptativa, o recalçamento nunca é realizado de forma definitiva, como dizia mais acima, existe continuamente um contra investimento e os sintomas agem a este nível.

1.8. O papel dos fantasmas nas relações interpessoais

“A maior luta não é travada contra as forças reais, é travada contra as forças imaginadas. O homem é um drama de símbolos.”

Bachelard, G., 2003, p. 69.

A imaginação, a visão interna cria territórios de segurança e de confronto com o outro, na maioria das vezes projetando demasiado o que poderia ser mas não é – comprometendo a relação espontânea baseada nos pressupostos do compromisso e da confiança. Toda esta gestão remete para o papel dos fantasmas nas relações interpessoais – estes derivam sempre de um mundo subjetivo que cria de fato a sua própria realidade. “Cometemos quase sempre graves erros de apreciação quando nos preocupamos com a relação dinâmica que liga interações e vida fantasmática. Interessando-nos apenas pelos objetos internos, sem levar em conta o quadro que os revela (Bergeret, J., 1996, p. 134). Numa relação interpessoal normal, os fantasmas situam-se nos dois polos da relação: no sujeito e no objeto. “(...) do ponto de vista psicanalítico, a frustração é sempre uma frustração de prazer, o que por vezes se esquece, visto que o prazer pode assumir formas muito mais estranhas do que a do masoquista” (Bergeret, J., 1996, p. 135). Não se poderia ter uma ideia clara da problemática intrapsíquica de alguém a não ser que se seja capaz de o frustrar do prazer que ele procura nas suas relações interpessoais e a natureza da frustração a impor depende das estruturas de personalidade. Daí a importância da reação do terapeuta (a sua capacidade de frustrar o outro) para o estabelecimento do diagnóstico da personalidade. “O «apoio objetal» designa então

essencialmente a reação que o sujeito procura obter em função dos seus fantasmas inconscientes” (*idem*).

O comportamento de um paciente é sustentado por um desejo (fantasma), que é frustrado ou compensado, esta noção de desejo é a única noção especificamente psicanalítica, é o *drive*, poderei dizer a força motriz que direciona. Desta forma “o paciente procura a todo o custo salvar as suas relações de objeto inconscientes” (Bergeret, J., 1996, p. 137). A vida interna do sujeito é sempre «campo intermediário». “O que se designa por «organização da personalidade» é, então, este conjunto de fatores internos e externos que conduzem à repetição de esquemas relacionais” (*idem*).

1.9. Crise e Apoio Objetal

Esta tema deriva diretamente do anterior, a ele está intrínseca e extrinsecamente ligado. O desvio do conforto «normalizado» surge dos desequilíbrios ao nível do apoio objetal interno e externo; o estudo das relações entre meio socio afetivo e funcionamento psíquico individual conduziu ao desenvolvimento da noção de apoio objetal. Este consiste em dizer que qualquer indivíduo organiza as suas relações afetivas próximas e duráveis em função da sua economia pessoal, do seu caráter, da estrutura da sua personalidade ou da sua psicopatologia. De fato todas estas dimensões baseiam o manancial de atuação do indivíduo, sendo que a questão psicopatológica impede a «progressão normal». “As ligações interpessoais baseiam-se numa boa parte de sonho, por vezes em detrimento de uma saudável percepção da realidade.” (Bergeret, J., 1996, p. 138).

A crise deriva das descompensações que acontecem ao nível também daquilo que caracteriza o apoio objetal, a saber:

- Economia pessoal;
- Caráter;
- Estrutura da personalidade;
- Psicopatologia.

Os impasses ao nível destas quatro «dimensões» desorganizam-se quando qualquer acontecimento põe em causa a imagem que eles queriam manter de si próprios. Esta verificação pode ser provocada por situações vitais normais ou acontecimentos fortuitos mais ou menos graves: “por exemplo, evolução dos parceiros, adolescência dos filhos, mudança profissional, ou doença, acidente, luto, encontros inesperados, etc.” (Bergeret, J., 1996, p. 138). Geralmente o médico tende a considerar os sintomas uma «reação» a estes acontecimentos. Pensamos antes que é mais vantajoso considera-los o reflexo individual de uma crise que opõe o sujeito ao seu ambiente. Esta crise que afeta tanto o ambiente como o paciente, é o reflexo da dificuldade que esses pacientes sentem em modificar a imagem que têm de si próprios, única possibilidade porém de assumir uma reorganização das suas relações afetivas, reordenação cuja necessidade foi revelada pelo acontecimento em questão. “O mesmo é dizer, ajudá-lo a integrar psiquicamente não o acontecimento traumático, mas a mudança, a nova situação que o acontecimento pressupõe” (*idem*).

A crise neste sentido é uma situação de desordem que implica simultaneamente o ambiente e o paciente que vai a uma consulta. Quanto aos sintomas apresentados, são uma tentativa de resolver a crise e de regressar a um estado anterior por intermédio do círculo relacional ou do terapeuta.

A natureza da crise depende de dois fatores:

- O ambiente;
- A organização psíquica do paciente (determina a natureza das relações que o sujeito mantém com o seu meio ambiente).

Em conclusão podemos afirmar que o sintoma – o «sinalizador» da crise – é um fenómeno de abrangência global, que pode, no entanto, carecer de intervenção particular, sem prejuízo da característica intra-referenciada (Bergeret, J., 1996, p. 143):

“Mostramos que o paciente procura, muitas vezes inconscientemente, junto do seu médico, um apoio que o seu círculo relacional já não lhe fornece, o que pode bloquear toda a mudança se não nos apercebermos disso. Esta armadilha pode ser evitada através de um melhor conhecimento dos laços dinâmicos que, numa personalidade, unem os fatores biológicos, psíquicos e relacionais (contextuais). Isto permite encontrar a solução de problemas até então difíceis de resolver, porque difíceis de compreender. Mas, para aí chegar, é necessário ultrapassar as controvérsias que frequentemente opuseram os defensores de teorias biológicas, psicanalíticas ou sociais e considerar os fatos de maneira global (...)”

Procuo de forma explícita remeter para a multidisciplinaridade responsabilizada. O «apoio objetal» servirá de ponto de referência para o diagnóstico da responsabilidade sistémica no conforto que promove o bem-estar e no desconforto que provoca dissonância.

1.10. Os dois princípios do funcionamento mental

“Há muito observámos que qualquer neurose tem como resultado, e, por isso mesmo, provavelmente como propósito, forçar o paciente a sair da vida real, a aliena-lo da realidade.”

Freud, S., 2001c, p. 98.

Podemos e devemos distinguir os dois princípios de funcionamento mental (Gillieron, 1996), a saber o princípio do prazer e o princípio da realidade. Dois princípios complementares, uma vez que numa narrativa longitudinal se influenciam mutuamente, tornando-se no mais alto grau, por vezes, completamente dissonantes. Por outro lado, a fixação no primeiro princípio remete para a imaturidade do ego ou para a regressão quando já atingiu um estágio mais avançado, enquanto que a manutenção ativa no princípio da realidade remete de forma endógena para a elaboração da neurose, não deixando de ser o caminho para a evolução psíquica, existe, no entanto, sempre um preço a pagar. Ainda que não explicitamente parece-me que Freud já remetia para os três aspetos principais da personalidade, a saber, a biologia (inervação), o ambiente (realidade), e o psiquismo (atividade mental).

Remeteremos então para os processos que Freud (2001c) denominava como *primários* e mais antigos, começando no princípio do prazer, “estes processos lutam no sentido de conseguirem obter prazer; a atividade psíquica recua perante qualquer acontecimento que possa provocar desprazer. Aqui temos o recalçamento” (p. 99). Uma nota para dizer que o prazer ou desprazer que possa provocar qualquer dado da realidade remete-nos para a confrontação ou para a fuga, quando os processos são internos (zumbido), no sentido do

sintoma que surge desligado de afeto, e provoca sintomatologia, desculpem-me a tautologia. Como reage o processo de defesa quando a confrontação ou a fuga não dependem de objetos externos? Temos o processo alucinatório? Será válida esta tentativa de satisfação, ou evitamento do desprazer, dos impulsos rumo ao estímulo? “Não em vez disso, o aparelho psíquico teve de resolver formar um conceito das circunstâncias reais do mundo externo e procurar provocar nelas uma alteração real” (p. 100). Surge o princípio da realidade “aquilo que se apresentava na mente já não era o que fosse agradável, mas sim o que fosse real, mesmo que desagradável” (*idem*).

As qualidades já não tinham o pendor de prazer ou desprazer mas os graus desta sensibilidade passaram a ser mediadas pelos órgãos dos sentidos voltados para o mundo externo (cf. Quadro 1):

Quadro 1. Caminho da pulsão

Atenção → Anotação → Memória → Descarga Motora (Ação)

Citando Freud (2001c, p. 101):

“Foi agora atribuída uma nova função à descarga motora que, sob o domínio do princípio do prazer, servira como meio de aliviar o aparelho mental de um acréscimo de estímulos, e que executara essa tarefa enviando inervações para o interior do corpo (conduzindo a movimentos expressivos e ao jogo da mímica facial, e também a manifestações de afeto). A descarga motora era agora empregada na alteração apropriada da realidade; foi convertida em ação.”

O princípio da realidade como verificamos depende de um enorme dispêndio de energia, uma vez que o processo de pensamento se dirige para a ação e, com tudo que isso pressupõe a nível mental e físico, ou então para a limitação dessa ação. “O pensamento era dotado de características que tornavam possível ao aparelho mental tolerar uma tensão acrescida de estímulo enquanto o processo de descarga era adiado” (*idem*).

Uma pequena nota sobre o desenvolvimento psicosexual que parece arredado nestas minhas considerações. O propósito da investigação e das conclusões que pretendo retirar dependem, como já atrás defendi, da atualidade do doente, a análise regrediente rumo à função psíquica fixada não me trás dados para a avaliação atual, quero dizer, não é necessária porque mais trabalhosa e mais prolongada no tempo, os dados retirados da análise de sessão remetem-me para a *compulsão à repetição* nas posturas atuais, e na relação que parecem querer obter dentro do *setting* terapêutico, com o terapeuta. Podemos para clarificar, indicar que a procura da obtenção do prazer e a diminuição ou eliminação do desprazer tem sempre uma pulsão inicial de carácter libidinal, uma vez que no princípio eram as emoções que regiam e controlavam os afluxos de estimulação ou procura dela.

Nas vicissitudes da procura do prazer ou do seu adiamento surge a fantasia “No reino da fantasia, o recalamento mantém-se todo-poderoso: provoca a inibição de ideias *in statu nascenti* antes de poderem ser registadas pela consciência” (p. 103). O recalamento é então o problema fundamental “de onde partiu todo o estudo dos processos neuróticos” (p. 107).

Roland Barthes (2006, p. 147), em “Fragmentos de um discurso amoroso”, através de uma escrita literária e erudita clarifica a posição dos princípios, parece-me longo mais muito importante, são as palavras a tornarem-se símbolos:

“No luto real, é a «prova da realidade» que me mostra que o objeto amado deixou de existir. No luto de amor, o objeto não está nem morto, nem afastado. Sou eu que decido que a sua imagem deve morrer (e poderei mesmo ocultar-lhe essa morte). Enquanto esse estranho luto durar, terei de suportar duas dores contrárias: sofrer a presença do outro (continuando, apesar disso, a ferir-me) e entristecer-me com a sua morte (pelo menos do que eu amava). Assim, angustio-me (velho hábito) com um telefonema que não vem, mas digo-me ao mesmo tempo que este silêncio é, de qualquer modo, inconsequente, uma vez que decidi fazer luto de uma tal inquietação: ter de me telefonar apenas dizia respeito à imagem de amor; desaparecida essa imagem, o telefone, toque ou não, retoma a sua existência fútil... o exílio do imaginário é a via necessária para a cura.”

Esta angústia descrita terá repercussões funcionais, orgânicas, simbolizadas no corpo através de um compromisso sintomático?

1.11. Recalcamento

“Numa obra dos seus primeiros tempos, Estudos sobre a Histeria (1893-95), é o dispositivo defensivo do recalcamento seguido pela conversão do recalcado em inervação somática o que vemos convincentemente demonstrado.”

(Anna Freud, citada em Freud, S., 2001c, p. 109).

Inevitavelmente tenho que referir o mecanismo principal de defesa da estrutura neurótica, aquele que age de forma mais inconsciente, no sentido, de que a sua ação age quase de forma autónoma desde os mais tenros anos da nossa evolução psíquica, quer no evitamento do desprazer ou angústia corporal ou mental – mais somática – quer nos processo mentais mais elevados cuja moral e a ética tem um grande papel a desempenhar para o bem e para o mal do corpo. Salomé (1931, p. 58) na sua carta aberta a Freud designava grosso modo o fenómeno do recalçamento de uma forma mais estilística:

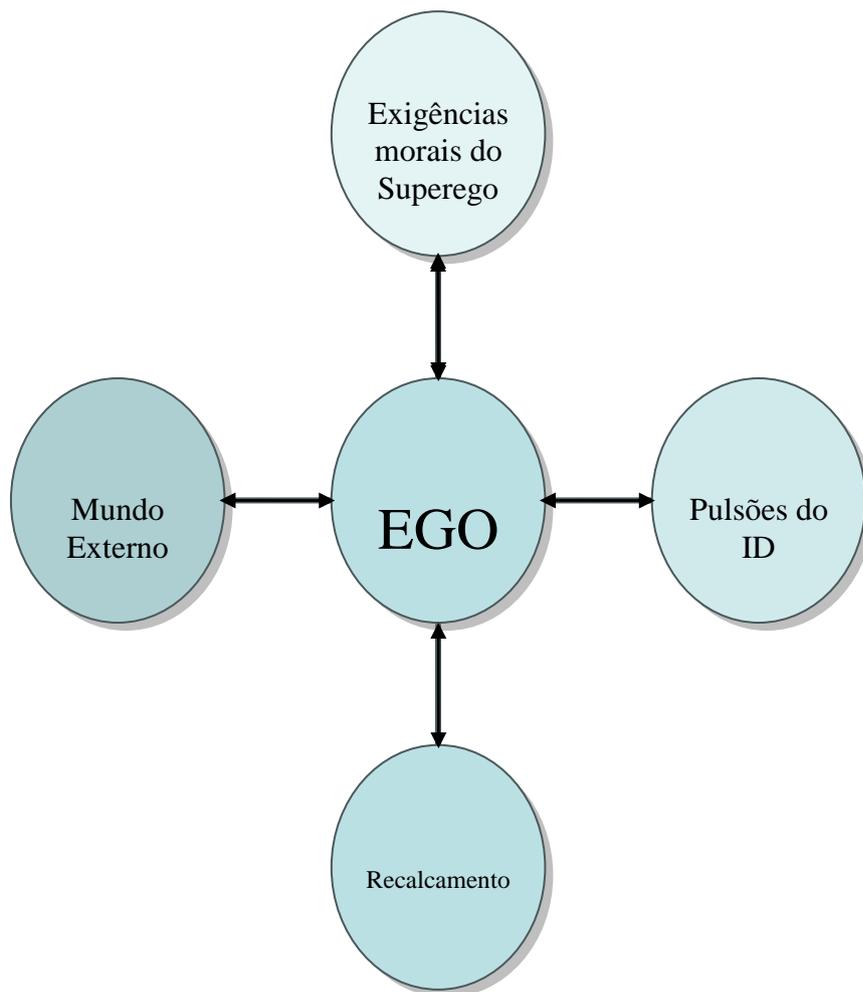
“Porque é verdade que o recalçamento não se exercita impunemente, e que a visão otimista obtida pelo mascaramento dos terrores reais tem, em contrapartida, o surgimento de fenómenos que nos desorientam pela sua inquietante estranheza. E, da mesma maneira, esta falsificação – ainda que ela seja universalmente autorizada – não se realiza sem que com isso sofra a parte de realidade que não foi integrada: toda a realidade que, em si, teria merecido ser vivida, teria podido ser amada, perde suas cores.”

Sublinho que o recalçamento e, de acordo com Lou Salomé, faz com que a vida a ser vivida no presenteamento do princípio do prazer perde por vezes as suas cores, mas provavelmente e na maioria das vezes evita que consequências mais sérias possam ter lugar, ficando o corpo como fiel depositário deste jogo perdas e ganhos. Há quem escolha e diga como Rilke (2002, p. 63) que afirma “recuso estas máscaras só meio preenchidas, prefiro um fantoche”, fica a opinião.

Em potência existem processos psíquicos que excluem outros processos psíquicos (a emoção dolorosa é a mais forte), o elemento constante desta exclusão serão os motivos para o

recalcamento. Definimos já que este mecanismo previne o despertar da angústia ou do desprazer no sistema consciente e no ego consciente, as vicissitudes do ego são estas, tento esquematizar (cf. Quadro 2):

Quadro 2. Vicissitudes do Ego



Quando o recalcamento tem lugar na sua *totalidade* os processos permanecem momentaneamente inócuos a aguardarem novas representações, ou por outro lado não alcançam a meta e falham no seu processo, existem quebras nas conexões psíquicas, (p.e. ato

falho) ou iniciam os sintomas que surgiram devido ao conflito entre impulso e defesa. “A evitação da angústia e do desprazer é o princípio essencial que domina a vida do indivíduo desde o seu início” Freud, (2001c, p.109). De salientar que, já afirmei antes, o recalçamento depende da maturidade psíquica, aquando da divisão do aparelho psíquico, antes do mecanismo de defesa que saliento ou em concomitância, existem outros mecanismos como por exemplo, denegação, fuga, reversão no oposto, retorno sobre si próprio, etc. Logo que ocorre a diferenciação somatopsíquica entre o próprio e o mundo que o envolve, entre o interior e o exterior, os elementos desagradáveis da vida interior podem ser deslocados para o mundo exterior – inervação, conversão, somatização – e aqui surge por exemplo o fenómeno do zumbido que sofre particular atenção neste trabalho.

O reforço ou o desvio e o enfraquecimento do recalçamento sofre diversas vicissitudes, podem ser reforçados no ego consciente pelo investimento nos representantes do oposto dos elementos repudiados; sob influência do superego os impulsos primitivos são inibidos dos seus alvos e a sua energia é desviada para alvos morais éticos ou socialmente elevados. Embora os outros mecanismos possam provocar diferenciações dos impulsos e dos seus derivados, só o recalçamento consegue suprimir por completo o surgimento no sistema consciente. Saliento o dinamismo deste processo e da requisição de energia psicossomática que requiere. Ora os produtos psíquicos são elementos internos, ideias que ainda que surjam da nossa confrontação com o mundo numa ordem sistémica, são processo endógenos cuja fuga provoca manifestações diversas. Quando a fuga é a algo exterior o mecanismo de ação impõem-nos o movimento como uma das soluções (p.e. psicomotricidade), apenas aumentam ritmos cardíaco e aumentam a segregação de determinadas hormonas, mas o seu trabalho é praticável e não deixa marcas quando é bem-sucedido. Então, estas manifestações diversas, que surgem internamente pelas pulsões (mais ou menos inaptas ou mais ou menos adquiridas) a fuga não

serve de nada, pois o ego não pode fugir a si próprio. Portanto, o ego é um ego corporal e o que posso esconder não parte somente de nós, mas também (Barthes, R., 2006, p. 124):

“Tudo o que posso fazer com a minha linguagem, mas não com o meu corpo. O que a minha linguagem esconde, di-lo o meu corpo. Posso à minha vontade modelar a mensagem, mas não a minha voz. Na minha voz, diga o que disser, reconhecerá o outro que tenho qualquer coisa. Sou mentiroso (por preterição), não comediante. O meu corpo é uma criança teimosa, a minha linguagem é um adulto muito civilizado...de modo que uma longa série de contenções verbais (as minhas delicadezas), poderão de repente explodir em qualquer revulsão generalizada: uma crise de choro (por exemplo)”.

Pode acontecer que um estímulo externo se torne interno (pedra de toque para o meu trabalho), por exemplo «corroendo» e destruindo algum órgão corporal, surgindo assim uma nova fonte de excitação constante e um aumento de tensão, requerendo dispêndio de energia que transporta elementos materiais e imateriais. Realçava aqui o papel da dor que me parece imperativa, as únicas coisas a que cede de forma imediata, reforço, são o seu afastamento por meio de algum agente tóxico ou sob a influência de distração mental – reparem que no esquema do zumbido, o que pretendemos é torná-lo inconsequente, ainda que exista pretendemos a desfocalização e a reabilitação, torná-lo um estímulo inconsequente.

É necessário que o desprazer tenha supremacia pelo prazer, só aí o recalçamento ganha força. Os sintomas neuróticos são derivados do recalçado, que através deles, ganhou finalmente o acesso à consciência que anteriormente lhe estava negado. Existe uma remoção de resistência por parte do consciente, existiu um grau de distorção adequado e um afastamento necessário (quota de afeto), “Podemos supor que o recalçado exerce uma pressão

contínua na direção do consciente, de modo que esta pressão tem de ser contrabalançada por uma incessante contra pressão” (Freud, S., 2001c, p. 117). Vemos que as tendências recalcentes podem encontrar um substituto para o recalçamento num enfraquecimento do que é detestável.

Uma pulsão surge da ideia, de uma quota de afeto. As vicissitudes que esta pode sofrer é a de desaparecer do consciente e/ou permanecer como afeto ou angústia. Na neurose o recalçamento falha, arranjando apenas substituto que cria angústia, ou forma o sintoma, evitações que pretendem prevenir uma libertação de angústia. Remetemos sempre para o fator equilíbrio homeostático, se quisermos.

1.12. A formação de sintomas

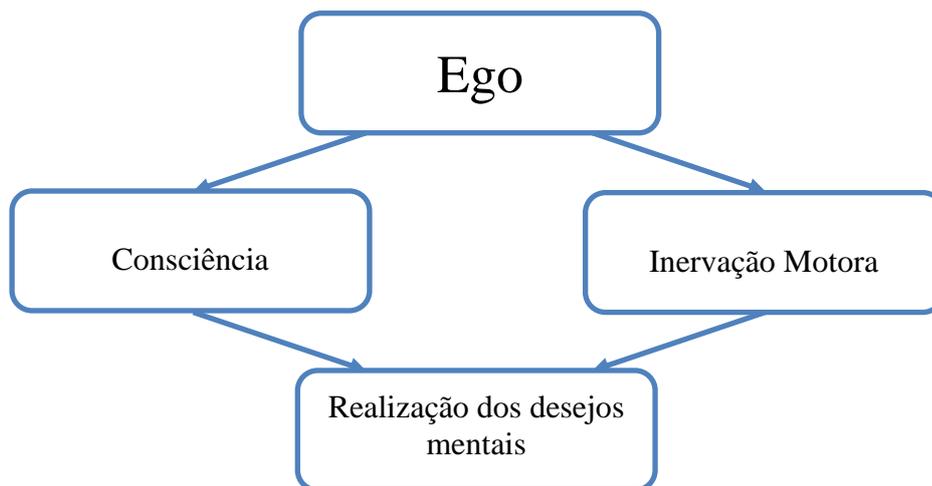
*“Doubt is a despair of thought, despair is a doubt of the personality (...) doubt, therefore, lies in
difference, despair in the absolute.”*

Kierkegaard, S., 1992, pp. 514-515.

Este capítulo pretende demonstrar como as forças em conflito e harmonização dentro da nossa estrutura psíquica promovem o sintoma, cuja via é uma forma subjetiva de lidar com um fenómeno pressionante – na base da evitação ou na procura de prazer – e que procura acomodação na forma agida, quer mentalizada quer sintomática, como fenómeno de conversão ou regressão psicossomática.

Já se afirmou que os sintomas psicogênicos são atos prejudiciais, inúteis para a vida do sujeito como um todo, provocam na maioria das vezes desprazer e sofrimento, obrigam a um dispêndio mental contínuo na base de uma contrapressão constante. Este dispêndio e o seu grau quantitativo provocam inevitavelmente um empobrecimento, o indivíduo fica paralisado para as tarefas importantes da vida (prazer, relações, trabalho...). As condições para o surgimento dos sintomas existem em todas as pessoas humanas, o sintoma é um compromisso para a manutenção do prazer, pelo menos um compromisso aparente, momentâneo, adequado às capacidades do indivíduo suportante. De forma mais técnica podemos dizer que a libido foi repelida pela realidade. Se a libido está pronta a aceitar novo afeto e a realidade permanecer na sua irreduzibilidade, então a libido toma o caminho da regressão; o ego enquanto regente da realidade deve sentir aversão para que surja objeção, sem estes acontecimentos a neurose é inoperante (cf. Quadro 3):

Quadro 3. Vias de saída do ego



A não realização dos desejos provoca inevitavelmente o conflito, a libido tem o caminho cortado, logo tem que encontrar descarga para o seu investimento de energia, retira-se do ego. A libido renuncia a toda a educação que adquiriu sob a influência do ego. Uma nota para dizer de forma metafórica que a libido mantém-se dócil enquanto tem a esperança de satisfação, mas sob a pressão dupla há frustração interna e externa, torna-se refratária e recorda tempos mais antigos e melhores – temos aqui na minha perspectiva o apoio objetal, a perda do objeto anaclítico e a compulsão à repetição. As ideias para as quais agora transfere a sua energia pertencem ao sistema do inconsciente, sujeitos à condensação e ao deslocamento.

Um papel importante, e como nota intermediária, tem também as disposições constitucionais, efeitos indubitavelmente subsequentes de experiências vividas pelos antepassados, também eles foram em tempos adquiridas, sem essas aquisições não haveria, provavelmente, hereditariedade, herança filogenética. Então as experiências infantis, são muito importantes porque demarcam as noções de confrontação ou fuga futuras mas também porque numa altura em que o manancial de defesas é ainda rudimentar e se dão em tempos de desenvolvimento incompleto (quantos adultos estão neste patamar, deixo como reflexão o potencial a partir daqui para as defesas neuróticas em deficit) e por essa razão estão mais sujeitas a terem efeitos traumáticos. Sobre este tema, Freud (2001c, p. 134) refere que:

“Se focamos a atenção, principalmente nas experiências sexuais infantis, devemos supor que fizemos tudo pela profilaxia das doenças nervosas, tendo o cuidado de retardar o desenvolvimento da criança e de lhe evitar experiências desse tipo... as pré-condições para a causalidade das neuroses são no entanto complexas.”

Se pensarmos, por exemplo, no papel do acaso nas nossas vidas e nas repercussões inesperadas essa complexidade aumenta. A libido dos neuróticos está ligada às experiências

sexuais infantis. Isto dá a essas experiências uma dimensão de grande importância na vida e na doença dos seres humanos.

O sintoma representa algo como realizado, uma satisfação à maneira infantil, a única forma resoluta de confrontação com a pulsão excessiva e que visa a satisfação ou a inervação. Não posso deixar de referir o papel importante da fantasia enquanto realidade psíquica que segundo Freud (2001c, p. 142):

“No mundo das neuroses a realidade psíquica é que é decisiva, por vezes estas realidades são materializadas obviamente, daí derivam. De onde surgem, então, as necessidades de fantasia e o material para elas? Surgem, claramente das pulsões que remetem automaticamente para o princípio do prazer. O ego humano é ensinado pela pressão destas necessidades (pulsões) a apreciar a realidade e a obedecer a este princípio, no decurso deste processo é obrigado a renegar temporariamente – repito, temporariamente, porque a dado momento algo que se liga a determinado afeto desperta-o – a grande variedade de objetos e alvos para que está dirigida a sua luta pelo prazer e, não apenas pelo prazer sexual – o prazer remete sempre para algo satisfatório para o indivíduo, cujo tema tem sempre um pendor de orientação subjetiva, no entanto, esta procura contínua de estados agradáveis descompensa o sistema psíquico porque as reservas para a gestão da angústia está desamparados por contínuos acessos de prazer momentâneos – “mas ao homem sempre custou renunciar ao prazer; não são capazes de fazê-lo sem uma qualquer compensação.”

De referir que a compensação poderá ser o compromisso sintomatológico, voltaremos a este tema na discussão deste estudo.

Na dificuldade de vencer a procura de prazer dirigida a alvos incompatíveis com o princípio da realidade retivemos uma atividade mental que nos permite ter uma existência alternativa, designo-a eu, Freud indicava-a como *outra existência*, que nos permite estar libertos, momentaneamente, do princípio da realidade e daquilo a que chamamos a *sua prova*. Assim, nesta atividade os seres humanos continuam a gozar de uma liberdade perante a compulsão de que há muito renunciamos na realidade. “Conseguiram ser alternadamente um animal de prazer e uma criatura de razão” (Freud, S., 2001c, pp 142-143). E aqui reside, de forma, claro está, muito rudimentar o equilíbrio para uma adaptação mais saudável, que segundo Bergeret (1996, p. 21):

“O verdadeiro indivíduo «saudável» não é simplesmente alguém que se declara como tal, nem, sobretudo, um doente que se ignore, mas um sujeito que conserva em si tantas fixações conflituais quanto as outras pessoas, e que não teria encontrado no seu caminho dificuldades internas ou externas superiores ao seu equipamento afetivo hereditário ou adquirido, às suas faculdades pessoais defensivas ou adaptativas, e que se permitiria um jogo bastante flexível das suas necessidades pulsionais, dos seus processos primário e secundário, nos planos quer pessoais quer sociais, tendo em justa conta a realidade, e reservando-se o direito de se comportar de forma aparentemente aberrante em circunstâncias excepcionalmente «anormais».”

Segundo Fontaine (citado em Freud, S., 2001c, p. 143) “não podemos viver sem construções auxiliares.”

As fantasias assumem assim um papel preponderante na formação de sintomas; no caso da frustração – a não obtenção de prazer, ou o não evitamento do desprazer – a libido investe regressivamente as posições de que desistira, dá-se uma fixação, no entanto, estas posições não foram ainda postas de lado, os seus derivados continuam retidos com uma certa

intensidade nas fantasias, sendo esta uma fase intermediária para a formação dos sintomas. Existe um desvio da libido das satisfações reais, dá-se uma introversão (conceito primeiro delineado por Jung e retomado por Freud (2001b), uma vez que o conceito sofreu alterações por parte deste último) em que as fantasias até aí toleradas como inocentes, sofrem um sobreinvestimento. “Um introvertido não é ainda um neurótico, mas está em situação instável: se não encontrar outros escapes para a sua libido acumulada, ele certamente irá desenvolver sintomas com a próxima alteração de forças” (2001b, p. 144). O Ego nestes acontecimentos externos e internos está sujeito a contínuas cargas pulsionais para a obtenção de algo, aqui uma palavra para o superego como instância psíquica que na minha opinião tem um papel fundamental nesta interação, quero dizer, joga de facto decisivamente na doença, ou na formação sintomatológica; a forma como aborda as questões do Id, como submete o ego e como é persecutório na culpa que continuamente inflige. A questão da educação de base, o plano desenvolvimental precoce, surge então como fundamental para a profilaxia das doenças neuróticas.

1.13. O Papel da Depressão - Análise da Teoria Tetradimensional

O doente em contexto sintomático de desconforto preenche, em ambas as direções (corporal e psíquica), um processo de descompensação vital que designa um estado corporal atual. Esta derivação tem intrinsecamente um *colorido* depressivo que desencadeia e paradoxalmente protege o indivíduo da descompensação. Sem pretender afirmar a dualidade cartesiana, como afirma Alonso-Fernandez (2010), o plano ou estrutura vital da pessoa constitui o estrato intermédio entre o cérebro e a mente, infiltrando-se em ambos. Recorrendo

à história, os antigos gregos pensavam que o homem se compunha de três partes ou estratos: o *nous* ou inteligência, o *pneumation* ou alento vital e o *soma* enquanto carne ou corpo. O escritor romântico alemão Novalis (Séc. XVIII) conceptualizava a vitalidade como uma camada entre a alma e o corpo. (...) No séc. XIX, o notável médico C.G. Carus, na sua famosa obra *Psiquis*, considerava os processos vitais como fenómenos psicofísicos.

Neste sentido, os fenómenos preenchem um campo fenomenologicamente depressivo que deverá ser levado em linha de conta para o tratamento destes doentes. Alonso-Fernandez (2010) aborda o Modelo Tetradimensional que se encaixa e enquadra fatalmente na experiência clínica que me afeta a estas nosologias - advoga então o método fenomenológico-estrutural, o modelo tetradimensional da depressão, ficando a sintomatologia distribuída por quatro dimensões fundamentais: Estado de ânimo **anedónico** ou doloroso; **Anergia** ou esvaziamento de impulsos; **Descomunicação** ou bloqueio da sintonização e, por fim; **Ritmopatia** ou desregulação dos ritmos.

De notar que existe uma interdependência entre estas quatro dimensões. Os vetores afetados preenchem determinada dimensão como abaixo se designa:

VECTOR DA VITALIDADE		DIMENSÃO DA DEPRESSÃO
Estado de Ânimo	→	Humor anedónico
Impulso de ação	→	Anergia
Capacidade de sintonização	→	Descomunicação
Regulação dos ritmos	→	Ritmopatia

Gostaria de analisar certa questão que Alonso-Fernandez levanta à luz do conceito “tristeza vital” – constante – separando-a das incidências da vida (luto, perda, afetos, traumas...) como tal reacionais. Parece-me que ao querer dividir efetua uma clivagem arbitrária. Não importa de onde deriva o “ato” triste, depressivo, importa que o enquadremos no modo atual do doente, na forma como encara o estado em que se encontra. Poderemos estar a falar de caracteres, outrossim, que preenchem dinâmicas de confrontação, mais ou menos regressivas, não se pretende mensurar o nível de patologia (se quisermos) mas analisá-lo à luz dos processos de compensação e/ou descompensação que promovem o quadro sintomático, transformando o indivíduo que padece e avança rumo a uma nova compensação em contraponto ao indivíduo que cristaliza e colapsa à medida que os sintomas se vão fixando. Se analisarmos esta citação de Alonso-Fernandez (2010, p.23) ao focar a tristeza vital como um sentimento totalmente diferente da tristeza comum, cujo núcleo é o “*lebensschmerz*”, ou “dor que decorre do ato de viver”, notamos que o núcleo para a descompensação reside num “pano de fundo” como afirma Damásio (2002), no entanto, parece-me que o caminho para a patologia e morbidez depende mais do grau invasivo da descompensação do que de um estado de espírito (ou dor que decorre do ato de viver) que afeta, independentemente dos graus e dos sintomas, as pessoas que padecem ou que por *fatalismo* são “comuns tristes”.

Surge agora a parte que pretendo conectar à problemática levantada por este trabalho e que “descansa” nos braços do processo de vitalização. Nesta trajetória o pensamento alemão tem identificado os transtornos somáticos típicos do doente depressivo “como sentimentos corporais (*leibgeföhle*), distribuídos em sintomas difusos, identificados como sentimentos

vitais (*vitalgefühle*), e sobretudo transtornos localizados, registados como sentimentos sensoriais (*sinnliche gefühle*).

Alonso-Fernandez (2010) afirma que a filiação vital da depressão não está habitualmente num transtorno psíquico puro, mas sim num transtorno psicofísico. A classe médica, no geral, trata a conversão de sintomatologia corporal que afeta o doente no todo, apenas pela via da compreensão orgânica, prontamente desfasados dos processos mediadores (desvios) da importância dos conteúdos mentais para o bom funcionamento dos órgãos, a um grau que não percute o desconforto invasivo diário e inibidor. A depressão é simultaneamente psicomorfa e somatomorfa, tem um duplo carácter – com a plena certeza que o físico pode aceder a processos materializáveis que atuam no metabolismo e conseqüente homeostasia corporal enquanto os fenómenos psíquicos sofrem de uma análise ponderada que remete para a abordagem complexa e menos interativa, se quisermos. Alonso-Fernandez (2010) defende que se pode somatizar o psíquico não originariamente somático, mas não os sintomas corporais da depressão, que nascem primordialmente como tais, sem derivarem dos sintomas psíquicos.

Analisando as dimensões advogadas por Alonso-Fernandez (2010, p. 87), que como anteriormente refiro são interdependentes e intercambiáveis, parece-me importante falar de uma em particular e que está presente em todas as formas sintomáticas do doente oto-vestibular – a Descomunicação: “(...) redução da intercomunicação individual verbal, paraverbal e corporal, ou seja, mediante a palavra falada ou escrita, os sinais verbais concomitantes e os gestos corporais (...)”.

Existe uma alienação ao mundo, uma concentração no corpo «ensimesmamento» que projeta os doentes numa hipervigilância constante que remete para um hipernormalização dos valores e índices corporais – os doentes passam a estar muito mais atentos às suas «marcas» de agradabilidade e/ou desconforto. Normalmente os instrumentos de percepção sensorial

podem encontrar-se debilitados, a hipoestesia tátil ou dolorosa, a visão de pontos escuros como se fossem “moscas volantes”, a visão turva, o zumbido nos ouvidos, com hipoacusia, fenómenos que aumentam a dificuldade de interagir com os demais e o deriva para si próprio e seu próprio mundo «*narrow world*».

“No estado de ansiedade generalizada prevalece a vivência ameaçadora da loucura ou morte, acompanhada de um amplo cortejo de distúrbios somáticos diversos e uma atitude hipocondríaca que leva o sujeito a estar continuamente pendente do funcionamento do seu organismo.”

Alonso-Fernandez, F., 2010, p. 117.

Na deteção e no diagnóstico da depressão saliento o quadro que mais se aproxima – na descompensação profunda e como dado patológico – da sintomatologia exclusiva do tipo somático; sintomas de acompanhamento ou acessórios (*begleitsymptome, akzessorischen symptome*) como os designava Bleuler (cf. Quadro 4):

Quadro 4. *Formas de depressão larvar somatotrópica mais frequentes (adaptado de Alonso-Fernandez, F., 2010)*

Humor depressivo	Dores de diversa localização (sobretudo nas costas e nuca), fibromialgia (síndrome polimiálgica), distúrbios digestivos vagotónicos.
Anergia	Distúrbios digestivos vagotónicos, inibição sexual, cansaço ou fadiga.
Descomunicação	Vertigem percetiva ou representativa, hipocondria (atitude centrada na auto-observação).
Ritmopatia	Bulimia, variações de peso.

Pretendi demonstrar neste capítulo que o quadro depressivo é parte integrante da semiologia dos doentes que aqui trato e, que a depressão joga uma importância fundamental no diagnóstico e na definição da possibilidade de tratamento das doenças com matiz psicogénico.

A depressão foi tratada numa base muito específica que a liga ao meu trabalho, mas que não colide nem desvirtua a minha procura mais profunda, pela psicologia do Ego, e pelo tratamento e análise das classes estruturais neuróticas nos seus vários quadrantes de interação semiológica.

1.14. O *Setting* Terapêutico (Quadro da Consulta) – Perspetiva Crítica

O campo psicoterapêutico demarca um espaço que promove a intimidade, lança as primeiras etapas da empatia e/ou das resistências e solidifica (deve) o primeiro estágio no percurso terapêutico. Em nenhuma das especialidades da «saúde» a importância parece ser tão marcada; comparo-a ao contexto do espaço cirúrgico, do bloco operatório, delimitado, desinfestado, controlado, demarcado, com propósito, especializado. O *setting* terapêutico é fundamental para o alicerçar de uma relação a dois, com o intuito de aceder por parte do terapeuta aos objetos promotores ou inibidores do percurso do paciente. É um campo que se transforma a todo o momento, trás consigo resultados por vezes surpreendentes. Ainda que este espaço esteja imbuído de um centro teórico referencial, indispensável, muitas outras «motivações» se passam ao redor e preenchem o vazio da relação entre terapeuta e doente. O

reconhecimento pelo doente, pelo terapeuta e pelos outros destes *setting*, é o primeiro passo rumo ao simbolismo necessário ao ato terapêutico.

Do mesmo modo que, em toda a sociedade organizada, as trocas têm lugar nos limites definidos culturalmente, as atividades terapêuticas desenrolam-se em diferentes contextos, geralmente denominados «quadros», tendo todos o seu significado: o quadro do psicoterapeuta não é o mesmo que o do médico, o quadro da primeira consulta não é idêntico ao da psicoterapia propriamente dita.

O quadro compõe elementos de duas ordens:

- Um dispositivo: elementos concretos (lugar da atividade, meios postos à disposição, temporalidade);
- Um conjunto de regras que especificam o estatuto do terapeuta e o estatuto do paciente.

Existe «qualificação» da relação terapêutica, esta está contida num quadro que lhe dá sentido: é em relação a ela que o paciente vai mobilizar as suas defesas e «situar-se» psiquicamente, o que muitas vezes é esquecido.

Importa realçar que os acontecimentos externos comportam um sentido que ultrapassa o valor pessoal para o sujeito. Este sentido está inscrito no corpus social e não apenas no psiquismo individual. É a conjugação destas duas ordens de significações que dá corpo ao encontro do paciente e do terapeuta (Gilliéron, E., 2001, p. 19):

“O quadro comporta um aspeto transicional que liga o terapeuta e o seu paciente ao corpo social: sublinha a significação do seu encontro e define os seus estatutos e respetivos papéis. Além disso, tem uma função indutora sobre os processos psíquicos. É

uma fronteira que delimita o campo terapêutico do campo social e um continente dinâmico dos processos psíquicos.”

A relação que o paciente estabelece com o quadro comporta dois aspetos fundamentais:

1. Poderia definir-se como «adaptativo» ou «reativo», diz respeito à maneira como um sujeito «reage» ou se «adapta» a um determinado contexto (social, institucional ou terapêutico);
2. Poderia definir-se como «pessoal» ou «caraterial», respeita ao modo como o sujeito procura adaptar o contexto à sua própria visão do mundo, a saber, à influência que procura exercer sobre o contexto.

1.15. O quadro e os seus efeitos terapêuticos

Os motivos do encontro entre terapeuta e o paciente comportam vários níveis de interpretação, no entanto, gostava de sublinhar aquele que sobressai da minha experiência e me parece o mais importante e evidente: “o encontro de um certo sofrimento no paciente e de uma vontade de o remediar, por parte do terapeuta. Assim se vai definir o estatuto de «doente» e o estatuto de «terapeuta»” (Gilliéron, E., 2001, p. 91).

Ao contrário do que afirma Gilliéron, não me parece que os doentes ao reagir negativamente ao seu estatuto de doente, recusam na mesma medida as suas dificuldades somáticas e psicológicas, há evidentemente, na minha opinião, maior dificuldade, resistência no reconhecer das suas dificuldades psicológicas e irei mais longe afirmando que para além

deste reconhecimento - de um certo grau de desconforto psicológico – é a forma como este interage e se interrelaciona com a dimensão somática ou somatizada que o doente teima em não aceitar, chegando a rejeita-lo «agressivamente», problema que também «aflige» esta tese. Muitos pacientes reagem negativamente ao seu estatuto de doente: recusam reconhecer as suas dificuldades, quer sejam somáticas quer sejam psicológicas (Gilliéron, E., 2001, p. 92).

Este capítulo baseado na simplicidade do seu conteúdo, mas ciente do grau de importância que encerra, pretende valorizar um campo especialmente importante em todas as intervenções terapêuticas e serve de chamada de atenção para importância que qualquer clínico ou investigador deve colocar no contexto da sua intervenção

Qualquer relação humana se baseia na combinação subtil de, pelo menos, três ordens de fatores: a palavra (conteúdo e tom), o controlo do olhar e o ato. Este último ponto é importante, uma vez que adaptamos sempre o nosso comportamento às reações do outro. É apenas depois da resposta do nosso interlocutor que sabemos se ele compreendeu a nossa mensagem; de seguida, adaptaremos o nosso comportamento à resposta recebida. “Deste modo, o equilíbrio psíquico implica sempre um duplo apoio: “o apoio fornecido pela organização endopsíquica e o apoio do círculo de relações, (apoio objetal)” (Gilliéron, E., 2001, p. 96).

Este apoio tem um «quadro».

CAPÍTULO II – REPORTE BIOLÓGICO/TÉCNICO DO ZUMBIDO

2.1. Doenças do ouvido interno e da região retrococlear (Zumbido)

Este capítulo tem a intenção de descrever o zumbido, que é uma das queixas, tanto quanto me apercebo pela minha experiência individual, mais recorrente na clínica em otorrinolaringologia. Diariamente surgem indivíduos cuja sintomatologia decorre de sintomas que tem como definição de base o zumbido. A descrição não tem a intenção de ser técnica, no sentido médico do termo, mas apenas a de compreender a realidade e a narrativa deste sintoma específico. Quando o doente surge para a consulta psicoterapêutica partimos sempre do mesmo princípio – o doente foi revisto pelos ditames da medicina, não existe lesão aparente – logo é remetida para a subjetividade, para o fenómeno do sofrimento individual como nos diz Milheiro (2001, p. 16): “há um sofrimento inicial de base, *psicofísico*, *psicossomático*, cada vez mais digno de estudo, característico da espécie, sempre presente, independente de qualquer doença”. Apesar do doente surgir, porque o protocolo assim o exige (estamos a falar de um clínica especializada em Otorrinolaringologia), depois da consulta médica, não tem que ser assim potencialmente, como todos sabemos a atuação pode incidir na subjetividade e, é nessa que aqui tratamos, poderemos no entanto atuar também nos fenómenos objetivos, com um manancial de técnicas (e.g. descentração, paragem do pensamento, relaxamento imagético, etc.) advindas de várias teorias e que têm tanto eficácia quer no sintoma subjetivo quer no objetivo, no entanto, continuando com o mesmo autor falamos de doenças como se alguma fossem *psicossomáticas* e outras não (pp. 12-13):

“As outras seriam exclusivamente orgânicas ou exclusivamente psicológicas, como se quando doesse o pé magoado da criança na praia, não fosse a criança que sofre mas o pé. Ou como se as chamadas dor física e dor moral não fossem íntimas daquela pessoa, intermutáveis em certa medida e parcelas comunicantes de uma conta de somar, onde a ordem dos fatores é muitas vezes arbitrária e irrelevante.”

Neste capítulo trataremos apenas e só da descrição desta sintomatologia e das suas implicações ao nível da organização dinâmica do indivíduo, o zumbido, que torna o se dia-a-dia complexo e deteriorante com consequências para o próprio e inevitavelmente para os mais próximos.

Com raras exceções, o zumbido não pode ser eliminado pelos tratamentos médicos convencionais, drogas ou cirurgia. Algumas pessoas que começam a notar o zumbido, de forma espontânea ou induzido por um trauma, ruído, ou outro «insulto», experienciarão uma recidiva natural, embora, em muitos outros este irá persistir. Para alguns deles, a sensação do zumbido (o som) será adicionado ao sofrimento, com efeitos adversos no pensamento, sentimento, e outras atividades da vida diária, incluindo o sono. Para estas pessoas que padecem de zumbido, as terapias psicológicas serão um imenso suporte. A “terapia de habituação”, sugere que o zumbido pode ser comparado nos seus efeitos a um som externo aversivo e que as queixas são tão relacionadas a fatores psicológicos e ambientais como a qualquer disfunção do sistema auditivo. Por exemplo, o zumbido pode não ser incomodativo quando «mascarado» por sons ambiente ou quando a atenção é captada por outras atividades potencialmente absorventes.

Poderei propor que estas queixas são a consequência da falha no relativizar este «sinal irrelevante». Esta falha pode derivar de fatores internos que determinam a prontidão da atenção (aumento tónico), por um aumento do sinal (resultante da aprendizagem afetiva), ou da novidade intrínseca de um sinal que pode ser intermitente ou pode mudar em qualidade ou intensidade. Sugere-se que estes fatores podem interagir para aumentar as queixas. Por exemplo, focalizar o zumbido pode interromper a execução de sequências de respostas automáticas levando a uma mudança num estado ou num afeto. O processo ativo do sentido negativo do zumbido seguido por uma mudança de atenção pode ter consequências similares devido ao surgimento de emoções negativas ou pela mudança na ativação do sistema nervoso central. Acredito que a interação destes fatores é melhor concetualizada em termos de «feedback» linear que leva a impedimentos que inibem o processo espontâneo da habituação e da atenção. Noutras palavras, aprender a ignorar o zumbido é um processo natural e inevitável desde que os doentes estejam disponíveis para aprender a «vê-lo» como um som insignificante e não entrar em métodos de «*coping*» que, em oposição à sua intenção, tem consequências mal adaptativas e servem para manter e promover a atenção. As queixas são agrupadas em *distress* emocional, que reflete a significância afetiva do zumbido; intrusão, que reflete os efeitos dos processos de atenção; dificuldades da perceção da audição, que reflete interferências relacionadas com a audição; insónia, sendo um problema comum destes doentes (Hallam, 1996). É natural os doentes manterem a opinião de que o zumbido é um problema porque o seu som está muito alto ou recentemente tem aumentado. O zumbido pode ter uma evolução gradual, no passado poderia ter sido intermitente e de baixa intensidade até se tornar desconfortável (Erlandsson e col., 1992). A intensidade do zumbido pode ser claramente um fator de queixa, como acontece com os sons externos que se podem tornar difíceis de ignorar se ficam muito intensos. É importante, analisando todos estes pressupostos que os doentes

sejam auxiliados a entender o fenómeno da atenção e o papel que a sua intensidade e outros fatores psicológicos podem ter na atenção ao zumbido e à sua cronicidade.

Como exemplo apresento os impedimentos que comprometem a habituação:

- *Estados elevados de «arousal¹» no qual a habituação é lenta ou inexistente.* É conhecido que a atenção «estreita» quando existe um incremento dos estímulos fortes (p.e. estados de medo e ansiedade). Uma alteração no estado emocional ou a presença de stressores podem, desta forma, precipitar queixas quando o zumbido foi previamente detetado, preexistente. Alternativamente, uma mudança no «*arousal*» pode estar associado com as consequências emocionais das crenças negativas acerca da significância do zumbido ou resultar do modo como a atenção ao zumbido interrompe atividades diárias, tais como conversar ou ler, levando à frustração ou a um esforço aumentado.
- *Evitamento da exposição a ruídos externos e/ou zumbido.* Paradoxalmente, a habituação requer que a pessoa esteja atenta ao zumbido para aprender a ignorá-lo. A estratégia de « *coping*» que leva a ocupar-se com atividades que prendam a atenção (para evitar ouvir o ruído e o zumbido) pode ser funcional a níveis moderados mas tornar-se mal adaptativo quando o esforço requerido leva a um excessivo *stress* ou até à exaustão. No caso dos sons externos que levam a um aumento da intensidade do zumbido, a pessoa pode adotar a estratégia razoável de os evitar. No entanto, o evitamento pode tornar-se mal adaptativo se levar à restrição das atividades sociais a um nível de negar as oportunidades de diversão.
- *Crenças negativas acerca do zumbido.* A atenção ao zumbido é mantida quando se torna insignificante no sentido negativo porque representa uma ameaça irresolúvel.

¹ Dificuldades na tradução deste termo, remete para o acordar, despertar, provocar. É um efeito de aumento de vigilância.

Existem dois tipos «major» de crenças:

- A crença de que o zumbido representa uma séria ameaça à vida física e mental pelo que pode ser inseguro não lhe dar atenção, desprezá-lo;
- A crença que é injusto ter zumbido, logo culpar os outros ou acreditar que deve existir uma cura para o problema que os outros estão a negar.

A preocupação até este ponto foi o de referir a própria sintomatologia, na sua descrição semiológica, em todos os seus pressupostos e nas implicações que tem nas queixas apresentadas por estes doentes. As razões ou os fatores que desencadeiam o historial de zumbido são várias, arrisco-me a afirmar no entanto que esta dimensão remete os doentes para um estado de dependência, de impotência levando momentaneamente a um «colorido depressivo». Claramente esta tese direciona o foco de atenção para os estados de regressão psicossomática, o zumbido engloba-se como um sinal (*arousal*) que simboliza um estado de focalização interna, de ensimesmamento, de falta de contato com a realidade externa – desta forma potenciando a monitorização e a hipervigilância dos sinais corporais.

2.1.1. Definição do Zumbido (*Tinnitus*)

Webster (citado em Paparella & Shumrick, 1973, p. 426) define o zumbido como “um *repique, rugido, assobio* ou outra sensação de ruído nos ouvidos que é puramente subjetivo”. Goodhill (1952, p. 778) afirma que: “o zumbido é um sintoma otológico. Tem muitas

características e pode ocorrer como resultado de várias causas. Não é uma doença ou uma síndrome. É um fenómeno subjetivo comum a muitas doenças e deve ser visto à luz da sintomatologia subjetiva no diagnóstico diferencial otológico.”

As pessoas normalmente procuram alívio para o *distress* que surge pelo aumento do zumbido, ainda que uma surdez considerável possa ter já existido sem inconveniências. Mawson (1963, p. 127) afirma que:

“o zumbido é o nome atribuído à experiência subjetiva da audição de sons no ouvido ou na cabeça que não tem base de realidade no ambiente circundante. É como dizer, o som não surge de uma vibração material externa ao doente e, de facto, a experiência subjetiva é a maioria das vezes mais intensa em condições externas de silêncio.”

O zumbido deve ser distinguido da alucinação auditiva. O zumbido é sempre um simples som descrito em termos de um ruído familiar monótono tal como uma *panela de pressão*, um *assobio*, *latejo*. As alucinações auditivas envolvem o doente em sensações complexas tais como a audição de *vozes*, uma *orquestra na minha cabeça*, *sinos*. A alucinação auditiva é um sintoma de distúrbio psiquiátrico. O zumbido, no sentido estrito da palavra, é o sintoma de algum distúrbio do mecanismo auditivo, do órgão dos sentidos ou das suas conexões centrais. O zumbido pode ser intermitente ou contínuo, e varia consideravelmente em intensidade de indivíduo para indivíduo. É um sintoma muito stressante e infelizmente muito resistente ao tratamento.

2.1.1.1. Classificação

Geralmente o zumbido é classificado em dois tipos, central e periférico. O zumbido central é usualmente geral no seu carácter, ao passo que, o periférico pode ser unilateral ou bilateral. O periférico pode ser ainda subdividido em subjetivo ou objetivo. O subjetivo é de longe o mais comum, é reportado pelo doente como uma sensação de zumbido que só ele ouve (escuta). O zumbido objetivo pode ser ouvido, em certas condições, pelo observador.

2.1.1.2. Etiologia

O zumbido objetivo, ouvido pelo examinador, pode ter origem no ouvido médio ou ser uma emissão otoacústica espontânea derivada do sistema sensorio-neuronal. Por conseguinte, os termos *subjetivo* e *objetivo*, não ajudam na compreensão ou tratamento do zumbido. Portanto, o zumbido pode ser classificado de uma forma análoga à perda auditiva de acordo com a localização da lesão ou da sua origem (Tyler & Babin, 1986) – o ouvido médio, sensorio-neuronal, ou central.

2.1.1.3. Modelos neurofisiológicos

No sistema auditivo normal, aumentos na atividade espontânea evocada por estímulos acústicos são a base da percepção do som. Portanto um aumento na atividade espontânea (células ciliadas) na ausência de estímulos acústicos é a base para o zumbido. Então onde quer

que seja a sua origem resulta sempre num aumento da atividade espontânea no córtex auditivo. Para serem codificados no córtex auditivo existem três vias distintas nos mecanismos do zumbido:

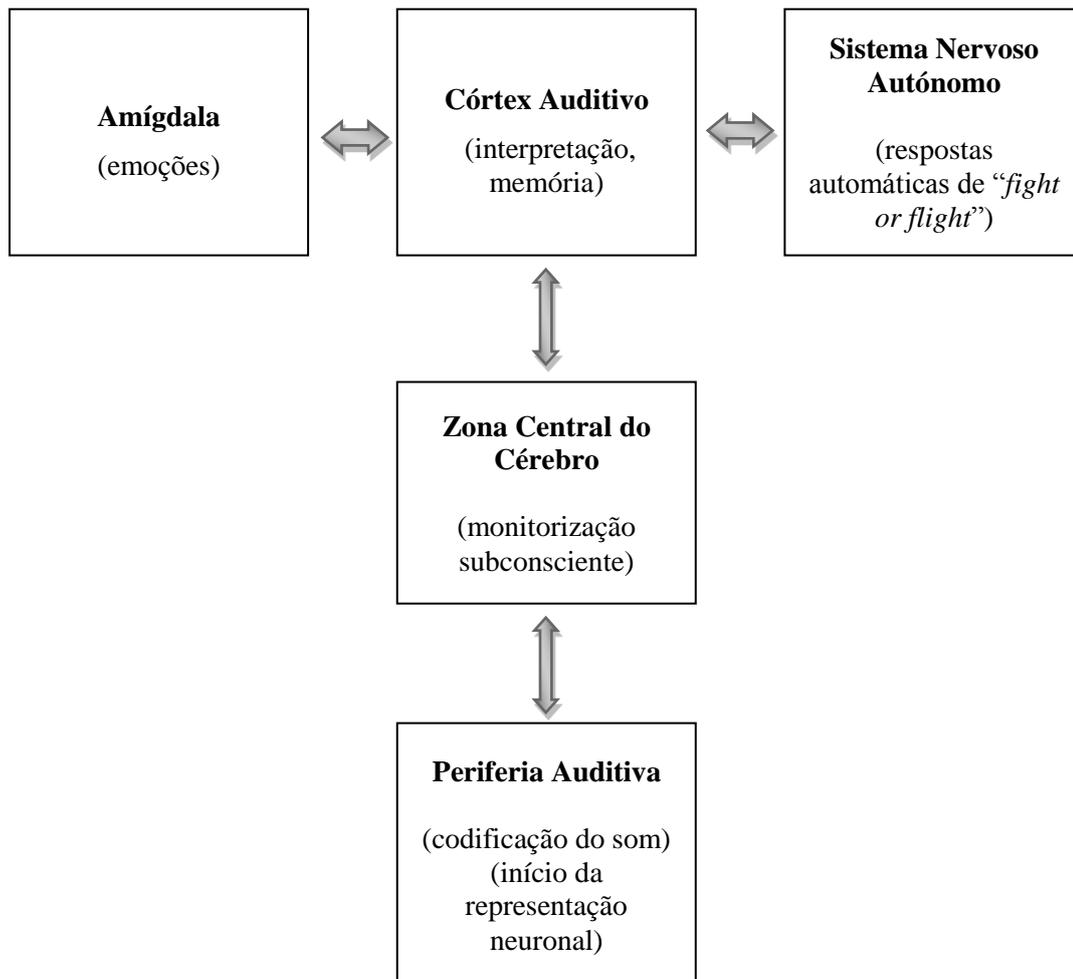
- Aumento da atividade espontânea alimentada pelo aumento, diminuição ou limite na atividade;
- Correlação entre fibras (*cross-fiber*) com atividade espontânea normal ou aumentada;
- Mais fibras com melhores frequências similares seguidas de uma perda de audição.

2.1.1.4. *Representação esquemática da audição*

O som é transformado de acústico, para uma informação elétrica na cóclea. É transmitido à zona central do cérebro, aos centros auditivos localizados no lóbulo temporal de cada hemisfério. Outras partes do cérebro estão envolvidas na nossa memória para sons e nas nossas reações emocionais aos mesmos. Tais modelos neurofisiológicos da audição existiram durante décadas e foram aplicadas ao zumbido, desde 1988 (Goodey, 1988). Embora o mecanismo responsável pelo início do zumbido pode surgir em qualquer parte, a sua representação no sistema nervoso deve ser transmitido ao cérebro. Wilson (1987, pp. 30-31) sugeriu que o zumbido é codificado no córtex auditivo. Como nos sons normais, qualquer reação que os doentes tenham ao seu zumbido deve envolver outras regiões cerebrais, tais como a amígdala e o sistema nervoso autónomo. Hallam e col. (1984, p. 44) discutiu os “modelos neurofisiológicos de habituação” e a sua importância no entendimento e no tratamento dos componentes emocionais do zumbido. Este modelo foi largamente aceite na

altura (Hazell e col., 1985, p. 74). Perda de audição por ruído intenso, uma das causas mais comuns do zumbido, é conhecida por infligir prejuízos cocleares (cf. Quadro 5).

Quadro 5. Representação esquemática geral de todo o processo da audição, interpretação e reação aos sons. O mecanismo para a iniciação do zumbido pode iniciar em qualquer zona, mas a sua representação ocorre eventualmente no córtex auditivo. Qualquer resposta emocional deve envolver a amígdala e o sistema nervoso autónomo.



Uma vez que o zumbido pode provocar reações emocionais, outros sistemas neurofisiológicos que são responsáveis pelas emoções também devem estar envolvidos, incluindo o sistema nervoso autónomo e a amígdala. Também Hallam e col. (1984) e Slater & Terry (1987) descrevem como o sistema nervoso autónomo está envolvido no zumbido. Este controlo involuntário inconsciente existe para *fight or flight*. O sistema simpático prepara o

corpo para a ação e o sistema parassimpático opera quando o alerta é passado, de forma a trazer o corpo do seu estado «alerta» para um estado «normal». Os autores enfatizam como os «perigos» sentidos estão tipicamente relacionados com o *distress* e revistos em grande parte por respostas neurofisiológicas. Sugeriram as estratégias de «*coping*» (e.g. técnicas de relaxamento) como um tratamento para as respostas autónomas inapropriadas dos doentes com zumbido.

Em termos gerais parece-me suficiente esta abordagem, senão longa. Entretanto o que vamos reter na descrição dos dois casos clínicos, neste trabalho, é a noção de “trauma”, no sentido psicodinâmico do termo, da falta de preparação do aparelho psíquico para lidar com uma situação nova que surge numa sintomatologia, que vem de “dentro” e não parece haver como escapar dela, na maioria das vezes o médico responde “habitua-se vai levá-lo consigo sempre” este discurso transporta inevitabilidade, desesperança, magnificando ainda mais o “trauma” e a economia psíquica entra em falência (chegaremos aqui mais tarde).

2.1.1.6. Dinâmica do Zumbido

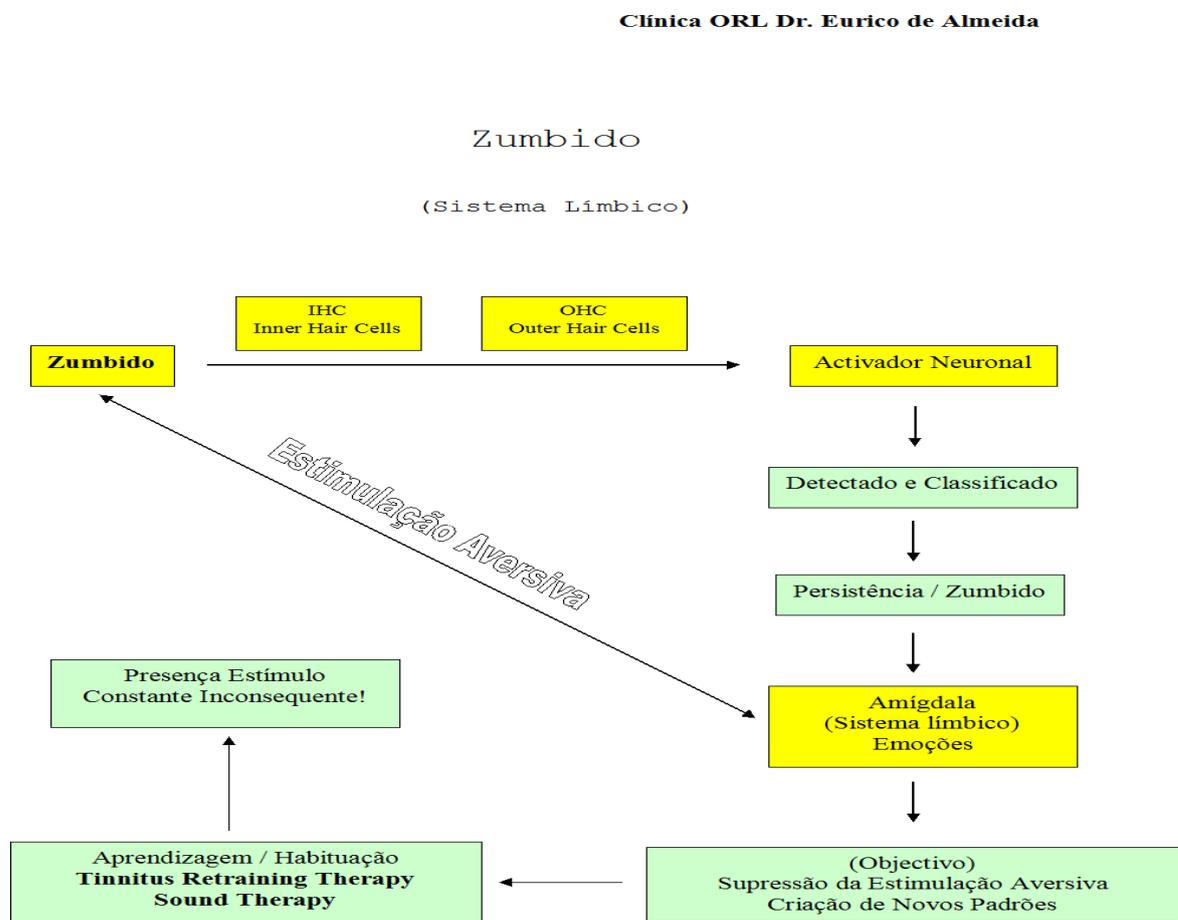
Elaborei um esboço que resume o desencadear do zumbido até a sua resposta sintomatológica. O zumbido é a perceção de um som, interno, via atividade aleatória espontânea, ou externa via som *vulgar*. A perceção do som é mediado pelas *Inner Hair Cells*, responsáveis pelo início dos impulsos, e pelas *Outer Hair Cells*, responsáveis pelo ajuste dos sons (aumentando os sinais fracos e atenuando os fortes), a partir daqui o ativador neuronal entra em cena, o som é detetado e classificado, saliente e importante para o sistema naquele momento (*fight, flight*), prazeroso ou aversivo (neste caso aversivo), desta forma persiste, tornando-se num registo padronizado, logo observado - as emoções entram em cena para

proteção (sistema límbico). Uma nota para dizer que a terapia de que falo abaixo surge na clínica como um procedimento regulamentado, a percepção do silêncio transporta a escuta do som, como a música do *Simon and Garfunkel*, “*Sound of Silence*”, quando perspeticada pela via aversiva solicita mecanismo de defesa, a intenção desta terapia de Jastreboff (*Tinnitus Retraining Therapy*) é a supressão da estimulação aversiva e a criação de novos padrões até à habituação.

A etiologia surge de variadas formas, cito as da minha experiência clínica, verificarão que tem sempre que ver com fenómenos subjetivos, via falência psíquica, isolamento, depressão, fobia, inatividade, trauma, acidente ou inervação orgânica (excluindo as causas biológicas, que podem ser imensas também, mas que não serão tratadas neste estudo).

Eis o esquema elaborado por mim (cf. Quadro 6) para os *meus* doentes do Zumbido:

Quadro 6. Zumbido



2.2.2. O vínculo à prática clínica

“É certo que a doença, o esgotamento, a fadiga a decepção, a mágoa, refletem, no mais alto grau, a «cumplicidade com a morte», quer eles tenham tido a sua origem nos estados físicos ou num comportamento psíquico; não há dúvida que eles traduzem uma vontade de alguma coisa.”

Salomé (1931, p. 47).

Começarei por dizer, que estas estruturas neuróticas correspondem a modos precoces de confrontação com realidades internas e externas, todas elas carenciadas de formas futuras incontornáveis; os modos de rececionar e/ou percecionar o trauma atual sofreram claramente dessas formas estruturais, estruturantes e adaptativas, poderei em resumo dizer, para utilizar o vocabulário mais técnico e de abordagem psicodinâmica que numa forma correlativamente positiva e regrediente, temos: regressões mais orais, para nos dirigirmos a pouco e pouco, para o anal, e depois para o fálico e o genital (com todas as misturas encontradas), um panorama nosológico que compreende a esquizofrenia, melancolia, paranoia, neurose obsessiva, histeria (angústia e de conversão). Estas formas patológicas, mais ou menos adaptativas nas suas forças subjetivas são encontradas na prática clínica e todas elas obrigam ao mesmo objetivo, a remissão do sintoma rumo a uma perspectiva mais integradora e instrutiva. Não encontrei melhor forma de resumir aquilo que de facto pretendo com este trabalho, já várias vezes repetido, e que encontrei na pessoa de Bergeret (1996, pp. 114-115):

“Se o meu trabalho se prende com as tonalidades, com as incertezas das fases evolutivas pré-estruturais, com as subtilezas diferenciais, a minha convicção permanece centrada na distinção entre dois níveis: um nível latente e profundo, que evolui para uma

estruturação do funcionamento mental cada vez mais precisa e imutável e, por outro lado, toda uma série de fenómenos manifestos e superficiais muito menos específicos, e, por isso, muito mais modificáveis. A terapêutica visaria essencialmente este nível e seria tanto mais eficaz, sem dúvida, quanto tivesse primeiro em conta as fundações estruturais que renunciaria a modificar, conservando, assim, todas as suas energias e todas as suas subtilezas para se consagrar ao arranjo dos fatores mais móveis. O fim essencial seria levar esses fatores a uma melhor adaptação às realidades estruturais profundas internas e às exigências materiais e históricas, isto é, a alcançar, ou reencontrar, no sujeito a sua própria normalidade”.

Nos meus doentes os coloridos nosológicos tratados estão nas estruturas neuróticas de base, verificaremos que a análise das narrativas efetuadas por cada um deles e, que tem como forma sintomática o mesmo fenómeno, tem como pontos comuns de etiologia:

- Mudanças extremas, ou não tanto, na dinâmica de vida;
- Compensações ou ganhos secundários via queixa;
- O médico como único suporte de saúde;
- Falta de maturidade egóica;
- Isolamento / Abandono / Falhas narcísicas;
- Dificuldades de relacionamento interpessoal / Divórcio;
- (...)

E destes fatores encontrados a via de compromisso somático seguia as perturbações:

- Neurovegetativas;
- Espasmódicas;
- Funcionais diversas.

Neste estudo salientarei apenas o zumbido como compromisso sintomático e inibidor de qualidade de vida; o *mundo* do doente através da deteção deste quadro sintomático, passa a ter uma perspetiva estreita, quer no seu mundo interno que tende a recolher-se, quer no mundo externo cuja ajuda se encontra nos manuais de que me sirvo para fazer este trabalho, mas que na prática seguem pressupostos biologistas redutores. E, para fundamentar este ponto de vista saliente, e cito Kierkegaard (1992, p. 500) acerca da *melancholia* que nos nossos dias e sob outras designações, é alvo de tratamento imediato, não baseado, como se só de um problema se tratasse, quando de base tem que ver, também, com o fator de maturação do ponto de vista moral e ético:

“I gladly admit that being melancholy is in a sense not a bad sign, for as a rule only the most gifted natures are afflicted by it. (...) People whose souls have no acquaintance with melancholy are those whose souls have no presentiment of metamorphosis. These I do not concern myself with here, for I am writing only of and to you, and to you I think this explanation will be satisfactory, for you scarcely assume, as many physicians do, that melancholy is a bodily ailment, though for all that, remarkably enough, physicians cannot cure it; only the spirit can cure it, for it lies in the spirit, and when the spirit finds itself all small sorrows vanish, those reasons which in the view of some produce melancholy – that one cannot find oneself in the world, that one comes to

the world both too late and too early, that one cannot find one's place in life; but for the person who owns himself eternally, it is neither too early nor too late that he comes to the world, and the person who possesses himself in his eternal validity will surely find his significance in this life”.

No fundo Kierkegaard (1992, p. 498) reenvia-nos para os dois princípios do funcionamento mental, o princípio do prazer e o princípio da realidade, “*so he grabs at pleasure, all the world's ingenuity must think up new pleasures for him, for it is only in the moment of pleasure he finds peace, and when it is over he yawns in ennui*”.

Vou então a partir destes excertos de Kierkegaard iniciar a descrição dos casos clínicos (em forma de exemplo) que selecionei para o presente trabalho ainda que antes descreva a metodologia de investigação.

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

3.1. Metodologia de Investigação

A escolha da metodologia para a investigação está inevitavelmente ligada à análise qualitativa, no entanto, numa tentativa de explorar dados mais sistematizados, foi efetuada uma análise estatística simples que se baseará na descrição das médias, na análise descritiva dos dados adquiridos e no cruzamento de determinadas variáveis que podem ser correlativas, a saber:

- Dados sócio biográficos
- Tipo apoio objetal
- Classe estrutural
- Racional do diagnóstico

A minha pretensão é a de efetuar uma “operação de redução teórica que opera uma rutura fundamental com a esfera da opinião” Joshua (s/d, citado em Hadji, J. & Baillé, J., 2001, p. 18). O paradigma é *quasi-experimental*, não existe reprodutibilidade no sentido das ciências experimentais. Existe um fenómeno descrito por Hadji e Baillé (2001, p. 19) denominado de *órbitas estáveis* que consideram objetos suficientemente *volumosos* e designam na minha perspetiva a intenção implícita do meu trabalho de investigação – os sintomas são um compromisso simbólico com momentos de vida marcantes, dependentes dos mecanismos defensivos utilizados e conseguidos. Experimentalmente tentei detetar, *in loco, in vivo*, a

manutenção por parte dos doentes de mecanismos internos de defesa requisitados em situação de crise sintomatológica, das estabilidades comportamentais e caracteriais, da escassez de recursos e das confrontações maturadas, proactivas e/ou infantis e regressivas. Não forneço as provas como nas *ciências duras*. “Mesmo no quadro de um paradigma *experimentalista*, provar só pode significar uma coisa: mostrar que se dispõe de uma interpretação momentaneamente mais satisfatória. A tarefa essencial do investigador é, justamente, a de interpretar aquilo que descreve” Develay, Hadji & Charbonnel (2001, p. 19). Ficaria radiante se conseguisse formular as intenções de uma prática honesta, baseada em pressupostos de intervenção fenomenológicas que façam progredir o doente, não para o fenómeno específico do zumbido, mas também para todo o manancial de potenciais doenças, à espera do seu momento, para despoletarem numa qualquer sintomatologia, amedrontadora e desconfortável - a prática escrita existe, as complexificações teóricas também, mas a sua operacionalização rareia ou não é assumida, são imensas as barreiras que se erguem (pessoais, institucionais e sociais).

A recolha dos dados inclui aquilo que outros criaram, descreveram, mas também aquilo que o investigador encontra. “Os dados são simultaneamente as provas e as pistas. Coligidos cuidadosamente servem como factos inegáveis que protegem a escrita que possa ser feita de uma especulação não fundamentada” (Gilliéron, 1996, p. 149). Esta recolha efetuada faz referência à *repetição* analisada em situação terapêutica, por exemplo:

- A anamnese do sujeito permite a observação dos comportamentos repetitivos que dão uma ideia «exata» da personalidade: é o ponto de vista histórico;
- A observação do comportamento do paciente também fornece indicações *muito precisas* sobre a organização da personalidade;
- Por vias diferentes a sintomatologia é recorrente – via vestibular;
- Sistematização e organização da informação.

Através destes quatro predicados e na base de uma fundamentação teórica surge a análise mais fundamentada.

As questões a averiguar são formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade. Privilegiam, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação. A observação é participante e as «entrevistas» em profundidade não estruturadas, “as primeiras trocas entre terapeuta e paciente fornecer-nos-ão, de imediato, informações claras sobre as motivações e sobre a estrutura da personalidade” Gilliéron (1996, p. 119-125). A reter teremos as seguintes *premissas* condutoras da análise:

- A temporalidade da sessão;
- Antes do encontro com o doente;
- A entrevista com o doente – várias fases;
- Interpretações;
- Conclusão.

A análise dos dados será concomitante com a recolha de dados uma vez que a base teórica está definida. O tratamento do material aqui descrito clarifica-se à luz de uma abordagem baseada num quadro teórico de base psicodinâmica, cuja interpretação e resultados dependem do conteúdo psicoterapêutico dos casos clínicos. O campo psicoterapêutico depende, neste trabalho, de várias decomposições literárias e na ponte que se estabelece com o respeito pela intrasubjetividade do sujeito humano. As descrições são elaboradas segundo um *quadro psicológico* que segundo Bateson (1954, citado em Gilliéron,

1996, p. 88) é (ou delimita) uma classe ou um conjunto de mensagens (ações significativas). Gillieron (1996, p. 88) diz-nos que “esta definição recorre a duas noções: a de delimitação e a de ação significativa”. “Considera-se que o quadro delimita as atividades do homem e lhes dá um significado: brandir uma faca não tem o mesmo significado se estivermos num talho ou numa rua sombria...” (p. 88).

No quadro a seguir pretendo (cf. Quadro 7) definir as ações metodológicas que sigo e descrevo neste ponto do trabalho de investigação:

Quadro 7. Ações metodológicas

- Análise qualitativa
- Análise estatística
- Paradigma quasi-experimental
- Observação participante
- Entrevista não estruturada em sessão
- Quadro teórico Psicodinâmico

3.2. Dois Casos Clínicos

“Em algum lugar andam leões ainda, desconhecendo, enquanto magníficos, toda a impotência.”

Rilke (2002, p. 61).

Gostaria de salientar que este capítulo surge da necessidade de analisar de forma «longitudinal» como se processa a consulta clínica para os casos específicos dos doentes com

a sintomatologia do zumbido e deixar claro que a dinâmica de vida têm uma responsabilidade, diria, inevitável no exacerbar do foco de atenção no zumbido. De notar que após a primeira sessão, o tema que trouxe o doente à consulta quase passa para segundo plano e o doente apercebe-se e compreende (mais importante ainda) a importância deste equilíbrio para a supressão do zumbido. Antes de iniciar a descrição dos casos clínicos e para que me facilite a diferenciação dos enquadramentos destes dois doentes, vou de forma esquemática definir a personalidade «normal» seguindo a estruturação de Kernberg (2006, p. 24):

- Conceito integrado do *self* e dos outros significativos:
 - Coerência do *self* (auto-estima normal, prazer consigo mesmo e gosto pela vida);
 - Visão integrada do *self* (realização dos desejos e compromissos duradouros);
 - Visão integrada dos outros significativos (avaliação apropriada, empatia, investimento emocional, capacidade para a dependência madura e a consistência da noção de autonomia);

- Identidade do Ego, força do Ego:
 - Capacidade para sentir afetos;
 - Capacidade para controlar impulsos;
 - Capacidade sublimatória;
 - Capacidade para confiar;
 - Capacidade para a reciprocidade;
 - Comprometimento com os outros;

- Superego maduro e integrado:
 - Internalização de um sistema de valores estável, despersonificado, abstrato,

individualizado e não dependente de proibições do inconsciente infantil;

- Consciência da responsabilidade;
- Capacidade para autocrítica realista;
- Integridade e flexibilidade em momentos de tomada de decisão;
- Comprometimento com as normas, valores e ideais;
- Investimento em relações de profundidade;
- Gestão apropriada e satisfatória dos impulsos libidinais e agressivos:
 - Capacidade para uma expressão completa das necessidades sensuais e sexuais;
 - Capacidade para a sublimação de impulsos agressivos.

Os critérios estabelecidos para a definição de uma personalidade «normal» são indicadores excelentes das falhas na adaptação do doente, como pródromo do sintoma, então o objetivo da psicoterapia nestes casos, como pretendo demonstrar, é ajudar “os doentes a desenvolverem competências que lhes permitam conter os conflitos inconscientes, transformar as violentas passagens ao ato e somatizações em experiências intrapsíquicas, que permitam obter desenvolvimentos do ponto de vista da representação e da fantasia, e que levem ao desenvolvimento da tolerância às experiências afetivas em vez da sua descarga e eliminação através de ações” Kernberg (2006, p. 141). Diatkine (1967, citado em Bergeret, 1996, p. 25), propôs um sinal de anormalidade, bastando apenas a afirmação do doente em *não se sentir bem* ou *não ser feliz*, fatores dinâmicos e económicos internos no decurso do seu desenvolvimento.

Caso 1

José, Engenheiro, de 63 anos, nascido a 13 de Novembro de 1942, reside em Vila Nova de Gaia, divorciado, 4 filhos (3 do 1º casamento e 1 do 2º casamento). Sessão a 28 de Abril de 2006.

O pedido, surge devido ao intenso zumbido que ouve, particularmente no ouvido esquerdo (já está a passar para o direito, afirma) – quando retira o aparelho auditivo o zumbido é ensurdecedor, saliento aqui, que há falta de estimulação auditiva externa, existe uma maior disponibilidade para a audição dos fenómenos internos. Temos neste caso uma razão objetiva para uma maior predisposição ao escutar do zumbido, realmente é um fator que magnifica de sobremaneira a sua audição uma vez que o doente está potencialmente e constantemente a monitorizar esta atividade que se pretendia natural, espontânea e automática – não deveria ser algo monitorizado, remeto para o Quadro 6.

Na primeira sessão tem uma apresentação cuidada, uma postura normalizada – ligeira ansiedade e rigidez postural. Lacrimeja muito de ambas as vistas. Afirma que a sua vida é um “inferno” muitos problemas, está de momento sozinho (no entanto não quer morrer sozinho, diz “vou arranjar alguém!”). O zumbido é muito *notado* pela noite quando chega às 20.00 ± da fábrica; pois não tem ninguém com quem se *distrair* – refere várias vezes; no momento a sua angústia dirige-se à mãe da sua última filha de 10 anos – queria estar mais tempo com ela, mas afirma que a mãe é desequilibrada “não aguento mais” afirma que é capaz do melhor e do pior com esta mãe. Afirma, ainda, que faz tudo pelos outros, não consegue dizer não, «caio sempre nos mesmos erros».

O doente vive com intensidade a sua idade, o facto de não querer ficar sozinho “nem que vá para alguma instituição”. A filha de dez anos perturba, preocupa-o o seu crescimento, o facto de ele não poder ser presença constante.

Parece-me que o zumbido (queixa principal) apesar de ser sintomático e derivado de causas somáticas – a sua exacerbação e posterior agudização se deve ao facto da vida *desregrada, repetitiva e angustiante* na qual se insere o doente. A dinâmica sistémica e intrapsíquica necessitam de ajustes excepcionais.

Em primeiro lugar e, depois de atentar e escutar a tudo aquilo que verbalizou o doente – comecei por dar-lhe o racional do fenómeno auditivo, o porquê da escuta do zumbido e o porquê de no contexto atual isso parecer estar a aumentar. Interpretei de forma paralela os fenómenos que no momento estavam a contribuir para esta exacerbação, teve que ser confrontado diretamente com a sua postura atual; a sua relação com a mãe e filha de 10 anos, os problemas causados no quotidiano. A intenção é diagnosticar as causas, interpretar não agir, ser terapêutico já na primeira abordagem.

Neste momento uma postura pedagógica relativamente ao fenómeno auditivo é fundamental, quer para que o doente compreenda melhor esta dinâmica, este órgão sensorial que como qualquer outro órgão dos sentidos procura estimulação e também para que o doente passe a problemática do sintoma para a perceção das dinâmicas de vida que causam tensões aparentes e não são trabalhadas rumo a uma maior adaptação sistémica, neste caso, e que o sintoma de per si, é apenas uma solução somatizada dos aspetos angustiantes e não trabalhados psiquicamente – remeto aqui para as indicações de uma personalidade “normal” integrada nas suas relações consigo e com o mundo dos outros e meu.

No final da sessão pareceu-me existir um bom *insight* e vontade de fazer algo para mudar o estado de coisas. É importante maturar o doente, permitir-lhe viver a vida de forma mais individualizada e assertiva. *Viver o zumbido e a vertigem noutra perspetiva.*

Solicitei o seu acordo na continuação das consultas, do processo que implicava e das suas motivações, para efetivamente, mudar algo dos seus apoios objetivos e fenómenos de repetição (compulsão para a repetição). Dar ordem à sua dinâmica intrapsíquica e inter-relacional. Expliquei o facto da importância do “sim” diferenciado nas relações com os outros – o conceito de autonomia dependente do Kernberg, Deixo aqui uma questão reflexiva, será que não será a sua escolha inconsciente?

A sessão seguinte evidencia algo mais das suas interações, das suas meditações pessoais e expectativas, o racional de fenómeno auditivo parece-me ainda muito importante ainda que pareça repetitivo, colocar o doente perante o seu pedido de ajuda inicial, ajuda-o a remeter para a realidade atual, ainda que latente, quero dizer, estamos agora a falar da dinâmica da sua vida e das repercussões que possa ter ao nível do sintoma (muito importante). Nesta sessão a apresentação continuou a ser cuidada, afirmou várias vezes “vou ter que olhar por mim, eu estou primeiro”. Discutimos as suas dinâmicas com ex-mulher, filha – decidiu-se em conjunto e, o José comprometeu-se a alterar a sua interação com estas duas personagens, o controlo da situação vai passar para o lado do José.

- Depois desta alteração – quais as reações?

- Sentiu o controlo da situação?

A questão a partir daqui está claramente mais ego centrada e o doente *percebe* que a mudança relacional neurotizante tem que sofrer cortes efetivos – relação com mulher, com ex-mulher, com a filha.

Na terceira sessão apresentou-se com uma nova dinâmica, “estou a mudar a minha, vida, tenho que mudar, já tinha isto projetado há muito tempo!” Esta verbalização já tinha sido exteriorizada em sessão anterior, no entanto, a presente foi declarada de forma mais convincente e enérgica. Tem uma nova companheira, com a qual teve uma atração e empatia instantânea – afirma ter a certeza de que vai dar certo. Apontei este sentimento e declaração, no entanto, solicitei que se «abrisse» com tranquilidade, que mantenha a sua individualidade e dependência.

Deveria promover a sua liderança na relação com a ex-mulher e filha, devia deixar as rotinas neuróticas – todos os intervenientes sabem o que contar do outro – para que tomasse o controlo.

Quando ao zumbido, que foi o desencadeador das sessões, continua a incomodar, mas, agora de uma forma mais vulgarizada e integrativa, graças a uma nova postura relativamente à sua intrasubjetividade e às suas relações anaclíticas. Após esta tomada de posição o José sai reforçado (no seu narcisismo, confrontar com tomadas de posição anteriores!) na compreensão do fenómeno e mais «absoluto» na nova dinâmica de vida.

Caso 2

Antónia, 63 anos, reformada, professora 1º ciclo, o marido profissional de seguros, reformado (surge nesta descrição porque insiste em ficar com a anuência da mulher, no entanto, a espaços e se se demorava na entrada a mulher aproveitava para dizer que “ele não me larga”. Dois filhos de 39 e 35 anos respetivamente. A problemática apresentada era, zumbido em ambos os ouvidos, já anda a tentar tratamento há quase sete anos.

A Antónia surgiu, então, com o marido, pareceu-me à primeira impressão uma menina de *8 anos superprotegida e a solicitar miminho.*

Claramente detetam-se *ganhos secundários*, requer todas as atenções, os filhos promovem a procura constante de uma *cura*, a opinião dos médicos, ainda que na maioria das vezes inadaptada “aprenda a viver com isso é uma doença que morrerá consigo” não estava sujeita a qualquer tipo de lesão como no primeiro caso (surdez); a presença constante do marido promove a dependência e obsta à verdadeira relação comigo.

O racional da audição é também aqui formulado, observando as indicações da *Tinnitus Retraining Therapy*, que estava já elaborada, no entanto de forma desajustada e errónea (observou as indicações na internet, outro problema que desencadeia a maximização dos sintomas com monitorização constante do sintoma, continuamente e gradativamente aversivo), o tratamento com o *sound generator*² nunca foi levado a sério, não seguiu as

² Gerador de som utilizado na mesma frequência do zumbido do doente, após avaliação, e que tem a função de mascarar o som, torná-lo inaudível.

prescrições, ou as explicações foram também elas inadequadas. Foi-lhe delineado um novo racional, anatómico e fisiológico do zumbido.

Nesta doente é de notar que a busca constante de atenção nesta base regressiva provoca sofrimento e depressão – meios que procuram a resolução do impasse, nunca elaborado – inibindo completamente a interação pessoal, social, no entanto, com dissonâncias sistémicas constantes, existe de facto uma *confusão* interativa em todas a sua constante anaclítica; não tenho dúvidas que os ganhos secundários estão a ser muito importantes nesta “doença”.

Uma nota, a Antónia afirma que no “Brasil sinto-me bem!” Parece que o zumbido sofre uma remissão, não será uma constante climatérica possivelmente, apenas o contexto deixa de ter uma nota neurotizante e os seus vínculos exploratórios com todos os intervenientes, na tal relação anaclítica, deixa de se realizar, os constantes contra-investimentos relaxam e o ponto de partida passa a ser o novo, o princípio do prazer renovado numa nova paisagem não sofre rejeição, pelo contrário é remediado a todo o momento, quando decide regressar, os mecanismos de adaptação regressiva entram novamente em ação, iniciando a carreira mórbida, no sentido da somatização ou da conversão ou regressão psicossomática transformada em zumbido.

Na segunda sessão, surge mais uma vez com o marido! Tudo roda à volta da Antónia; o zumbido continua invasivo da sua vida intrapsíquica, da sua vida social! Quer soluções *SOS*. A Antónia na sua relação objetal é extremamente histriónica, não sei de posso utilizar este superlativo, com necessidade constante de atenção, faz lembrar, mais uma vez, a *menina abandonada, perdida*!

Na terceira sessão a Antónia continua muito implicada no seu problema. Houve entre as sessões a visita a outro profissional otorrinolaringologista de Coimbra que descobriu um problema funcional que provavelmente está implicado no zumbido da Antónia – provavelmente outra questão para neurotizar ainda mais os processos intraindividuais e sistémicos. Como seria de esperar depois desta notícia o zumbido quase desapareceu (momentaneamente, claro, com a continuação das consultas médicas os argumentos tornam-se a esgotar-se), “não sinto zumbido”. O que relança a primeira observação dos ganhos secundários e do fator traumático de ameaça que compromete a qualidade de vida da Antónia sem que ela verifique que é a *causadora* da manutenção do fenómeno, parece não querer compreendê-lo tal é a regressão, daí também a importância da intervenção precoce no desenvolvimento destes doentes (não esquecer que falamos de uma professora), o fator via académica nestas questões são mais valia se ajudaram também a progressão do ego, remeto para Kernberg, acima.

Ambos os casos abordam sujeitos com idades que há partida remetem para uma maior maturidade, acontece que devido a esquemas mal adaptativos precoces – sabe-se que só por si não existe uma correlação positiva entre idade e maturidade egóica, ela depende de muitos fatores desenvolvimentais onde a experiência joga um papel fundamental nos acréscimos de fatores adaptativos, ou por outro lado no decréscimo destes; ou então no acréscimo de fatores adaptativos, mas, regressivos, fixados, que inevitavelmente transportam sofrimento, via contrainvestimento, que nalguns casos para além de sofrimento psíquico, tem a sua tarefa também materializada noutro sintoma físico qualquer, num outro compromisso.

A questão do zumbido é função de falência dos processos dinâmicos, na falta de potencialidades confrontadoras o indivíduo *ensimesmado* monitoriza-se constantemente (numa ansiedade generalizada), daí o sintoma, ou a manutenção deste (cf. Quadro 6), neste caso, como referi antes, um processo normal como a audição do zumbido torna-se manifestação de superfície destinada a exprimir a presença de um conflito, a expressão do retorno de uma parte do recalcado através dos desvios das formações substitutivas ou das realizações de compromisso (entre os desejos pulsionais e impossibilidade de os realizar) e, finalmente, também, muitas vezes, formações reativas de contra-investimento pulsional, quando a elaboração do sintoma se encontra mais ativa.

De uma forma ou de outra, a focalização e monitorização destes fenómenos *normalizados*, apenas detetados como anormais, tornando-se aversivos, desencadeiam um conjunto de contra investimentos similares aos das pulsões que buscam o prazer ou o evitamento do desprazer, provocando, em última análise, falência psíquica, que leva à angústia ou nos quadros mais prolongados no tempo, à depressão. Como sabemos a depressão, só por si, pretende também um comprometimento que pode ser apenas, o de um *não posso mais, não consigo lidar com esta invasão*.

3.3. Interpretação

“Sonha-se antes de contemplar. Antes de ser um espetáculo consciente, toda a paisagem é uma experiência onírica. Só olhamos com uma paixão estética as paisagens que vimos antes em sonho.”

Bachelard (2002, p. 5).

A transcrição destes dois estudos de caso, foram retirados ao acaso, existe uma imensidão de doentes que surgem com esta tipologia sintomática (zumbido, vertigem, tontura e outros fenómenos do foro vestibular), que iniciam consulta psicoterapêutica, porque os *caminhos* percorridos na especialidade (ORL) estão esgotados, a manutenção de uma perspetiva biologista, «peca» por ser redutora e não abrangente da totalidade da pessoa humana, em toda a sua subjetividade, insisto.

Nos casos descritos o fato a retirar como *pedra de toque* é a fadiga psíquica que promove o impasse do sintoma (procura solução), este não é elaborado na base da solicitação sob a forma de desespero em que as relações externas se encontram em *crise*, não resolvidas, pelo contrário, são e podem ser responsáveis pelo conflito. Concebamos uma contrariedade interna (zumbido) que remete, enquanto *fantasmática secundária*, para um imaginário de *loucura* e de *doença prolongada* (muitos doentes referem que tem medo de ter um tumor ou de estarem a ficar loucos) as dificuldades são acrescidas, na minha perspetiva, pois a resolução, ou a compreensão das adversidades necessitam de resolução intrapsíquica, os elementos problemáticos existem *dentro* e não *fora*. Desta forma, seja este sintoma um fator de «ventilação neurótica», seja uma «questão existencial» não resolvida, o que é facto é que transforma a resolução na mesma solução, ou comprometimento – o zumbido.

Para me ajudar na prossecução do enquadramento interpretativo e interventivo utilizei a posição adotada pelos autores da classificação americana (DSM-III-R e DSM-IV, APA, 1989, p. 377):

“Os traços da personalidade designam as modalidades habituais segundo as quais se percebe, se reage a e se concebe o seu ambiente e a sua própria pessoa. Expressam-se numa vasta gama de situações importantes, sociais e pessoais. Os traços de personalidade só constituem perturbações da personalidade quando são rígidos,

inadaptados e responsáveis quer por uma alteração significativa do funcionamento quer por um sofrimento subjetivo. As manifestações das perturbações da personalidade, frequentemente identificáveis desde a adolescência, até mesmo mais cedo, persistem durante a maior parte da vida adulta; no entanto, esbatem-se frequentemente na segunda parte da vida ou no idoso. Os critérios de diagnóstico das perturbações da personalidade dizem respeito aos comportamentos ou traços que são característicos do funcionamento recente (ano anterior) e do desenvolvimento da pessoa desde o início da idade adulta. O conjunto dos comportamentos ou dos traços é responsável quer por uma alteração significativa do funcionamento social ou profissional quer por um sofrimento subjetivo.”

Declaradamente é uma posição criteriosa, também ela muito pouco esclarecida e redutora (remeto para descrições anteriores de Kernberg e Bergeret), no entanto, serve o propósito da interpretação. Segundo autores como Kernberg e Bergeret, na perspetiva psicodinâmica a estrutura de personalidade é geralmente qualificada na base de:

- Um modo de relação de objeto;
- Um tipo de angústia específica;
- Mecanismos de defesa particulares.

No caso específico dos doentes relatados, estas três *constantes* estão presentes desta forma: ambos estabelecem um modo de relação de objeto particular, nas suas interações internas e externas, tem um tipo de angústia específica, que como *fenómeno de superfície* é o zumbido, ou transformado em zumbido e, mecanismos de defesa particulares, modos de lidar com as contingências que levaram ao zumbido subjetivo e aos compromissos «pós-zumbido». Relativamente aos critérios estabelecidos no DSM-III-R e DSM-IV, utilizaria apenas a parte

final para concluir e dizer que o conjunto de comportamentos ou traços é responsável (é sempre, ninguém é *culpado* como nos diz Diatkine), por uma alteração significativa do funcionamento social, claro, a tristeza que acompanha estes trajetos (não quero propositadamente chamar-lhe depressão) promovem sempre um distanciamento da realidade, provocando sofrimento.

Gostava de salientar a definição da organização da personalidade segundo Gilliéron (1996, p. 147), “conjunto de fatores que constituem o indivíduo (o corpo, o psiquismo e a relação com o círculo relacional), afirmamos que se pode deduzir uma estrutura a partir das formações caracteriais de um indivíduo”. Neste quadro, sublinho o círculo relacional dos dois doentes em causa, gostava de obliterar as relações mais próximas (cônjuge, filhos), esses funcionam desde sempre e deixam de funcionar por vezes (e.g. vazio narcísico, abandono, etc.); refiro-me à procura de ajuda profissional, senão vejamos, afirma Gilliéron (1996, p. 147), “pela nossa parte, desenvolvemos a teoria de apoio objetal que procura mostrar como o sujeito se apoia no seu círculo relacional para manter o equilíbrio psíquico, ou seja, de alguma maneira para *manter a sua personalidade*”. Estabelecendo a ponte, então, com uma «procura profissional», surgem estas questões:

- Serve para manter o *equilíbrio*?
- Serve para manter a qualidade de vida?
- Serve para manter a estrutura?
- Serve para manter a capacidade proativa?
- Serve para manter o narcisismo necessário?
- Serve para manter a autoestima e o autoconceito?
- Serve para manter, de uma forma mais geral, a confiança no sistema de saúde?

Não! Falha em todas as vertentes e o sintoma agudiza-se com todos os impedimentos posteriores. E, uma vez que os indivíduos se organizam impondo ao seu círculo relacional as suas próprias modalidades, estas traduzem a sua maneira de conceber o mundo, que desta forma falha em toda a trajetória, incluindo na remissão do sintoma, ou na confrontação com ele.

No Capítulo I, ponto 1.7.2 deste trabalho abordei, de forma mais intensa, a classe estrutural neurótica e as suas variantes. Nestes dois casos específicos a classe e/ou estrutura neurótica está presente, indicadas pelas formas de confrontação, p.e. sabem reconhecer a existência do outro e situar os problemas no interior deles mesmos, tem sentimentos de culpabilidade inconscientes, que faz com que, em determinados momentos se sintam culpados, para além disso respeitam o quadro estabelecido em todos os momentos. Existe uma certa fragilidade psicológica, devida ao acontecimento traumático (pode ter aqui, um pendor muito elevado, mas apenas designo «trauma», e.g. na forma de uma nova situação de vida e que inevitavelmente necessita de novas dinâmicas e de novos equilíbrios). Se existe pré-disposição genética é uma questão à qual não consigo responder, não tenho dados para tal, apesar de pensar, que como diz Freud (citado em Bergeret, 1996, p. 119), existe sempre algo de, pelo menos, filogenético, “não existem também, a nível de cada estrutura, sensibilidades corporais particulares ligadas a predisposições específicas?” Gostaria de reforçar algo que afirmei na formação de sintomas e que se «planta» bem neste ponto, estamos a tratar de processos mentalizados, ainda que não materializados, são atos prejudiciais, de que o indivíduo se queixa e que lhe provoca desprazer e sofrimento; o maior prejuízo reside no dispêndio mental que eles próprios envolvem e que se tornam necessários para lutar contra eles. Desde logo o equilíbrio global fica fragilizado o indivíduo fica mais exposto, quer aos

danos biológicos, quer a dificuldades relacionais, quer a perturbações da organização do aparelho psíquico.

Dissecando ainda mais estas estruturas neuróticas, tenho poucas dúvidas em afirmar que se incluem nas histerias de conversão, ou como dizia de uma forma mais atual, nas regressões psicossomáticas. Vejamos, no processo de proteção contra o sintoma adverso (cf. Quadro 6) o recalçamento (das problemáticas intrasubjetivas não resolvidas) é conseguido momentaneamente, e sublinho momentaneamente, deixando, claro, os seus resíduos que emergirão mais tarde. Não sendo esta supressão, então, totalmente bem-sucedida vão ligar-se aos sintomas situações desagradáveis, e.g. a inervação sobreintensa (tipicamente inervação somática), sensorial ou motora de excitação ou de inibição (onde me parece podemos colocar o zumbido, como desencadeador do problema ou como resposta a ele – desenvolvem o mesmo). Na falha do processo de recalçamento como defesa secundária, este completa-se com a formação do sintoma, “esta focalização somática corresponde, portanto, a um deslocamento sobre uma parte do corpo” Bergeret (1996, p. 116). Não nos podemos esquecer que estas dinâmicas pretendem evidenciar uma adaptação, existem no entanto, dificuldades em Sami-ali (1991, p. 38):

“(...) conceber a existência de um conflito interno, como se os problemas tivessem de estar sempre situados no exterior. Isto é sobretudo fácil de conceber, quando, em situações de conflito psíquico se apela «ao domínio de si», «à lucidez», «à moral», ou seja ao recalçamento. Recalçamento que em vez de resolver o conflito o suprime, enquanto experiência vivida. É sem dúvida a razão pela qual, num tal funcionamento, o «psíquico» se encontra muitas vezes radicalmente isolado no «somático». O que se passa no corpo é atribuído unicamente a uma causa orgânica, o «psíquico» engendrando o «psíquico» e o «somático» o «somático».

É necessário viver a experiência em toda a sua profundidade, só desta forma existe trabalho psíquico inibidor da passagem ao ato, ou à somatização, como nos dizia Morin (2003) “é na histeria que vivemos a intensidade da nossa realidade e a imensidade da nossa ilusão.”

Após esta descrição narrativa, qualitativa, do processo de consulta, que nos ajuda a entender os caminhos e as direções que a sessão terapêutica toma, tendo em conta, claro está, o modo de proceder que rege a minha intervenção e interpretação, vou tentar organizar matéria estatística para sugerir um padrão relativo ao tipo de apoio objetal do doente, da classe estrutural que está na base dos doentes que padecem desta problemática, do seu estado civil e profissão.

3.3.1. Análise Estatística

A análise estatística foi tratada no SPSS versão 20, compreende uma análise descritiva das variáveis apresentadas no quadro (cf. Quadro 8) e uma tentativa de estabelecer correlações significativas entre os dados.

Quadro 8. *Variáveis alvo da análise estatística*

		Statistics					
		Idade	Género	Profissão	Estado Civil	Tipo de Apoio Objectal	Classe Estrutural
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0
Median		7,00	1,50	2,00	2,00	3,50	1,00

A amostra compreende 30 indivíduos (15 homens e 15 mulheres) que após consulta em especialidade foram encaminhados para consulta psicológica, de referir que todos apresentam como queixa inicial o zumbido – na cabeça, nos ouvidos e em apenas um dos ouvidos. No que diz respeito aos dados solicitados e recolhidos em entrevista clínica elaboro uma descrição que me ajudará à posterior discussão; as idades estão compreendidas entre os 18 e os 65 e mais anos, segundo o modelo de desenvolvimento no adulto de Cross (1984): pré adulto (18-22), entrada (22-28), transição dos “30” (28-33), estabilização (33-40), transição (40-45), entrada (45-50), transição dos “50” (50-55), culminar da meia-idade (55-60), senescência - transição (60-65), senescência profunda (65 em diante). As profissões surgem segundo uma perspectiva que teve em conta as premissas do Ministério do Trabalho e, claramente direcionada para a amostra selecionada aleatoriamente: setor terciário, médio, quadro superior, estudante, desempregado, reformado. O estado civil: solteiro, casado / união de fato, divorciado, viúvo. Relativamente ao apoio objetal gostaria de elaborar uma evidência clara sobre o porquê desta escolha; foram os «suportes» que se foram aclarando na tese e que compreende três dimensões do homem no seu equilíbrio homeostático, dependente da sua capacidade para se adaptar adaptando-se: apoio biológico, apoio intrapsíquico e apoio relacional. A classe estrutural surge como uma premissa importante para encontrar uma média maior e mais constante: as duas grandes estruturas, a neurótica e a psicótica, não considere outros arranjos tidos como intermediários, «*as if*».

3.4. Discussão de resultados e conclusões

“O homem quer ver. Ver é uma necessidade direta! A curiosidade dinamiza a mente humana.”

Bachelard (2002, p. 30).

A primeira discussão centra-se numa das premissas em que mais insisti neste estudo, de forma geral, e que tem que ver com a «falta» na prática, da utilização das concetualizações teóricas! Muito, como detetamos na leitura deste estudo, foi escrito e continua a ser, na senda de uma preocupação mais abrangente pela pessoa humana, no entanto, continuamos perseguidos (aqui na opinião de doente) pelas preocupações reducionistas, se assim posso utilizar a expressão. Muitas são as leituras e os autores que defendem estas preocupações, desde Morin (2003) a Bauman (2007), passando por Zizek (2005). As sustentações teóricas destes autores e de outros continuam a existir na clivagem daquilo que sustentava Milheiro (1991, p.10) do “isolamento das grelhas habituais e, a insuficiência das gavetas de estudo compartimentado que as ciências até agora estabeleceram.” No entanto, “aprofundar isoladamente acabou por abrir as janelas da inter-relação e evidenciar a sobredeterminação”, o aprofundamento ou a necessidade de reduzir os dados para a aquisição de um conhecimento mais específico, ao nível das ciências da saúde, promove uma divisão que nomeia e mapeia as sintomatologias, correlacionando-as ao critério da doença e não respeitam as interfluências e interligações que existem ao nível da dimensão vital do ser humano. E é neste confluir de forças que o fator saúde se «joga».

Saliento a importância da psicoterapia de base psicodinâmica de *apoio objetal*, para a análise, interpretação e compreensão do fenómeno do zumbido, os fatores psicológicos até agora e, tanto quanto consegui indagar numa revisão bibliográfica profunda (em *Tinnitus Treatment*, 2006, p. 5) considerados no tratamento do zumbido foram:

- **Cognitivos**, que preconiza que os doentes desenvolveram formas inapropriadas de «pensar» o zumbido;
- **Habituação**, que indica que o zumbido é incómodo por falha na habituação;

- **Atenção**, uma falha no desvio da atenção, portanto, focalização;
- **Aprendizagem**, as respostas ao zumbido foram aprendidas.

Nunca a abordagem envolveu, também, a psicologia mais profunda e a análise psicodinâmica das estruturas de personalidade responsáveis, ou mais diretamente ligadas a estes fenómenos. As aproximações psicológicas, raras, mas mais estudadas tem que ver com a terapia existencial, a terapia cognitiva, a terapia humanista e a teoria comportamental. Tyler (2006, p. 6) confirma que nesta perspetiva:

“These theoretical frameworks are also not mutually exclusive, but I suspect that tinnitus counselling would benefit from a deeper understanding of the theoretical background of different counselling approaches. Those clinicians who have some training in these approaches will put themselves in a better position to serve their tinnitus patients.”

Portanto a abordagem interpretativa seguida neste estudo, tem um campo alargado de estudo e deverá promover conhecimentos mais aprofundados a este nível, se não for pelo próprio médico que seja na via do delegar responsabilidades a outros profissionais.

O zumbido é sintoma subjetivo, porque vivido pelo próprio na sua realidade, “a doença será sempre arranjo característico do portador, conjugando o carácter universal da espécie, transmitido filogeneticamente, com o carácter próprio de cada um, obtido e construído no corpo e espírito, como é costume dizer, desde o primeiro dia.” Milheiro (1991, p. 19) A atividade do sistema nervoso no desencadear do zumbido está presente em todos os seres humanos, o sinal é usualmente um som fraco que não causa sofrimento. Pode, no entanto, ser influenciado por patologia da cóclea. Apesar da subjetividade, o procedimento terapêutico não

deve centrar-se só no indivíduo sofredor e no seu sintoma, mas deve ter como foco alargado, o «apoio objetal do equilíbrio psíquico», este baseia-se num apoio triplo, segundo Gilliéron (1996, p. 198):

- **Apoio biológico:** que não se resume ao fator constitucional, mas diz também respeito ao estado fisiopatológico do sujeito ao longo de toda a existência;
- **Apoio intrapsíquico:** organização endopsíquica individual tal como a psicanálise a concebe;
- **Apoio relacional:** o equilíbrio do sujeito baseia-se não apenas nas suas relações objetais internas (imagens) mas ainda nas relações interpessoais significativas, o que designamos por *apoio objetal*.

O que se pretende então através de uma técnica interpretativa será evidenciar o contexto relacional no qual apareceram os sintomas, definir a *crise e a mudança* suscetível de produzir, mostrar o *conflito interno* com o qual a mudança confronta o doente e dar sentido aos sintomas.

Já foi bastante salientado que o recalçamento é a defesa de base das estruturas neuróticas, a evitação da angústia e do desprazer, incluímos fenómenos internos e externos. É um princípio especial que domina a vida da pessoa humana desde o seu início, no entanto, enquanto não se derem as vicissitudes do desenvolvimento, a maturação do aparelho psíquico, o recalçamento não é possível. Logo que ocorre a diferenciação somatopsíquica entre o próprio e o mundo que o envolve, entre o interior e o exterior, os elementos desagradáveis da vida interior (colocamos o zumbido neste patamar, como condição neste caso) podem ser deslocados para o mundo exterior, através de que mecanismos? De inervação, conversão ou somatização. O contrário será também válido, pode ser que um estímulo externo se torne interno – por exemplo, corroendo e destruindo algum órgão corporal, surgindo assim uma

nova fonte de excitação constante e um aumento de tensão. O zumbido nesta perspetiva assume-se como um potencial sintoma para a resolução de conflitos adaptativos.

Após uma abordagem anterior que remete mais uma vez para uma discussão que tem como suporte a experiência subjetiva do meu trabalho, elaboro agora uma compreensão estatística que surge do quadro abaixo apresentado (cf. Quadro 9):

Quadro 9. Racional do diagnóstico da amostra (N=30) utilizada para o estudo empírico

Nº	Dados socio biográficos	Tipo de Apoio Objetal	Classe Estrutural	Racional do Diagnóstico
1	<ul style="list-style-type: none"> • 52 • Masculino • Construção civil • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológico • Intrapsíquico 	Neurótica	Existe surdez, trabalho ruidoso contínuo durante um tempo muito prolongado. Registo de sofrimento atualizado por acidente que o remeteu para a inatividade continuada, num registo de fatalismo...
2	<ul style="list-style-type: none"> • 60, • Feminino • Seguros • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico • Relacional 	Neurótica	Desconforto marcado pela desarmonia atual da família, procura de novos equilíbrios num registo de queixas somatizadas...
3	<ul style="list-style-type: none"> • 63 • Masculino • Gestor comercial • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico • Relacional 	Neurótica	Negação do estado atual compensado na depressão, procura contínua de etiologia orgânica, alimentação dos seus fantasmas pela classe médica, perceção ineficácia...
4	<ul style="list-style-type: none"> • 53 • Masculino • Designer gráfico • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológico • Relacional 	Borderline	Episódios centrados na via vestibular (focalização), cefaleias, dificuldades anaclíticas, intelectualização contínua do problema...
5	<ul style="list-style-type: none"> • 47 • Masculino • Industrial • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Biológico • Intrapsíquico 	Neurótica	Uma dinâmica complexa – família, trabalho, eu – caracter histerofóbico. Imensas queixas organicistas...

6	<ul style="list-style-type: none"> • 66 • Feminino • Modelista (reformada) • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológico • Intrapsíquico 	Neurótica	Historial familiar de doença (marido e filha), intelectualização do problema com procura contínua, poucos elementos aloplásticos...
7	<ul style="list-style-type: none"> • 52, • Feminino • Comerciante • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico 	Neurótica	Perdas afetivas, luto, ventilação sob a forma de conversão histérica...
8	<ul style="list-style-type: none"> • 35 • Masculino • Construção civil • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico 	<i>Borderline</i>	Descompensação familiar, nascimento do filho, pouco maturidade afetiva e emocional, anaclitismo...
9	<ul style="list-style-type: none"> • 42 • Feminino • Funcionária dos CTT • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico • Relacional 	<i>Borderline</i>	Problemas multifacetados relativos à atividade laboral, muita imaturidade, fenómenos contínuos de conversão histérica, nomeadamente vertigens...
10	<ul style="list-style-type: none"> • 56 • Feminino • Professora de inglês • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Biológica 	Neurótica	Organicidade (rutura do tímpano), focalização vestibular, depressão, problemas familiares, constelação de dinâmicas comprometidas...
11	<ul style="list-style-type: none"> • 77 • Feminino • Hotelaria (aposentada) • Viúva 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional 	Neurótica	Imaturidade egóica, má gestão familiar, afunilamento dos pontos de interesse, ensimesmamento...
12	<ul style="list-style-type: none"> • 37 • Feminino • Monitora informática • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológica 	Neurótica	Doente invisual, «Trigger» despoletado por mecanismo organicista, audição da atividade aleatória espontânea...

13	<ul style="list-style-type: none"> • 62 • Masculino • Bancário (reformado) • União de fato 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Intrapsíquica 	Psicótica	Imaturidade egóica, má gestão familiar, afunilamento dos pontos de interesse, anaclítismo, organicidade presente fruto de uma hysterização do corpo, depressão, fadiga geral, delírio persecutório, desconfiado, paranoia...
14	<ul style="list-style-type: none"> • 19 • Feminino • Estudante medicina • Solteira 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquica 	Neurótica	Intelectualização, gestão errada da carreira, não dominância da distribuição dos ritmos circadianos, depressão via reativa...
15	<ul style="list-style-type: none"> • 57 • Masculino • Juiz • Divorciado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Intrapsíquico 	<i>Borderline</i>	Falta capacidade de sublimação, desamparo, rigidez, negação do problema, economia da hipernormalidade...
16	<ul style="list-style-type: none"> • 47 • Feminino • Secretária • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico 	Neurótica	«Trigger» despoletado por mecanismo organicista, audição da atividade aleatória espontânea...sensibilidade exacerbada, alguma «melancolia» ligada ao processo artístico...
17	<ul style="list-style-type: none"> • 45 • Masculino • Engenheiro eletrotécnico • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico • Relacional 	Neurótica	Negação dos problemas relacionais, tensão permanente, dificuldade de gestão da vida social vs. laboral, descompensação devida a esta má gestão, depressão negada...
18	<ul style="list-style-type: none"> • 33 • Masculino • Comerciante de móveis • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico 	<i>Borderline</i>	Muito ego sintónico, materialização do pensamento, pensamento mágico, regressão psicossomática...
19	<ul style="list-style-type: none"> • 78 • Masculino • Técnico de telefones • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico 	Neurótica	Afunilamento dos pontos de interesse, ensimesmamento – foco interesse, sintomatologia...
20	<ul style="list-style-type: none"> • 38 • Feminino • Tradutora • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional 	Neurótica	Depressão com alteração dos ritmos de vida (Descomunicação, ritmopatia, anedonia, anergia)... problemas conjugais... procura de um mundo mais abrangente...

21	<ul style="list-style-type: none"> • 62 • Masculino • Guarda prisional • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Intrapsíquico 	Borderline	Depressão, má gestão dos afetos, vida demasiado “torturante”, muito intensa, alteração dos padrões de vida, pouca maturidade intelectual...
22	<ul style="list-style-type: none"> • 40 • Feminino • Secretária • Solteira 	<ul style="list-style-type: none"> • Biológica 	Neurótica	Surdez, depressão devida a sintomatologia recorrente – alimentada pela contínua acentuação do rótulo de doença...
23	<ul style="list-style-type: none"> • 54 • Feminino • Desempregada • Viúva 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Intrapsíquico • Biológica 	Borderline	Sintomatologia diversa, desamparo, medicação diversa devido às imensas queixas, pouco insight...
24	<ul style="list-style-type: none"> • 59 • Feminino • Peixeira • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional 	Neurótica	Problemas familiares constantes, nomeadamente com marido alcoólico, falência psíquica devida a má gestão familiar...
25	<ul style="list-style-type: none"> • 42 • Masculino • Técnico de montagem de estores • Divorciado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional 	Neurótica	Focalização constante no fenómeno, intelectualização do problema, negação do sintoma pela via psicogénica, terá que existir lesão orgânica...
26	<ul style="list-style-type: none"> • 50 • Feminino • Fotógrafa • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional 	Neurótica	Histerização, ensimesmamento, muita tensão e ressentimento, anaclitismo, falta de compreensão por parte do marido (queixa)...
27	<ul style="list-style-type: none"> • 37 • Feminino • Comercial • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional 	Neurótica	Desamparo, relação conjugal comprometida (paraíso perdido), histerização dos problemas pela via do(s) sintoma(s)...
28	<ul style="list-style-type: none"> • 25 • Masculino • Comissário de bordo, • Solteiro 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico 	Neurótica	Má gestão dos ritmos circadianos, uma personalidade marcadamente neurótica, com traços histerofóbicos... vive a vida como uma «vertigem»

29	<ul style="list-style-type: none"> • 49 • Masculino • Administrativo (Guiné) • Casado 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacional • Intrapsíquico 	Neurótica	Tipicamente uma exigência de adaptação a uma nova realidade e a um novo contexto com todos os arranjos necessários, insegurança, medo, alguma anergia e avolição ligados a depressão moderada...
30	<ul style="list-style-type: none"> • 55 • Feminino • Desempregada • Casada 	<ul style="list-style-type: none"> • Intrapsíquico • Biológica 	Neurótica	Tensão alta – exacerba a atividade da atividade aleatória espontânea, pela via sanguínea, alguma solidão, apesar de casada sente-se só...

Segundo Falkenberg e Wie (2012), existe uma associação próxima entre o zumbido e problemas psicológicos em co-morbilidade. Existe ainda uma alta prevalência de ansiedade e depressão nestes doentes, associada a uma baixa autoestima. Os investigadores constataram que as consequências da dor crónica e o zumbido eram similares: efeitos emocionais, diminuição do envolvimento nas atividades diárias, problemas interpessoais e oportunidades diminuídas para participar em atividades (Swetoo, R., 2000). Um número considerável de doentes com zumbido relatam que o “trigger”, a primeira deteção do zumbido, surgiu aquando de alterações nas suas vidas, pequenas e/ou substanciais. Estas alterações compreendiam aspetos como o divórcio, doença em familiares, acidentes, cirurgias ou algum problema específico nos ouvidos (Falkenberg, S., Tunglund, O. & Skollerud, S., 2003). Estas descrições retiradas de artigos relacionados com o tema permitem-me detetar que estas problemáticas estão presentes na maioria das descrições no “Racional de Diagnóstico” e tem que ver na sua grande maioria com problemas conjugais, alterações nos modos e ritmos de vida (ritmopatia), humor depressivo (pré e/ou pós zumbido), ansiedade (pré e/ou pós zumbido), alterações que obrigam a novas tomadas de decisão, que se podem tornar num impasse, causando desconforto no grau menor e angústia num grau mais elaborado.

Numa análise cuidada às idades dos indivíduos da amostra (cf. Quadro 10) e, neste sentido não podendo recorrer a qualquer ponto de comparação, não encontrei estudos que elaborassem esta divisão, saliento o seguinte: claramente na frequência da «constelação» pré-adulto (18-22) e entrada (22-28) temos um elemento para cada, da amostra total, daí retiro que nestas idades muitos são ainda os estímulos (o princípio do prazer ainda se monopoliza), a procura de uma vida melhor e de um romance familiar talvez promova o desfocar da atenção no corpo, das suas precariedades e especificidades, os indivíduos não se encontram ensimesmados, existe exaltação e naturalmente um dado que me parece e surge claro - constitucionalmente estão em idade de maior resistência e vigor físico, saliento que Falkenberg e Wie (2012) indicam que a melhoria da condição física geral diminui o surgimento deste sintoma específico. Por outro lado dos 33 à transição 60-65 as percentagens vão-se equilibrando com maior prevalência nos 33-40 e 50-55 indicando que estas idades intermédias com uma vida aparentemente mais estabilizada, mas mais atreitos a mudanças de vida bruscas e dificuldades na manutenção das relações, ou o não culminar da vida em relação, influenciam e/ou exacerbam o despoletar do zumbido, alterando os apoios objetivos que abordarei mais à frente. Realço potencialmente e principalmente a diminuição na senescência profunda onde a percentagem na audição do zumbido diminui, apesar do vigor mais diminuído, possivelmente devido a uma maior co-morbilidade nesta etapa. Paradoxalmente os estímulos ambientais menos evidentes, pelo recolhimento, o isolamento a que são submetidos parecem não ter «força» etiológica nestas idades – não perfazendo norma. Uma nota para afirmar que as minhas interpretações são fruto dos números que devo analisar, mas também da minha experiência clínica, com este tipo de doentes, e que inevitavelmente preenchem estas observações. Como já referi anteriormente os estudos a que me direcionei e a que consegui ter acesso não abordam o tema como aqui é tratado – daqui lanço o desafio a observar e a comparar os dados que aqui apresento.

Quadro 10. Idades da amostra

		Idade			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pré adulto (18-22)	1	3,3	3,3	3,3
	Entrada (22-28)	1	3,3	3,3	6,7
	Estabilização (33-40)	5	16,7	16,7	23,3
	Transição (40-45)	3	10,0	10,0	33,3
	Entrada (45-50)	4	13,3	13,3	46,7
	Transição dos "50" (50-55)	5	16,7	16,7	63,3
	Culminar da meia-idade (55-60)	4	13,3	13,3	76,7
	Transição (60-65)	4	13,3	13,3	90,0
	Senescência profunda (65 em diante)	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

As profissões (cf. Quadro 11) lançam claramente um resultado percentual que se distancia de todos os demais, o setor terciário destaca-se e, na minha leitura, eventualmente devido à menor especialização e domínio, possivelmente menos esperança no futuro. Logo a seguir os quadros médios que se encontram atualmente, em termos sociais e políticos, mais pressionados pela eventual pobreza – sabemos que alterações às rotinas diárias, a não prossecução de um futuro continuado provocam mal-estar, situações ansiogénicas e depressivas que potenciam sobremaneira o ensimesmamento, a recolha em si, critérios potenciadores desta sintomatologia. Cada vez mais, podemos identificar que o processo mórbido se esconde perante uma falta de gestão dos mecanismos de defesa psíquicos que deixam marca em forma de sintoma – saliento que a prescrição de benzodiazepinas (de que não trato neste estudo) diminuem em muito os estados ansiogénicos tendo uma elevada taxa de sucesso junto destes doentes, sendo também a prescrição de excelência. O respetivo

enquadramento das profissões restantes é já claro nas afirmações que fui elaborando ao longo deste trabalho.

Quadro 11. Profissões da amostra

		Profissão			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Terciário	10	33,3	33,3	33,3
	Médio	9	30,0	30,0	63,3
	Quadro Superior	4	13,3	13,3	76,7
	Estudante	1	3,3	3,3	80,0
	Desempregado	2	6,7	6,7	86,7
	Reformado	4	13,3	13,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

O estado civil (cf. Quadro 12) mais infligido à sintomatologia do zumbido é o casado ou em união de fato – correlativamente, sem pretender leituras lineares, afirmo que os processos de regressão psicossomáticos e conversivos derivam das relações e tem a sua base na relação sexual daí derivando escapatórias pulsionais que levam ao sintoma: maior interdependência, a existência de filhos no seio do seu dia-a-dia, etc. Evidentemente o apoio objetal relacional está aqui presente.

Quadro 12. Estado civil da amostra

		Estado Civil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	3	10,0	10,0	10,0
	Casado / União de facto	23	76,7	76,7	86,7
	Divorciado	2	6,7	6,7	93,3
	Viuvo	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Os dados do próximo quadro (cf. Quadro 13) realçam os resultados da análise anterior, o apoio intrapsíquico e relacional são os que sozinhos e relacionados apresentam percentagens mais acentuadas – falência psíquica, pouca maturação dos mecanismos de defesa, pouca tolerância à frustração, dificuldade em confiar, dificuldade em manter uma autonomia dependente (conceito de Kernberg) levam ao despoletar e à potencial exacerbação da queixa. Existe sempre uma dificuldade em definir e designar onde a ansiedade e a depressão jogam mais peso: antes ou após a instalação do zumbido, são desencadeadores ou desencadeados? Todos os estudos apenas falam em percentagens pré e pós sem elaborarem explicações e análises – surgem demasiado tautológicos.

Quadro 13. Tipo de apoio objetal da amostra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biológico	3	10,0	10,0	10,0
	Intrapsíquico	7	23,3	23,3	33,3
	Relacional	5	16,7	16,7	50,0
	Biológico e Intrapsíquico	3	10,0	10,0	60,0
	Intrapsíquico e Relacional	8	26,7	26,7	86,7
	Biológico e Relacional	2	6,7	6,7	93,3
	Biológico, Intrapsíquico e Relacional	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Aas classes estruturais (cf. Quadro 14) marca de forma clara a estrutura onde se desencadeiam este tipo de esquemas mórbidos, aqui remeto para o Capítulo I, ponto 1.7.2. e respetivos sub-pontos, onde abordo os processos neuróticos. Estando afetado o princípio da realidade, o jogo objetal desenrola-se no interior do psiquismo, existe capacidade de sofrimento promotora do desencadear de processo de auto-monitorização corporal constante,

processos ansiogénicos que se pretendem atuantes, mas que se transformam em formas agidas, corporais/orgânicas. Por outro lado, com a denegação da realidade, as estruturas psicóticas abordam sempre esta questão na base das alucinações perceptivas e auditivas que confundem, estando também a capacidade de sofrer comprometida. Na estrutura neurótica os processos históricos e regressivos são as subestruturas presentes.

Quadro 14. *Classe estrutural da amostra*

Classe Estrutural					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neurótico	22	73,3	73,3	73,3
	Borderline	7	23,3	23,3	96,7
	Psicótico	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

3.5. Reflexão final

Como verificamos os processos que no início do estudo nomeei de invisíveis e os tratei, referiam-se a todas estas problemáticas de que padecem os comuns dos mortais, mas que numa abordagem biomédica, raramente ou muitas poucas vezes são valorizados para a remissão dos sintomas. Faço votos de que tenha contribuído para a sensibilização deste tema e que na minha simplicidade tenha valorizado o processo holístico como necessário e indispensável à melhoria dos tratamentos e dos cuidados aos doentes. A melhoria de todo o “drama” humano promove um homem mais saudável, mais preparado para lidar com as contingências do dia-a-dia. A necessidade do agir que o médico sente na presença do doente tolda na maioria das vezes uma leitura mais atenta, cuidada, pedagógica e paciente, que

promova o doente e o proteja no aqui e no agora, mas também de um futuro que o espera, sempre na doença.

Tenho a perspetiva e a esperança de que o meu trabalho, seja uma rampa de lançamento para uma abordagem mais madura e integrativa destes fenómenos, para que seja um interventor refletido destas problemáticas, porque a premissa só pode ser uma e, quem melhor para a designar (Nietzsche em “Assim falava Zaratustra”, 2000, p. 108):

“É por isso que o homem de coração nobre impõe a si mesmo o dever de nunca humilhar ninguém; impõem-se uma justa vergonha em presença de tudo o que sofre.”

BIBLIOGRAFIA

- Adorno, T. (2001). *Minima Moralia*. Lisboa: Edições 70.
- Ali, S., Cady, S., Froli, G., Gauthier, M., Gorot, J., Pedro, A. & Robert, M. (1992). *Sonho e Psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Alonso-Fernandez, F. (2010). *As quatro dimensões do doente depressivo*. Lisboa: Gradiva Publicações.
- Arendt, H. (2001). *A condição humana*. Lisboa: Relógio D'Água – Antropos.
- Bachelard, G. (2002). *A Água e os Sonhos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bachelard, G. (2006). *A poética do Devaneio*. São Paulo: Martins Fontes.
- Barthes, R. (2009). *A Câmara Clara*. Lisboa: Edições 70
- Barthes, R. (2006). *Fragmentos de um discurso amoroso*. Lisboa: Edições 70.
- Bauman, Z. (2007). *A vida fragmentada – ensaios sobre a moral pós-moderna*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Bauman, Z. (2007). *Modernidade e Ambivalência*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Bergeret, J. (1996). *A personalidade normal e patológica, (3ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Caldera, M. & Castro, F. (2006). *Desenvolvimento Psicológico Feminino e Transtornos Procriativos*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde

- Callahan, G. (2002). *Faith madness and spontaneous human combustion*. New York: Berkley.
- Chardin, P. (1997). *O lugar do homem na natureza*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Chardin, P. (1999). *A minha fé a matéria e Deus*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Cross, R. (1984). *Adults as learners*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si – o corpo. A emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2004). *Ao encontro de Espinosa – as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Braga: Círculo de Leitores.
- Debray, Q. & Nollet, D. (2004). *As personalidades patológicas*. Lisboa: Climepsi Editores
- Deleuze, G. (2000). *Diferença e Repetição*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Dias, C. (2010). *Teoria das transformações*. Coimbra: Almedina
- Ellis, H. & Hunt, R. (1993). *Fundamentals of Cognitive Psychology, (5ª ed.)*. Iowa: Brown & Benchmark.
- Falkenberg, E. & Wie, O. (2012). Anxiety and Depression in Tinnitus Patients: 5-year Follow-Up Assessment after Completion of Habituation Therapy, in *International Journal of Otolaryngology*, Volume 2012, Article ID 375460,7 pages.
- Falkenberg, E., Tunland, O. & Skollerud, S. (2003). Habituation therapy of chronic distressing tinnitus: a presentation of a treatment programme and an evaluation study of its effects, in *Audiological Medicine*, vol. 1, no. 2, pp. 132-137.
- Feyerabend, P. (1993). *Contra o Método*. Lisboa: Relógio D'Água.

- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade I – A vontade de saber*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Foucault, M. (1997). *A ordem do discurso*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Freud, S. (1981). *Essais de Psychanalyse*. Paris: Éditions Payot.
- Freud, S. (2000). *Textos Essenciais da Psicanálise – II, A teoria da sexualidade, (2ª ed.)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Freud, S. (2001a). *Psicopatologia da Vida Quotidiana*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Freud, S. (2001b). *Textos Essenciais da Psicanálise – I, O inconsciente, os sonhos e a vida pulsional, (3ª ed.)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Freud, S. (2001c). *Textos Essenciais da Psicanálise – III, A estrutura da personalidade psíquica e a psicopatologia, (2ª ed.)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Freud, S. (2001d). *Totem e Tabu*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Freud, S. (2001e). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Freud, S. (2011). *Sobre os Sonhos*. Alfragide: Texto Editores.
- Gilliéron, E. (2001). *A primeira entrevista em psicoterapia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Goodey, R. (1988). *Tinnitus: When the patient complains of noises in the ear*. Patient Management.
- Goodhill, V. (1952). *A tinnitus identification test*. Ann. Otol. New York: William Wood and Company.
- Hadji, J. & Baillé, J. (2001). *Investigação e Educação: para uma “nova aliança”*. Porto: Porto Editora.

- Hallam, S., Rachman, S., & Hinchcliffe, R. (1984). *Psychological aspects of tinnitus*. Oxford: Pergamon Press.
- Hansenne, M. (2003). *Psicologia da Personalidade*. Lisboa: Climepsi.
- Hazell, J., Wood, S., & Cooper, R., (1985). *A clinical study of tinnitus maskers*. Audiology.
- Jacobsen, J. (2003). *Niels Lyhne*. São Paulo: Cosac & Naify.
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, Narcisismo e Auto-Destrutividade na Relação Psicoterapêutica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kirkegaard, S. (1992). *Either/Or – A Fragment of Life*. London: Penguin Books
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1990). *O vocabulário da Psicanálise, (7ª ed.)*. Lisboa: Editorial Presença.
- Le Goff, J. (1985). *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar, Lda.
- Leahey, T. H. (1994). *A history of Modern Psychology, (2ª ed.)*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Lowen, A. (1972). *O corpo em depressão*. São Paulo: Summus Editorial.
- Liotard, J. (2009). *A condição pós-moderna (12ª ed.)* Rio de Janeiro: José Olympio Editora.
- Mawson, R. (1963). *Diseases of the Ear*. London: Edward Arnold, Ltd.
- Merleau-Ponty, M. (1998). *Elogio da Filosofia, (5ª ed.)*. Lisboa: Guimarães Editores.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *A estrutura do comportamento*. São Paulo: Martins Fontes.
- Merleau-Ponty, M. (2007). *O visível e o invisível, (4ª ed.)*. São Paulo: Perspectiva.
- Mill, J. (2002). *On Liberty*. Toronto: Dover Publications.

- Morin, E. (2003). *A humanidade da humanidade – método V*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Nietzsche, F. (2000). *Assim falava Zaratustra, (12ª ed.)*. Lisboa: Guimarães Editores.
- Panofsky, E. (2000). *Idea – A evolução do conceito de Belo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Paparella, M. & Shumrick, D. (1973). *Otolaryngology*, Vol. 2. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Poe, E. (2003). *Outros contos fantásticos*. Lisboa: Guimarães Editores
- Popper, K. (1996). *O conhecimento e o problema Corpo-Mente*. Lisboa: Edições 70.
- Proust, M. (2003). *Em busca do tempo perdido. O lado de Guermantes*, Vol. 3. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Rilke, R. (2002). *As elegias de Duíno, (2ª ed.)*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Sacks, O. (1985). *O homem que confundiu a mulher com um chapéu*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Salomé, L. (1931). *Carta aberta a Freud*. São Paulo: Editora Principio.
- Slater, R., & Terry, M. (1987). *Tinnitus: A guide for sufferers and professionals*. London: Croom Helm.
- Tyler, R. & Babin, W. (1986). *Tinnitus*. St. Louis: Mosby.
- Tyler, R. (2005). *Tinnitus Treatment – clinical protocols*. New York: Thieme.
- Ward, I. (2002). *Fobia*. Coimbra: Almedina.

Wilson, H. & Henry, J. (2000). Psychological management of tinnitus, in *Tinnitus Handbook*, Tyler, R. Ed., pp. 263–280, Singular Thomsen Learning.

Wilson, P. (1987). *Theory of tinnitus generation*. London: Churchill Livingstone.

Winnicott, D. (2005). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

Wittgenstein, L. (1998). *Da Certeza*. Lisboa: Edições 70.

Zizek, S. (1999). *O sujeito incómodo*. Lisboa: Relógio D'Água.

Zizek, S. (2005). *As metástases do gozo – seis ensaios sobre a mulher e a causalidade*.
Lisboa: Relógio D'Água.

Zizek, S. (2006a). *Bem-Vindo ao Deserto do Real*. Lisboa: Relógio D'Água.

Zizek, S. (2006b). *Elogio da Intolerância*. Lisboa: Relógio D'Água.