

VOL. 8, Número 1
DEZEMBRO 2017

PENSAMENTOS

Se..., Não...

REVISTA PORTUGUESA DE PSICANÁLISE
E PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA



Se..., Não...

Revista Portuguesa de
Psicanálise e Psicoterapia
Psicanalítica

Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Editor / Publisher

Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

Director / Director

Carlos Amaral Dias, PhD

(Professor Catedrático; Psicanalista e Presidente da Comissão de Ensino da AP)

Editor Chefe / Editor in Chief

Ana Almeida

(Psicanalista; Membro Titular da AP)

Co-edição /Co-editors

Alexandra Medeiros, MSc

(Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta; Associada da AP)

Catarina Rodrigues, MSc

(Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta; Associada da AP)

Patricia Câmara, MSc

(Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta; Associada da AP)

Isabel Botelho, MSc

(Psicóloga Clínica e Psicoterapeuta; Associada da AP)

Conselho Editorial / Editorial Board

António Alvim, MSc

(Psicoterapeuta Psicanalítico; Fundador e Associado da AP);

Ana Batarda, MsC

(Psicoterapeuta e Terapeuta Familiar; Fundador e Associado da AP);

João Pedro Dias MSc

(Psicólogo Clínico; Fundador e Associado da AP);

João Ferreira, MSc

(Psicólogo Clínico; Associado da AP);

Elisabete Fradique, MSc

(Psiquiatra e Psicoterapeuta; Fundadora Associada da AP);

Filipe Arantes Gonçalves, MSc

(Psiquiatra, Psicoterapeuta; Fundador e Associado da AP);

Camilo Inácio MSc

(Psicólogo Clínico; Associado da AP);

Ângela Lacerda Nobre, PhD

(Doutorada em Gestão; Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Setúbal, Fundadora e Associada da AP);

António Mendes Pedro, PhD

(Visiting Professor da Universidade Paris XIII e Professor Associado da Universidade Autónoma; Psicoterapeuta, Psicanalista e Psicossomático; Fundador e Associado da AP);

José de Matos Pinto, PhD

(Psicólogo Clínico; Professor Coordenador da ESE de Coimbra; Fundador e Associado da AP);

Isabel Plantier MSc

(Psicoterapeuta Psicanalítica; Associada da AP);

Clara Pracana, PhD

(Psicanalista, Professora Convidada do Instituto Superior Miguel Torga, do ISMAT e do ISPA; Consultora; Fundador e Associado da AP);

Manuela Gonçalves dos Santos, MSc

(Grupanalista; Fundador e Associado da AP)

Carlos Alberto Afonso, PhD

(Professor Associado do ISPA; MFAPA e MFTPP da AP)

Conceição Almeida, MSc

(Psicanalista; Membro da Comissão de Ensino da AP);

Maria do Rosário Belo, MSc

(Psicanalista; Membro da Comissão de Ensino da AP);

José Henrique Dias, PhD

(Professor Jubilado da UNL; Director da Escola Superior de Altos Estudos do ISMT);

Maria do Rosário Dias, PhD

(Professora Associada no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; Fundadora Associada da AP);

Jorge Caiado Gomes, PhD

(Professor da Universidade Atlântica; Fundador Associado da AP);

Mário Horta, PhD

(Psicanalista; Membro da Direcção da AP);

João Justo, PhD

(Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa);

Michael Knock, PhD

(Professor Associado do ISMT; Teólogo);

António Coimbra de Matos, MSc
(Psicanalista; Psiquiatra; Presidente da Direcção da AP);

Carlos Campos Morais, MSc
(MFaPA da AP, Investigador-Coordenador apos. do LNEC, Membro Emérito da Academia de Engenharia);

Cristina Nunes, MSc
(Psicanalista; Membro da Comissão de Ensino e da Direcção da AP);

José Gouveia Paz, PhD
(Professor Auxiliar da UAL; Psicoterapeuta);

Henrique Garcia Pereira, PhD
(Professor Catedrático do IS; Escritor);

José Carlos Coelho Rosa, MSc
(Psicanalista; Vice-Presidente da Direcção e Membro da Comissão de Ensino da AP);

Ana Vasconcelos, MSc
(Pedopsiquiatra; Membro da Direcção e da Comissão de Ensino da AP)

Conselho Editorial Internacional/ Internacional Editorial Board

Nancy Burke, PhD
(Associate Professor of Clinical Psychiatry and Behavioural Science in Northwestern University Feinberg School of Medicine – Chicago);

Rochelle Suri, PhD
(Licenced Marriage & Family Therapy; Associate Director of the International Journal of Transpersonal Psychology – San Francisco – California);

Judith Parker, PhD
(Psychoanalyst in private practice) – Beverly Hills – California);

Lynn Somerstein, PhD

(Director of the Institute of Expressive Analysis; Book Review Editor Psychoanalytic Review;
Psychoanalyst in Practice – New York);

Sandra Segan, PhD

(Member of the WMAAPP (Western Massachusetts and Albany Association for Psychoanalytic Psychology; Psychoanalyst in Practice-New York)

«Se..., Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica» publica artigos originais do campo disciplinar, científico e praxiológico (clínica e aplicação) da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica. Contudo, também são aceites, de forma complementar, textos que exprimam a rica diversidade de interfaces entre estes domínios e as diversas facetas do
Desenvolvimento Humano

© 2017, AP – Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia
Psicanalítica

TÍTULO

Se..., Não... Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica

CAPA

Maria Soromenho

PAGINAÇÃO/IMPRESSÃO E ACABAMENTOS

Manuel Oliveira

DEPÓSITO LEGAL - 314677/10

ISSN - 1647-7367

DATA DE EDIÇÃO DIGITAL

1.^a edição, Lisboa, Dezembro de 2017

Índice

Editorial Ana Almeida & Equipa Editorial	11
Saúde mental, amor e psicanálise: Uma breve reflexão Rui C. Campos	13
Psicanálise sem divã? Catarina Rodrigues	21
Caos, movimento e criação Vitor Moreira	33
Apresentação de um caso prático à luz da teoria bioniana Marta Reis	41
De Hamlet a Édipo: A encenação da neurose infantil Alexandra Medeiros	65
Para além do pensamento cartesiano Carlos Fernandes	113
Sobrevoando o primeiro olhar psicanalítico da neurose obsessiva António Alberto R. Surrador	131
Insucesso escolar e psicanálise - uma revisão teórica Maria João Valgôde	155
Uma psicanálise a céu aberto Então a freguesia, diga-me lá o que a traz por cá? Ricardo Gameiro Mendes	173
Instruções aos Autores	185

Apresentação de um caso prático à luz da teoria bioniana

Marta Reis

Psicoterapeuta. Membro AP
martamlreis@gmail.com

RESUMO

No presente artigo a autora faz uma síntese das ideias principais desenvolvidas pelo psicanalista Wilfred Bion em seis dos seus primeiros artigos. Estes artigos foram, posteriormente, publicados em “Estudos Psicanalíticos Revisados”. Ilustra, depois, com um caso prático em Psicoterapia alguns dos conceitos fundamentais desenvolvidos nos artigos já mencionados. O caso apresentado é de um homem na casa dos 40 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, cuja sintomatologia resiste à medicação há vários anos, e cuja relação com a terapeuta assume contornos muito próprios, acabando este facto por determinar a necessidade de conclusão desta terapia.

Palavras-chave: Bion; Identificação projetiva; Psicose; Esquizofrenia.

O CASO

D é um home de 42 anos com diagnóstico de esquizofrenia paranóide.

O D é-me encaminhado por uma colega que iria entrar de licença de maternidade. O diagnóstico que me foi na altura apresentado era de esquizofrenia paranóide.

Apresentou-se logo como uma pessoa de agradável trato, extremamente cordial e educada, mas fortemente dependente com muito pouca capacidade de tolerar qualquer tipo de frustração.

Sobre a sua doença, D tem a convicção de que a mesma é motivada por um abuso sexual que terá sofrido por parte de um familiar, que depois o fez vir a fumar droga na sua adolescência. Nessa altura, conta que sofreu algumas ameaças por parte deste familiar, 8 anos mais velho, mas apesar das ameaças os comportamentos abuso cessaram. O D conta que guardou por anos a história dos abusos só para ele, e que apenas em adulto a contou à família numa espécie de reunião familiar. As opiniões da família aos acontecimentos relatados pelo D dividiram-se. A relação com o familiar abusador é descrita, atualmente em consulta, como sendo boa, tendo sido este conjunto de acontecimentos, “perdoado”.

Quando D na adolescência toma consciência do que efetivamente se teria passado e atribui um significado claro aos acontecimentos, terá sido conduzido a um grande desconforto e a uma dor difícil de suportar, de acordo com os seus relatos em consulta. Nessa fase D refere ter “fumado imenso” (haxixe).

Entra para a Faculdade com cerca de 20 anos com o intuito de se formar em psicologia, mas não consegue concluir o ano letivo. Relata o momento em que desistiu deste curso dizendo que teve uma espécie de percepção sensorial/revelação de que aquele não seria o seu lugar. Relata ainda que após desistir da faculdade fez alguns trabalhos, mas de forma pouco consistente, e que a dada altura se sentia zangado “respondia torto” a todos, e dava consigo a deambular pela cidade sem rumo definido. Estava doente e não admitia, conta. Refere ter saído bem de um internamento compulsivo de um mês, sentindo-se mais tranquilo, e já com a consciência de que estava doente. A esse internamento seguiu-se apenas mais um, ao qual aderiu por sua iniciativa. É nessa época acompanhado em psiquiatria e passou a tomar a sua medicação de forma regular. Pontualmente procede a correções das dosagens por sua própria iniciativa e sente que o acompanhamento em psiquiatria, no Serviço Nacional de Saúde, é bastante fraco. Manifesta o desejo de ter mais tempo

nas consultas de psiquiatria, que considera rápidas e pouco férteis, mas, ainda assim, vai tirando algum proveito delas. D relata ter tido um psiquiatra que se suicidou. Mais tarde, noutra ocasião, refere pensar que os pais poderão ter tido alguma influência neste suicídio, e avisa-me para que tenha cuidado, ou poderá acontecer-me o mesmo. Este aviso aconteceu num contexto em que se sentia zangado comigo por não lhe atender o telefone.

Os elementos mais relevantes deste caso, serão adiante explorados após o desenvolvimento de alguns conceitos da teoria Bioniana sobre o desenvolvimento e características da psicose.

O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM VERBAL

O desenvolvimento da linguagem verbal como facilitadora da passagem da posição esquizo-paranóide à posição depressiva.

Para Klein, segundo Bion (1994), a posição depressiva é uma fase de importantes sínteses e integrações, onde existe um aumento significativo da consciência sobre a realidade psíquica - facilitada pelo início do pensamento verbal - e por isso, necessariamente, da depressão associada à perda e destruição dos bons objetos. Deste modo o psicótico estabelece uma relação de causa e efeito entre a posição depressiva e o pensamento verbal, empreendendo mecanismos de rejeição deste último. Logo aqui se percebe que a análise do paciente psicótico tem que assumir contornos diferentes e particulares, já que o seu propósito é precisamente o de empregar “o pensamento verbal na solução de problemas mentais”.

Para Bion (1994), a linguagem verbal é utilizada pelo psicótico de três maneiras: como forma de comunicação, de ação e de pensamento. Neste âmbito, o psicótico utiliza a ação quando seria de esperar a utilização do pensamento (como quem se senta ao piano e executa os movimentos para perceber como e porque alguém toca piano) e por vezes o pensamento (omnipotente) como forma de ação (exemplo, quando está num lugar e deveria estar noutro). A linguagem verbal, como forma de ação no psicótico, é posta ao serviço da divisão do objeto ou da identificação projetiva, e assim se caracterizam as suas

relações de objeto. A grave cisão que o psicótico realiza impossibilita-o de adquirir a capacidade de simbolizar, pois, a capacidade de simbolizar implica a possibilidade de apreender objetos totais, de abandonar a posição esquizo-paranóide, de reparar as cisões deste estágio e finalmente, entrar na posição depressiva.

USO PATOLÓGICO DA IDENTIFICAÇÃO PROJETIVA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Bion, na obra previamente citada, baseia as suas opiniões sobre a personalidade psicótica no trabalho de Freud “O papel do princípio da realidade no funcionamento do aparelho mental” publicado em 1953 (particularmente na sua descrição do aparelho mental enquanto órgão da percepção consciente das impressões sensoriais e da importância do conflito entre as pulsões de vida e de morte). Baseia-se também em Klein, que preconiza, segundo Bion, a importância da identificação projetiva descoberta pelo bebê na fase esquizo-paranóide na sequência dos ataques sádicos que, na sua fantasia, faz ao seio. A identificação projetiva, mecanismo que deixa de prevalecer na passagem à posição depressiva dando lugar a outros mais elaborados, mantém-se nos psicóticos, e é utilizado como mecanismo de defesa principal. A predominância, ou não, do mecanismo de identificação projetiva permite distinguir a personalidade psicótica da não-psicótica.

Bion distingue quatro características fundamentais na personalidade psicótica: predomínio dos impulsos destrutivos em relação aos impulsos amorosos (transformados por sua vez em sadismo); ódio à realidade externa e interna e a tudo o que contribua para a percepção da mesma; pavor de aniquilamento decorrente das duas anteriores características e formação precipitada/prematura, adesiva e ténue das relações de objeto como consequências do pavor de aniquilamento pelos instintos de morte.

Estas características do psicótico fazem com que a sua relação com o analista seja prematura, precipitada e intensamente dependente, e pautada pela identificação projetiva (tendo o analista como objeto) e pelas atividades mentais que decorrem da constante luta entre as pulsões de vida e de morte. A relação

analítica restringe-se e expande-se durante toda a análise conforme o impulso dominante. Para Bion, o paciente psicótico quando assolado pelos estados confusionais, procura restaurar o relacionamento, mas tenta restaurá-lo utilizando a identificação projetiva e, por esse motivo, torna a restringi-lo.

Segundo o autor, o psicótico separa/divide então uma parte da sua personalidade e coloca-a dentro de outro objeto, deixando por isso a sua psique mais empobrecida. Neste estado mental, o psicótico, ataca de forma sádica o seu próprio aparelho de percepção (e ao incipiente pensamento verbal a ele ligado), e expulsa da sua personalidade essas partes de si próprio colocando esses fragmentos da sua personalidade noutros objetos. Este procedimento inconsciente operado pela parte psicótica da personalidade estabelece o início psicose propriamente dita.

Comprometida a capacidade para perceber, o psicótico vê-se aprisionado a este estado mental por impossibilidade da percepção da realidade. Para Bion as partículas do ego expelidas levam uma vida independente e sem controle, ora sendo contidas por objetos externos onde exercem as suas funções de destruição, devido à hostilidade proveniente desta expulsão – são os objetos bizarros. Estes dependem, por um lado, do objeto externo a que se juntam e, por outro, da natureza da parte do ego que as trouxe e vão então controlar a vida do paciente através de alucinações.

O autor recorda ainda, citando M. Klein, que a identificação projetiva não tem valor patológico em si, mas sim a existência de graus excessivos de identificação projetiva. Este excesso é o verdadeiro entrave à instalação de mecanismos tipicamente neuróticos. Conjuntamente com a introjeção projetiva, a identificação projetiva normal (não excessiva) é a base em que repousa o desenvolvimento mental normal.

Na realidade, é a identificação projetiva do bebê na mãe (e analogamente no analista) que vai permitir que os temores do bebê possam ser transformados e posteriormente devolvidos pela mãe/analista com uma carga bastante mais suportável para o bebê/paciente, que os reintegra por via da introjeção. A mãe compreensiva é, portanto, capaz de deixar repousar em si os temores do bebê, cindidos, afastados e colocados em si por ele, para que a psique seja capaz de os modificar, de forma a poderem ser reintrojados sem perigo. Esta mãe compreensiva é capaz de experimentar a sensação de pavor com

a qual o bebê se esforçou por lidar e fracassou, tendo tido necessidade de a colocar na mãe através da identificação projetiva. A mãe sente o pavor, mas ainda assim é capaz de manter a ponderação e o equilíbrio. Para Bion, é frequente na análise observarem-se pacientes a quem esta possibilidade foi negada, com sentimentos mistos de gratidão e hostilidade pelo analista que agora oferece essa oportunidade.

A identificação projetiva é o elo de ligação entre o paciente e o analista, entre o bebê e o seio, reforçando a ideia de que é essencial ao desenvolvimento mental normal. Os ataques destrutivos a este elo de ligação originam-se numa fonte externa ao paciente/bebé.

Importa ainda deixar claro que, segundo a perspectiva Bioniana, a psicose tem um caráter simultaneamente inato e ambiental. Desta forma não só a mãe incompreensiva/intolerante poderá perturbar o desenvolvimento mental salutar através da incapacidade de lidar com o introjetado, mas também o bebê psicótico poderá desenvolver sentimentos de inveja e ódio perante uma mãe que até consegue fazê-lo sem perder o seu próprio equilíbrio, por ela ter esta capacidade e o bebê não. Neste contexto, em análise, os ataques ao elo de ligação são sinónimo de ataques à paz de espírito do analista, e originariamente, da mãe. Bion dá como exemplo destas manifestações, as “atuações”, os atos delinquentes e as tentativas de suicídio. O bebê/paciente pode então ter uma pré-disposição inata para a destrutividade, ódio e inveja excessivos. Desta forma conclui-se que os ataques destrutivos têm por vezes origem na mãe ou ambiente (nunca em exclusivo, mas apenas predominantemente), mas outras no próprio paciente/bebé.

Para Bion a perturbação psicótica tem início em paralelo com o início da própria vida, desde o início da vida que o bebê se confronta com a tarefa de atribuir significado aos primeiros objetos (naturalmente, parciais) de que se apercebe. Estes objetos parciais são funções e não estruturas morfológicas. A curiosidade do bebê sobre esses objetos parciais/funções é satisfeita através da investigação que faz utilizando a identificação projetiva como instrumento. Se nesta fase o bebê fizer uso de identificação projetiva excessiva, isso poderá levar à destruição do elo de ligação entre o bebê e o seio e, consequentemente a uma perturbação significativa do impulso de ser criativo, base de toda a aprendizagem. Deste modo, os sentimentos de ódio voltam-se contra

as emoções e toda a realidade externa que os estimula.

Esta evolução patológica culmina com a formação de um superego severo e destruidor do ego, por outras palavras, persecutório, no lugar de um superego normal.

(IN)CAPACIDADE DE SIMBOLIZAR

Bion explica a incapacidade de simbolizar do psicótico como resultado da impossibilidade de usar o pensamento verbal no tratamento de informação proveniente do meio. Em vez de simbolizar, o psicótico fica com um amontoado de impressões por elaborar.

Segundo Freud, citado por Bion, da informação recolhida pelos órgãos sensoriais retiramos a consciência do mundo exterior; da atenção (“função especial”) o conhecimento sobre os dados do mesmo; do sistema de notação (memória) o armazenamento dos resultados desta atividade; do discernimento a possibilidade de decidir acerca da veracidade ou falsidade de uma ideia; e, finalmente, da descarga motora a possibilidade de agir modificando adequadamente a realidade. Após todos estes processos é que surge então o pensamento, que é um modo experimental de agir permitindo assim o desenvolvimento da capacidade de tolerar a frustração.

Bion acrescenta que os ataques sádicos realizados à consciência das impressões sensoriais, à atenção, à memória, ao discernimento e ao pensamento constituem assim o verdadeiro ataque à resposta evolutiva do princípio da realidade. Com o objetivo de se livrar da percepção da realidade, o paciente ataca o elo de ligação entre as impressões sensoriais e a consciência, boicotando assim todo o processo subsequente de apreensão da realidade e conseguindo o seu propósito. Para evitar o contato com a realidade, o paciente ataca os elos entre os ideogramas, cuja matriz primitiva viria mais tarde a constituir as bases do pensamento. Deste modo, torna-se impraticável juntar-se dois objetos para gerar um novo objeto, e fica assim impossibilitada a formação de símbolos, pois esta depende da habilidade de unir dois objetos pela sua semelhança, conservando, contudo, a sua diferença.

Quando os ideogramas se ligam às imagens verbais correspondentes é possível a passagem de conteúdos inconscientes a pré-conscientes (de notar que, no psicótico, essas ligações são muitas vezes atacadas, impossibilitando esta passagem).

Devido à sua incapacidade para simbolizar – que ficou comprometida pela impossibilidade de usar o pensamento verbal como meio de síntese e integração - o psicótico então igualiza, isto é, pensa que as palavras são as próprias coisas que designam colocando-as no lugar daquilo que apenas representam e usa objetos reais como se se tratassem de ideias - devido à impregnação do pedaço de personalidade contido no objeto. De igual forma vai também usar objetos bizarros como protótipos de ideias (pré-palavras). Por outras palavras, o psicótico utiliza palavras como se se tratassem de coisas em si, e “substitui” objetos reais por objetos bizarros (objetos reais impregnados de “pedaços de personalidade”).

A capacidade de simbolizar é, portanto, nesta fase impossível ser recuperada, uma vez que implicaria a necessidade de reintrojetar os objetos projetados, e introjeção é sentida como uma vingança pelo ataque que primariamente o psicótico fez dado que é o objeto bizarro que se apresenta para reintrojetar. O psicótico nesta situação sente-se, então, invadido e atacado pela possibilidade de reingresso destas partículas. Caso lhe fosse possível aceitar esse reingresso poderia ser determinante na libertação do paciente em relação ao estado mental no qual ficou aprisionado. Observa-se então um conflito de difícil solução. Impossibilitado de introjetar o que foi anteriormente projetado, fica, portanto, incapaz de simbolizar e sintetizar, apenas consegue amontoar e comprimir informação.

Impedido de assimilar e introjetar por força destes movimentos, a síntese e articulação de impressões vindas da percepção da realidade interna e externa continuam a sofrer ataques contínuos impedindo o desenvolvimento do pensamento verbal. Por outras palavras, a tentativa de pensar implicaria trazer de volta as partículas expelidas conforme já atrás mencionado, o que seria uma realidade intolerável para o paciente.

A impossibilidade de elaboração atrás descrita faz com que, de acordo com o autor, a informação recolhida no meio pelo psicótico não possa ser devidamente processada, mas apenas compactada, e os sentidos passam assim a

ser experimentados como estando dolorosamente comprimidos e aguçados, dando origem a alucinações auditivas ou visuais. Esta questão será mais à frente novamente abordada.

Em síntese, o paciente psicótico confunde objetos reais com ideias primitivas por estar aprisionado num estado mental do qual se acha incapaz de se ver livre. Esse estado mental é reforçado pela presença ameaçadora dos fragmentos expelidos, que têm tanto de primitivo como de complexo. Nesta condição o psicótico é capaz de comprimir, mas não de unir, visto que a capacidade de união parece-lhe ter sido expelida e qualquer união que se dê é sentida como vingativa e cruel.

ALUCINAÇÃO COMO FORMA DE DESCARGA DO APARELHO MENTAL

Como o paciente psicótico não consegue elaborar e sintetizar – conforme anteriormente explicado –, apenas consegue realizar atividades ideomotoras com o objetivo de aliviar o aparelho mental quando ele se encontra em sobrecarga de estímulos e excitação. Esta atividade ideomotora permite ir exprimindo ideias sem as nomear, ficando assim sob a supremacia do princípio do prazer. O psicótico encontra-se num estado que, para Freud (segundo Bion), seria anterior à instalação do princípio da realidade. O psicótico fica, então, estagnado: as suas ações não têm o objetivo de provocar uma alteração no meio (como acontece no não psicótico), mas de livrar o aparelho mental do excesso de excitação. Nas palavras de Bion (1994):

“A ausência de qualquer sentido no impulso de modificar o meio somado ao desejo de urgência e a pressa associada à incapacidade de tolerar a frustração contribui para compeli-lo a recorrer a ação muscular típica da fase de predomínio do princípio do prazer pois a experiência lhe mostrou que uma ação desse tipo atinge o objetivo bem mais rapidamente que uma ação destinada a alterar o meio” (p.97)

De acordo com Bion, a alucinação não é mais do que a tentativa de descarregar

o psiquismo através do uso do aparelho mental às avessas. O paciente experiencia este movimento como algo pertencente à classe de fenômenos que gera objetos bizarros. Ele não crê efetivamente que mudou o meio, mas sente-se de fato mais livre e mais aliviado. É uma solução instantânea para a eliminação de emoções não desejadas, e tem na realidade muito pouco de libertador já que o paciente se vê momentaneamente mais aliviado, mas posteriormente cercado de objetos bizarros que, tal como descrevemos anteriormente são compostos de pessoas reais e coisas inanimadas. Trata-se, portanto, de uma fantasia onipotente.

Bion acrescenta que quando o paciente refere ter visto um objeto, isso tanto poderá significar que percebeu um objeto externo como pode significar que está a expeli-lo através dos órgãos dos sentidos, no exemplo referido por Bion, pelos olhos. O mesmo se passa com a alucinação auditiva, e o autor chama a atenção para o fato de que expelir um som não é o mesmo que produzir um som. Deste modo, o uso de verbos sensitivos em pacientes psicóticos pode dar conta de um processo alucinatorio mesmo antes do seu início. O paciente psicótico usa, então, os órgãos dos sentidos para expelir, afastar, fragmentar objetos que acha terem sido colocados dentro de si, através da alucinação, receando ao mesmo tempo a destrutividade destes mesmos órgãos.

Bion distingue ainda a alucinação histérica da alucinação psicótica, reconhecendo, no entanto, a presença de ambas na personalidade psicótica. Sobre a alucinação histérica, esta contempla objetos totais e está associada à depressão; a alucinação psicótica contém, por sua vez, elementos análogos a objetos parciais. Esta assunção implica que o autor reconhece ao paciente psicótico alguma capacidade para aceder à depressão, e se isto acontece é porque necessariamente o pensamento verbal surge, ainda que de forma incipiente, sob os ataques realizados. Contudo, o autor não deixa de afirmar que as alucinações históricas em pacientes psicóticos surgem com mais frequência em fases mais avançadas da análise, fases essas onde por vezes já surge a possibilidade do paciente abordar sonhos.

Bion refere crer que não é possível que o ego venha alguma vez a estar totalmente afastado da realidade, como preconizava Freud ao afirmar que na psicose havia uma total submissão do ego ao id, mas que este contato é antes mascarado pela fantasia onipotente de destruição da mesma (e a consciên-

cia dela). Assim, para Bion, os fenômenos tipicamente neuróticos não estão totalmente ausentes nas personalidades psicóticas. Para Bion, o afastamento da realidade não é um fato mas uma ilusão criada pelo paciente para suportar a sua dor.

Deste modo, enquanto o neurótico utiliza a repressão (supressão do id devido à submissão à realidade), o psicótico continua a utilizar a identificação projetiva (prevalência do id e retirada da realidade), e aquilo que deveria ser o inconsciente é substituído pelo mundo do conteúdo onírico. Por outro lado, enquanto o funcionamento neurótico se ocupa da resolução de um conflito de ideias e emoções originado pelo funcionamento do ego, o funcionamento psicótico ocupa-se da restauração deste mesmo ego.

A personalidade psicótica – centrada na reparação do ego fragmentado pela excessiva identificação projetiva - aguarda assim fatos determinantes para se sentir na posse de ideogramas propícios ao seu impulso de comunicar e de reparar. Por isso ignora fatos que seriam tidos como relevantes para a personalidade não psicótica (já que estes podem não servir a necessidade imediata), agindo assim quase sob algo que aparenta ser uma forma de reação tardia. Bion dá o exemplo de um paciente seu que aparentemente ignorou o fato de ter usado óculos escuros na sessão mas, mais tarde, quando este fato se fez presente na análise, continha alusões a questões relacionadas com a escuridão, o seio destruído, a raiva e a punição e a relação sexual parental – sendo aqui os óculos escuros a comunicação verbal de um ideograma. Isto acontece porque a impossibilidade do paciente distinguir os objetos bizarros dos objetos reais faz com que tenha que aguardar que acontecimentos propícios lhe forneçam o ideograma requerido pelo seu impulso de comunicar.

UM APARELHO PARA PENSAR OS PENSAMENTOS

Face ao exposto é notório que Bion vê o distúrbio psicótico como um distúrbio do pensamento e encara o pensar como algo que decorre dos pensamentos e da faculdade de pensar. Por outras palavras, o “pensar passa a existir para dar conta dos pensamentos” (Bion, 1994, p. 128). Daqui decorre que são os pensamentos e a pressão que exercem sobre a psique, que levam ao pensar, e

não o contrário.

A perturbação pode, por sua vez, incidir em qualquer uma destas etapas: no desenvolvimento dos pensamentos em si ou no desenvolvimento deste aparelho para pensar os pensamentos que se desenvolve pela necessidade da psique fazer algo com os pensamentos que então surgem.

Bion distingue pré-conceções, pensamentos (conceções) e conceitos (estes últimos correspondendo a pensamentos finalizados e já com nomes). As conceções iniciam-se através da conjugação de uma pré-conceção com uma realização, por exemplo uma propensão inata para a expectativa de um seio (pré-conceção) e a chegada desse seio (realização). O produto mental que deriva da conjugação destes dois fatores é uma conceção. As conceções estão, portanto, ligadas necessariamente a uma experiência emocional de satisfação ou de não satisfação.

Quando a experiência/realização disponível é de não satisfação, o pensamento “não seio” e o aparelho para pensá-lo ter-se-ão desenvolvido como resultado desta não satisfação, e o que se segue vai depender da capacidade do bebé (analogamente, o paciente) tolerar a frustração.

A capacidade para tolerar a frustração, que é o fosso entre a necessidade percebida e a sua satisfação, vai permitir que a psique devolva o pensamento como um “meio através do qual se torna mais tolerável a frustração que for tolerada” (Bion, 1994, p.129). Por outras palavras, o pensamento poderia diminuir o sentimento de frustração resultante deste hiato.

Se a capacidade de tolerar a frustração for amplamente limitada, a psique poderá desenvolver um mecanismo de fuga à frustração, com conseqüente afastamento dos principais factos que Freud descreveu como sendo típicos do pensamento predominante na fase de aquisição do princípio da realidade, estando assim aberto o caminho para um grave afastamento do paciente da realidade.

Nesse sentido, o que deveria ser um aparelho para pensar um pensamento, produto de uma pré-conceção com uma realização negativa, torna-se num objeto perseguidor, que se presta apenas a evacuação da psique; por outro lado, o aparelho para pensar dá lugar a um desenvolvimento hipertrofiado do

aparelho de identificação projetiva. Neste funcionamento, evacuar um seio mau passa a ser o equivalente a obter um seio bom e o objetivo principal passa a ser livrar a psique de objetos internos maus.

A predominância da identificação projetiva leva ainda a que se confunda a distinção entre self e objeto externo, já que espaço e tempo são deformadamente adquiridos, por serem percebidos como objetos maus destruídos.

Caso se tolere a frustração, as uniões de concepções com realizações, sejam elas negativas ou positivas, estamos perante o desenvolvimento do mecanismo necessário ao procedimento de aprender com a experiência. Caso a fuga prevaleça, a onipotência e a onisciência preenchem a lacuna de conhecimento que fica pela impossibilidade de aprender. Não há assim, portanto, qualquer atividade psíquica para distinguir verdadeiro e falso.

Isto implica que o conhecimento do self ficará também deformado, pois, embora a experiência forneça dados acerca da mesma, a incapacidade de pensar leva a que o paciente não faça uma análise desses mesmos dados em concordância com o princípio da realidade. A capacidade de estar consciente ou inconsciente sobre si próprio fica então minada pela inexistência de uma função alfa para converter estes dados sensoriais em elementos alfa, função essa que tem origem na capacidade de reverie da mãe. A função alfa é, portanto, fundamental para que o self esteja consciente dos seus próprios atributos psíquicos e assim prosseguir com a evolução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A ANÁLISE DO PACIENTE PSICÓTI-CO

Para Bion (1994), a análise do paciente psicótico passará pelo desenvolvimento da capacidade de pensar; transferência que decorre da associação do analista ao pensamento verbal e a depressão; tentativa do paciente de fragmentação da já adquirida capacidade de pensar e do sentimento de loucura que advém desta própria tentativa de fragmentação (o analista dá realidade às fantasias e adverte o paciente para as consequências que podem advir da re-introjeção da capacidade de pensamento); o horror do paciente que advém da percepção

de que a análise implica a capacidade de pensamento verbal e, por fim, uma maior valorização do objeto externo por parte do paciente em relação ao objeto interno alucinado (para tal o analista precisa analisar as alucinações e a insistência do paciente em destinar aos objetos reais um papel secundário).

É ainda de salientar, face ao que foi atrás exposto, que a propensão para o paciente atacar os elos de ligações entre objetos, e o analista ter que estabelecer uma ligação ao paciente por intermédio da comunicação verbal, decorre que a relação com o analista é alvo de ataques durante quase todo o processo terapêutico.

Decorrente do dano causado à curiosidade e da capacidade para aprender, surge que o paciente parece não ter a mínima capacidade para compreender a causalidade e se queixará de estados de espírito dolorosos enquanto persiste na execução de uma série de atos destinados a gerá-los. Na análise deve-se mostrar ao paciente que ele na realidade não tem interesse no porquê de se sentir assim, levando assim a uma maior amplitude e a um incipiente interesse por causas.

EXPLORAÇÃO DO CASO APRESENTADO À LUZ DOS CONCEITOS DA TEORIA BIONIANA

A primeira queixa realizada pelo D, logo de início, prendeu-se com a hora da sessão: a hora que ele tinha com a sua terapeuta tinha de ser mantida, e de preferência também o dia. O dia não pôde ser mantido, o que levou a algum descontentamento, pois segundo o D a sessão era muito próxima do fim de semana e, como o fim de semana era por si só um momento solitário, era-lhe muito difícil passar este período a imaginar que teria que esperar quase toda a semana pela próxima sessão.

A par disto, os telefonemas do D foram também sempre um tema a gerir, mas no início revelaram-se particularmente difíceis: aconteciam para o meu número e para o número da instituição, para onde o D ligava para se queixar que eu não tinha ainda devolvido as suas chamadas ou para pedir que me ligassem avisando que ele precisava falar comigo. As chamadas eram por

vezes às dezenas, consecutivas. Quando reforçava que os contratos fora da sessão eram para urgências, ele criava urgências para me ligar. Estas urgências consistiam em episódios depressivos intensos e avisos de suicídio que acabavam por desorganizar toda a família. Em sessão por vezes pedia desculpa pelo sucedido e afirmava ser controlado pela sua doença.

Nesse sentido, é possível ver-se aqui a ilustração da caracterização que Bion faz da relação entre o paciente psicótico e o seu terapeuta, sendo esta de uma excessiva dependência, e alternando-se, em termos de padrão, entre o ataque ao vínculo e a tentativa de reaproximação, consoante a pulsão dominante no momento.

Atacando a ligação entre nós através de movimentos invasivos e inoportunos, seguiam-se pedidos de desculpas e promessas de maior auto-controlo, e de ajuda para se auto-controlar. A par com o desejo de manter na sua vida diária o sentimento de acolhimento que levava das suas sessões, acredito que estes contatos puderam também configurar-se como um boicote à relação comigo e com a própria terapia, pelo fato de a relação terapêutica ser primordialmente uma ligação entre duas pessoas veiculada pela comunicação verbal, e com o intuito de usar o temido pensamento verbal para a resolução de questões do foro mental. Outro dos primeiros temas que surge nas sessões com o D é a de uma tentativa de aproximação sexual, de pessoa que terá o mesmo nome e apelido que eu. Essa senhora, apesar de casada, aproximava-se do D com o intuito de o seduzir, mas apenas para o provocar pois depois não levaria nada a vias de fato. Ela “entrava” nos seus pensamentos e entre outras coisas, fazia com ele sexo oral por essa via. Certa vez conta-me que esta vizinha procede desta forma por um padrão transgeracional, que já a sua mãe fazia o mesmo, e que ela estava a ensinar a sua filha com três anos a fazer o mesmo.

Os próprios pais do D compactuavam com isto “emparelhando-o” com esta criança, o que fazia sentir-se infantilizado por estar a ser colocado pelos seus pais, “do lado das crianças”.

Este desejo sexual, impossibilitado de se exprimir (o D relatava não ter qualquer atividade ou potência sexual), parece ter esperado o surgimento de um acontecimento ao qual se pôde ligar, encontrando assim a via para a sua comunicação. O D aparenta assim ter expulsado da sua personalidade este desejo sexual, e projetado esta partícula do seu ego, na sua vizinha (objeto

externo), gerando um objeto bizarro. A hostilidade e ódio desta partícula expelida parecem ter-se virado contra si, transformando-se este fragmento associado a um objeto externo, num objeto bizarro, assustador e criador de pânico.

Ora, se era eu a pessoa quem o D ligava pedindo ajuda para lidar com estes sentimentos de pânico, facilmente se pode compreender que impregnando em mim este fragmento do ego e transformando-me a mim num objeto perseguidor, inviabilizava totalmente a possibilidade de ter alguém que o pudesse proteger ou confortar, e nessa altura era esse o papel que me foi destinado por ele. Contudo, não deixa de ser relevante que na sua fantasia esta pessoa tem o mesmo nome e sobrenome que eu (apesar de não utilizar este sobrenome), pelo que parece estar patente que era eu o objeto interno que estava inicialmente destinado a receber esta partícula dentro de mim, quando ocorre este movimento de deslocação permitindo ao D continuar a salvo da hostilidade do fragmento de personalidade tragado.

Este tema foi central ao longo das primeiras sessões, e ocasionava por vezes telefonemas em que o D relatava estar muito aflito, pois a “Marta” estaria à porta da sua casa. Nesses telefonemas tinha a sensação que não importava realmente o que eu dissesse, mas que era suficiente para o tranquilizar momentaneamente que dissesse qualquer coisa. O próprio relatava sentir-se mais aliviado depois de trocar algumas palavras comigo. Isto não seria possível se fosse eu o destino das partículas expelidas.

Continuando na exploração deste caso, as primeiras queixas que surgem do D em relação à sua família são os conflitos relacionadas com as tarefas domésticas, sendo que os pais caracterizavam D pela sua inércia e falta de iniciativa. A possibilidade de eu vir a apoiar os pais ou falar com eles no âmbito da terapia do D foi um fator de ansiedade para ele, inicialmente. E de fato, foram alguns os contatos da mãe, essencialmente via sms, dizendo-me que o D se “tinha portado mal” e que eu deveria “fazê-lo ver”, ou “meter-lhe na cabeça”, que tinha que ser mais cooperante em casa, que deveria arranjar uma ocupação e cuidar da sua higiene e do seu espaço pessoal.

Frequentemente, os pais também diziam ao D que se ele não fizesse o que lhe pediam, eles “iriam dizer à doutora”. Este tema foi objeto de diálogo durante várias sessões, o D receava que os pais entrassem nos meus pensamentos, e me

levassem a crer que estavam certos, e o D errado.

A propósito das considerações de Bion sobre a origem da psicose, a doença do D parece não ser apenas psicodeterminada, pois a sua atividade delirante permanece ativa mesmo com a intervenção da medicação. Por outro lado, a família, que teve oportunidade de observar diretamente, encerra em si características psicopatológicas importantes e graves.

Nesse sentido, ocorre-me pensar que se trata de uma psicose com uma base genética, reforçada pelo meio familiar. À luz das concepções de Bion, podemos supor que este paciente foi já um bebé com as características do bebé psicótico e que o meio foi pouco contentor no sentido da aceitação em si (para transformação pela sua própria psique) dos temores do bebé, para posterior devolução, mais aceitável e passível de ser integrada (função alfa).

Imagino um bebé que, na utilização do mecanismo de identificação projetiva, não podia receber de volta os seus temores transformados e amenizados pela psique da mãe, ou porque não encontrava a experiência de compreensão e capacidade de elaboração destes conteúdos sem se desorganizar (por parte da mãe), ou porque quando conseguia aceder a esta experiência, invejava (e por isso odiava) esta capacidade e o objeto que a detinha. Estaria, então, aberto o caminho para a instalação definitiva da personalidade psicótica, já que o mecanismo de identificação projetiva, não podendo ser utilizado de forma normal, e gerando objetos bizarros em vez de experiências alfabetizadas pela rêverie materna, levaria à estagnação do desenvolvimento na posição esquizo-paranóide, nunca tendo sido possível ao paciente reparar e aceder a perda, e assim entrar na posição depressiva e desenvolver o pensamento verbal e aceder ao princípio da realidade.

Ainda acerca da sua família, o D relata que, do lado paterno da sua família, existe um padrão em que o pai e cada um dos seus irmãos (tios paternos do D) escolhem no seu núcleo um dos filhos para ser o “saco de pancada”. Ser o “saco de pancada” significa “levar com toda a porcaria da família”, para que “os outros fiquem a salvo”. O D não sabe explicar bem de que se tentam estas pessoas salvar, apenas sente que assim é. Percebe os gestos que os pais fazem quando ele não está a ver. No fundo, o pai é o “manda chuva” desta situação e a mãe tenta protegê-lo tanto quanto pode, mas não pode deixar de fazer o que o pai quer ou “vai ela para o seu lugar”, vai ela para ser “saco de pancada”.

Novamente o mecanismo de identificação projetiva surge: fragmentando partes do seu ego e colocando-as em objetos externos, o D crê que os outros farão o mesmo. O pai assim separa de si matéria que não deseja, o lixo, e coloca-o no D, adoecendo-o. Podemos também pensar que o temor do D em relação ao pai se deve ao fato de este se ter tornado um objeto hostil, por ter agregado a si, partículas do ego expelidas pelo D e colocadas em si, e que agora procura retaliação pela identificação projetiva realizada, através da identificação projetiva invertida.

Impossibilitado de estabelecer relações de causa e efeito pela própria impossibilidade de aprender pela experiência – e assim aceder a realidade –, o D substitui o pensamento e o conhecimento pela omnisciência e refere ter a certeza da veracidade deste mecanismo, embora não o consiga visualizar nem comprovar, apenas sente que assim é. Isso basta-lhe. Deste modo apreende a realidade de forma distorcida.

Os “gestos” que o pai faz para levar a cabo esta “descarga de lixo” são movimentos corporais e olhares, dos quais o D se defende pela mesma via: realizando determinados movimentos, desviando o olhar, colocando-se “à sombra”, escondendo-se no quarto. Da mesma forma não é capaz de perceber racionalmente em que medida estes movimentos o podem proteger, mas garante que se não estivesse atento (estaria completamente incapacitado pelos ataques do seu pai).

No seguimento desta questão, o D em sessão queixa-se várias vezes do facto de se sentir aprisionado por uma série de rituais, como pôr talheres em determinada posição, andar de certa forma na rua, e outra panóplia de ações que acreditava livrarem-no de parte deste “lixo” que os pais queriam colocar dentro dele. Tentava descrever-me estes comportamentos, dando exemplos com lenços e canetas. Numa tentativa de que o D viesse a reconhecer este mecanismo e aproximar-se da realidade, costumava perguntar-lhe se reparava como apesar disso, o pai continuava ele próprio cheio de “lixo”. O D respondia-me que, apesar de reconhecer que o pai continuava cheio de lixo, este conseguia funcionar, e essa possibilidade de adaptação prática ao dia a dia era possível graças ao D receber em si está toxicidade que o pai queria expulsar dele próprio.

À luz da Teoria Bioniana, estes atos/gestos parecem assumir o propósito de

descarga do aparelho mental, sem necessariamente modificar o meio. São gestos motores que o D, agindo onnipotentemente pela impossibilidade de pensar, leva a cabo, proporcionando-lhe uma solução imediata para a pressão e o perigo sentidos, sem que as mesmas levem em conta uma alteração possível das condições do ambiente.

O D é um paciente que não está integrado em nenhuma estrutura, não socializava com ninguém, e a sua atividade diária resume-se a algumas idas ao café e por vezes ver televisão.

No início do acompanhamento comigo era habitual chorar muito, dizendo que se sentia muito triste e que tinha vontade de acabar com tudo, que a sua vida era extremamente infeliz e que estava condenado ao fracasso. Como acima referido, para Bion o paciente psicótico tem alguma capacidade para aceder à depressão, pois o pensamento verbal é capaz de surgir mesmo que de forma incipiente sob os ataques realizados.

O D aparenta por momentos ter a noção, devido à existência de uma parte não psicótica na sua personalidade, do dano que lhe causa a sua parte psicótica e do lugar assustador onde se encontra.

Era habitual pedir aos pais que o ajudassem a lidar com estes sentimentos, exigia contato físico e importunava a família com ideias persistentes que tinha e das quais não desistia enquanto não levasse avante a sua vontade. Aliadas às já descritas questões com a sua higiene pessoal, a sua falta de colaboração nas tarefas domésticas, aos seus hábitos tabágicos e a perturbação da própria família, o atrás exposto gerava conflitos familiares por vezes de elevada gravidade. Agressões verbais eram frequentes; agressões físicas eram menos menos frequentes, mas ainda assim estavam presentes.

Considerando a urgência deste tema pelos próprios riscos que acarretavam, decidi, com o conhecimento da família e com conhecimento parcial do D, articular com uma instituição onde passaria algumas horas por semana com o objetivo de treinar algumas competências e estar integrado. D sabia que este tema estava a ser tratado por mim, mas não sabia detalhes, pois o próprio admitia que se sentia sempre muito ansioso na eminência de algum acontecimento e concordou em deixar este tema temporariamente à minha responsabilidade. Importa referir que era frequente o D inscrever-se em insti-

tuições para pacientes com doença mental, em cursos, voluntariados e outras atividades, e quando tinha tudo programado para iniciar, ligava a desmarcar dizendo não conseguir tolerar a espera que separava o dia da articulação com as entidades e o início da ocupação propriamente dito, ou enunciado uma série de características que atribuía às entidades, às atividades ou a outras questões logísticas, para explicar a si mesmo e aos outros, a sua desistência. O D emprendia muita da sua energia na procura destas ocupações, e mobilizava uma série de recursos, sendo já conhecido na comunidade por estes seus procedimentos. Também com a instituição com que articulei o mesmo sucedeu, e apesar de ter acedido a dar mais alguns passos que o habitual (tendo ido conhecer o espaço e os responsáveis), acabou mais tarde por ligar a desistir.

O fosso percebido entre a percepção de uma necessidade - neste caso de integração e contato - e a resposta a essa necessidade, por parte do meio, criaram um hiato difícil de transpor. A noção de tempo e espaço no psicótico, por vezes substituída, segundo Bion pela presença de objetos percecionados como destruídos, parece assumir neste caso um caráter preponderante: apesar do reconhecimento da necessidade de ter uma ocupação e estar integrado, o tempo de espera que permeia a concretização dessa decisão e a resposta social à mesma, parece ser povoado por objetos bizarros, angústia e hostilidade, levando o D a agir no sentido de se proteger, colocando-se assim novamente numa situação de total exclusão social.

Não só o tempo de espera, aliado a uma noção de tempo distorcida e afastada do real, parece dificultar o alcance deste possível objetivo, mas também a hostilidade sentida em relação ao meio. A esfera social e ambiental, povoada de objetos bizarros e partículas excindidas do ego pelo mecanismo de identificação projetiva, podem a qualquer momento virar-se contra o D e retaliá-lo, preferindo o D retrair-se, fazendo-se crer que não vai gostar das pessoas, que as atividades serão aborrecidas ou que os transportes públicos não são acessíveis. Por fim, a própria frustração decorrente da realidade e do fato de nenhuma ocupação poder assumir um caráter de perfeição, parece para o D ser intolerável.

Neste sentido, a frustração da espera associado à deformação da consciência temporal e aos handicaps das respostas sociais, a sua necessidade de integração origina no D uma necessidade de fuga à frustração, e nesse sentido os

pensamentos e o aparelho para pensá-los são substituídos pelo surgimento de mais objetos bizarros e pelo incremento da dificuldade em tolerar a frustração.

Com efeito, D refere por vezes ter os sentidos mais aguçados, ouvir muito bem, por exemplo, melhor que a maioria das pessoas. Com a incapacidade funcional do aparelho para pensar os pensamentos, a sensorialidade e os sentidos passam assim a ter aparentemente um papel primordial.

De referir ainda que, com o intuito de introduzir alguma estabilidade familiar e promover algum progresso, houve uma tentativa de integração dos pais em Terapia Familiar, a qual compareceram apenas na primeira sessão, tendo em seguida desistido, dizendo que sabiam tudo o que havia para saber sobre a esquizofrenia, que a família era já equilibrada e harmoniosa e que estavam cansados de médicos e de consultas. Não obstante continuaram a delegar em mim um papel quase educacional em relação ao D, esperando que operasse uma espécie de cura milagrosa. Era frequente o D trazer à sessão que os pais tinham comentado que não sabiam o que o D fazia em terapia, sem ser gastar dinheiro, visto que estava sempre na mesma.

Começou, entretanto, a ser habitual ao longo das sessões o D comentar que tinha imensa pena de não ter uma namorada, e que sabia que ninguém o iria querer por ser doente mental e por ter uma pensão muito reduzida. Um dia envia-me um sms dizendo-me que eu não estava a perceber aquilo que ele me andava a querer dizer, que tinha uma “paixoneta” - segundo as suas palavras - por mim, porque eu era a única pessoa que o entendia. Acabou mais tarde por me dizer: juntou, perspicazmente sem dúvida, uma série de informação que o levou a perceber que eu atravessava um processo de divórcio, e que poderia assim estar disponível para uma relação com ele.

À luz da Teoria Bioniana, esta necessidade do D pareceu esperar pelo surgimento de um ideograma propício a exprimir-se e a ser possível de ser comunicada – neste caso, a ausência da minha aliança, que já se habituara a ver na minha mão. O desejo sexual e a necessidade de se sentir acolhido e de fazer parte de algo pareceram encontrar assim a possibilidade de ligação necessária à sua comunicação.

O D começou então a ligar-me, a enviar-me mensagens e a ligar à instituição

pedindo que me contactassem por ele ter uma necessidade urgente de falar comigo. Chegou mesmo a aparecer pessoalmente sem marcação apenas para confirmar se eu estava a receber as suas mensagens. Vinha suado e ofegante, tinha vindo a correr de casa. Respondia-lhe que tinha recebido os seus sms e que falaria com ele em sessão acerca dos mesmos. Por vezes ligava à instituição pedindo uma mudança de terapeuta para assim ter mais chances de vir a ter uma relação comigo, ou simplesmente para não se confrontar com a dor deste suposto amor não correspondido.

Tornava-se mais uma vez evidente o ataque à ligação terapêutica, através da erotização. A sexualização desta ligação entre nós, tal como o D conhecia, iria boicotar a possibilidade do tratamento e melhoria, poupando-o assim da necessidade de se confrontar com novos sentimentos decorrentes da mesma, e permitindo-o ficar num estado já seu conhecido.

Também estes movimentos eram sucedidos de pedidos de desculpas e de tentativas de anulação destes gestos, dando conta portanto da alternância entre a predominância dos dois impulsos descritos por Freud e citados por Bion na sua teoria): a pulsão de vida, mais ligado à cura, evolução e portanto mais propício ao desenvolvimento da relação terapêutica (a parte não psicótica da mente); e o de morte, mais destrutivo é mais relacionado com os ataques aos vínculos e às ligações (parte psicótica da mente), portanto mais favorável à estagnação da terapia e ao boicote da relação terapêutica.

A transferência erótica massiva, difícil de manejar pelos contornos e persistência, foi considerada como um obstáculo importante à terapia, tendo sido este paciente encaminhado posteriormente a um colega.

REFERÊNCIAS

Bion, W. (1994) Notas sobre a Teoria da Esquizofrenia in *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp 33-47) Imago: Rio de Janeiro

Bion, W. (1994) Desenvolvimento do Pensamento Esquizofrénico in *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp 47-55) Imago: Rio de Janeiro

Bion, W. (1994) Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e a Personalidade Não-Psicótica in *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp 55-79) Imago: Rio de Janeiro

Bion, W. (1994) Sobre a Alucinação in *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp 79-101) Imago: Rio de Janeiro

Bion, W. (1994) Ataque aos Vínculos in *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp 101-109) Imago: Rio de Janeiro

Bion, W. (1994) Uma Teoria Sobre o Pensar in *Estudos Psicanalíticos Revisados* (pp 127-139) Imago: Rio de Janeiro

TITLE

Case study presentation according to the bionian theory

ABSTRACT

In this article the author summarizes the main ideas developed by the psychoanalyst Wilfred Bion in 6 of his first published articles, in “Estudos Psicanalíticos Revisados”. It illustrates with a practical case in Psychotherapy, some of the fundamental concepts developed in the articles already mentioned. The case presented refers to a man in his 40s, diagnosed with paranoid schizophrenia, whose symptoms resisted the medication for several years, and whose relationship with the therapist assumes very own contours, ending this fact by determining the need to conclude this therapy.

Key Words: Bion; Projective identification; Psychosis, Schizophrenia.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ÂMBITO EDITORIAL

A «Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica» publica artigos originais do campo disciplinar, científico e praxiológico (clínica e aplicação) da Psicanálise e da Psicoterapia Psicanalítica e textos que expressem a rica diversidade de interfaces entre estes domínios e os outros ramos da cultura, da ciência e da arte.

POLITICA EDITORIAL

A AP está empenhada em assegurar a ética na publicação e qualidade dos artigos. Como tal, é esperado que todas as partes envolvidas – autores, editores, revisores e editora – sigam os padrões de comportamento ético definidos internacionalmente.

Os autores devem garantir que o seu trabalho é inteiramente original e, se utilizados trabalhos ou excertos de outros trabalhos já publicados, esse facto deverá ser declarado. A prática de plágio, em qualquer das suas formas, constitui um comportamento anti-ético de publicação e é inaceitável. O

autor correspondente deve garantir que existe um consenso pleno de todos os co-autores na aprovação da versão final do documento e na sua submissão para publicação.

Os editores comprometem-se a avaliar os manuscritos exclusivamente com base na sua mais-valia académica e científica. Um editor não deve usar informações não publicadas nos seus próprios trabalhos, sem o expreso consentimento por escrito do autor.

Os revisores comprometem-se a tratar quaisquer trabalhos recebidos para avaliação como documentos confidenciais. Informação privilegiada ou ideias obtidas através de revisão por pares devem ser mantidas em sigilo e não devem ser utilizadas para proveito pessoal. Os comentários ou correções serão conduzidos de forma objetiva e as observações formuladas serão claras e devidamente argumentadas, para que os autores possam usá-los para melhorar o artigo.

Regemo-nos por um sistema de arbitragem anónima por avaliadores externos (referees), através de um procedimento de Double Blind (duplamente cego): neste processo os intervenientes (autores, revisores e gestores de artigo) são tornados anónimos. O artigo é enviado para dois (ou mais) Pares Revisores, que o examinam e arbitram sobre a sua qualidade. O editor enviará ao autor informação sobre a eventual aceitação para publicação; reformulação e submissão para nova avaliação por pares; ou não aceitação. No caso de reformulação, os autores receberão os pareceres e recomendações dos Pares Revisores e deverão proceder às alterações recomendadas.

Os autores autorizam a AP a guardar a informação relacionada com o artigo (textos e dados de identificação dos autores). Estes dados podem ser apagados mediante solicitação do autor(es) por email enviado à revista.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

– Todos os artigos apresentados à Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica deverão ter um Título, um Resumo, a descrição dos

Autores, um corpo de texto e Referências Bibliográficas. O artigo terá que ter Título e Resumo em português e em inglês.

– Os resumos deverão ter entre 150 e 200 palavras e deverão ser seguidos de quatro a seis palavras-chave.

– Os autores (num máximo de seis), devem ser identificados com o nome, instituição(s) onde exercem, funções e os contactos (morada, e-mail e telefone).

– Os artigos não deverão ultrapassar as 15 páginas (salvo algumas exceções), já incluindo referências, notas, tabelas, e figuras. Os últimos três elementos deverão ser evitados, exceto quando forem indispensáveis para a compreensão do texto.

– Só são aceites notas de rodapé na primeira página do artigo relativas ao título e à identificação do autor.

– Todas as outras notas, devem ser apresentadas apenas quando forem consideradas essenciais.

– As fotografias, figuras, esquemas e gráficos devem ter um título e ser enumeradas por ordem de inclusão no texto.

ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

Primeira página

1. O título do artigo, que deverá ser conciso;
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor);
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores;
4. O serviço, departamento ou instituição onde trabalha(m).

Segunda página

1. O nome, telefone, endereço de correio eletrônico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do artigo;
2. O nome, endereço de correio eletrônico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Terceira página

1. Título do artigo nas línguas necessárias (Português/Inglês);
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias;
3. Quatro a seis palavras-chave nas línguas necessárias;

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das seções em que este se subdivide começar no início de uma página.

TRATAMENTO EDITORIAL

Os textos recebidos são submetidos a um processo de validação administrativa. Os textos que estejam de acordo com as normas são identificados por um número. Será considerada como data de recepção do artigo o último dia de recepção da versão eletrônica do artigo e dos anexos necessários. Os artigos aceites serão distribuídos a um editor responsável, que fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião dos Co-Editores.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação.

Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: atualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respetivos autores e cada artigo será apreciado por dois. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelo editor chefe com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão integradas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores ou do editor responsável.

A decisão relativa à publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, serão reapreciados pelos revisores originais do artigo. Desta reapreciação resultará uma apreciação final por parte do editor responsável e a decisão de recusa ou de publicação, da qual os autores serão informados.

REGRAS DE CITAÇÃO E DE REFERENCIAÇÃO

As regras de citação e de referenciação devem ser elaboradas de acordo com as normas sugeridas pela A.P.A. (American Psychological Association).

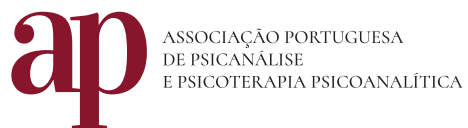
CORRESPONDÊNCIA EDITORIAL E SUBMISSÃO DE TEXTOS

Revista de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica “Se..., Não...”

Largo do Andaluz, n. 15, 2-Esq

1050-004 Lisboa

Tel.: 913 906 073 * revista.psicanalise.ap@gmail.com



Órgão oficial da Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica (AP)

Email: ap.psicanalise@gmail.com

Site: www.apppp.pt

Tm: 913906073

Largo do Andaluz 15 - 2º Esq. 1050-004 Lisboa