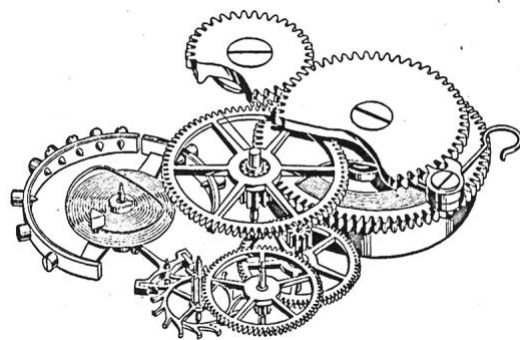


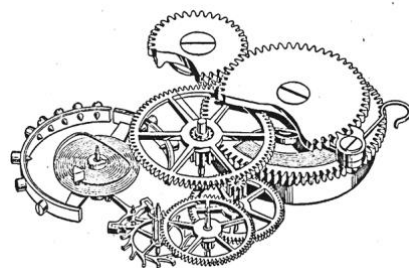


SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
PSICOSSOMÁTICA



revista_portuguesa_de_psicossomática

ISSN 2183-9344 | 2019, nº1 | *online*



ÍNDICE

Editorial

Silvia Ouakinin

3

Artigos de Investigação

ANSIEDADE, VINCULAÇÃO E BIOMARCADORES NEUROENDÓCRINOS EM CRIANÇAS OBESAS

Inês Pinto, Simon Wilkinson, Daniel Virella, Marta Alves, Conceição Calhau & Rui Coelho

5

DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS, DIFICULDADES EMOCIONAIS E NECESSIDADES PSICOLÓGICAS: ANÁLISE PRELIMINAR DO ESTUDO COM INDICADORES COMPORTAMENTAIS

Bruno Faustino, Isabel Fonseca, António Branco Vasco, Miguel Baião, Paulo Lopes & Jorge Oliveira

15

O PAPEL DA SOMATIZAÇÃO NA RELAÇÃO ENTRE TRAUMA COMPLEXO E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Vanessa Santos, Joana Henriques-Calado, Rute Pires & Bruno Gonçalves

23

REAÇÕES EMOCIONAIS AUTOMÁTICAS E NÃO-CONSCIENTES: RELAÇÃO COM A REGULAÇÃO

EMOCIONAL, ALEXITIMIA, STRESSE, VINCULAÇÃO, TEMPERAMENTO E PERSONALIDADE

Miguel Baião, Isabel Barahona da Fonseca, Silvia Ouakinin

32

APRESENTAÇÃO DO LIVRO “VIVER O QUE FALTA: PENSANDO A PSICOSSOMÁTICA.”

DE JOSÉ ANTÓNIO BARATA

Patrícia Câmara e Maria de Deus Brito

40

Artigos de Revisão

LIBERDADE, HARMONIA, ÉTICA. DO EQUADOR DE TLÖN – DITOS, AFORISMOS E CONTRADIÇÕES

Manuel Silvério Marques

45

VULNERABILIDADE À DOENÇA: UMA PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA

José Antunes

53

O PROBLEMA MENTE-CÉREBRO E A PSIQUIATRIA

Jorge Gonçalves

60

PERTURBAÇÃO DE SINTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONAIS: O DIÁLOGO MENTE-CORPO

Bárbara Almeida, Carolina Machado, Cristina Fragoeiro & Catarina Fonseca

66

Cartas ao Editor

RAINHA VICTORIA, MÃE DE TODOS, MÃE DE NINGUÉM.

Mariana Costa Martins, Luís Delgado

73

DO CONGELAMENTO A UM OUTRO LUGAR: QUANDO O LUGAR DO INVISÍVEL SE CORPORALIZA

Ana Sotto-Mayor

82

DEIXAR PAUZINHOS NO CAMINHO

Ana Vasconcelos

87

A AUSÊNCIA DA VERGONHA COMO SOBREPOSIÇÃO AO OLHAR (D)O OUTRO

Isabel Mesquita

90

JOGO E O ‘IMPENSÁVEL’: PARA UMA PERSPETIVA PSICOSSOMÁTICA DAS ADIÇÕES

Marco Torrado

94

O LUTO SOB A LENTE PSICODINÂMICA

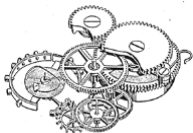
Patrícia Azevedo, Paula Valente, Cláudia Milheiro, Luís Brito, Antonieta Dias & Ivo Mota

99

O ADOECER FÍSICO NA PSICOSE

Liliana P. Ferreira & Alda Rosa

104



revista_portuguesa_de_psicossomática

ISSN 2183-9344 | 2019, nº1 | online

FICHA TÉCNICA

Editores

Marco Torrado
Patrícia Câmara
Filipe Arantes-Gonçalves

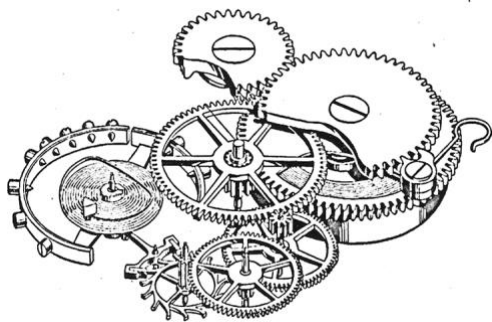
Conselho Redatorial

Adelino Cardoso
Alexandra Silvestre Coimbra
Carla Corsello
Filipa Cardoso Meneses
Filipa Gonçalves
Isabel Barahona da Fonseca
Jorge Câmara
Maria de Deus Brito
Maria José Ribeiro
Luísa Branco Vicente
Sílvia Ouakinin
Tânia Carneiro

Secretariado Executivo

Ana Fernandes

Sociedade Portuguesa de Psicossomática
© 2019



EDITORIAL

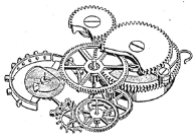
Este número da Revista Portuguesa de Psicossomática, tão aguardado pela importância de que se reveste e que associa ao V Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Psicossomática “Re-Pensar a Psicossomática – Uma homenagem a José António Barata”, ao nosso Zé Barata é, para mim, particularmente significativo.

De tudo o que foi dito nessa homenagem fica a memória de um homem bom, de um pensador inovador e profundo, de um terapeuta empático, de um amigo insubstituível. Mas de tudo o que aconteceu nesse Encontro fica sobretudo o legado do Zé, a Sociedade Portuguesa de Psicossomática, que ele criou e fez crescer, sempre num espírito de partilha e colaboração entre diversos saberes.

E, é por isso que a possibilidade de a manter viva e activa, também através de uma revista como esta, é tão importante. Neste número, em particular, reencontramos a capacidade de ensinar, o estímulo criativo, o afecto e o respeito com que o Zé gostava de pensar a ciência feita por todos, valorizando cada contributo singular como único e, embora discutível, sempre merecedor da sua atenção e reflexão. Um número significativo de artigos agora publicados são oriundos de comunicações apresentadas no Congresso e que testemunham a dinâmica do pensamento por ele suscitado.

Reencontramos, neste número da revista, temas que lhe foram caros e que para mim se transformaram também em objectos de procura e reflexão. Da relação corpo-mente e do papel da consciência como pontos de partida para uma compreensão do humano, até à emoção como uma das áreas de integração de dimensões psicológicas e de funções que asseguram o equilíbrio homeostático do organismo, mas geram também respostas eventualmente disfuncionais, reaproximamo-nos do fio condutor do seu pensamento. De salientar a importância de “Viver o que falta: Pensando a Psicossomática” e da sua apresentação por Patrícia Câmara e Maria de Deus Brito, de “o livro possível” como refere Rui Mota Cardoso, num testemunho de inteligência, afecto e generosidade que nos permite ouvir o Zé, quando o seu eco dentro de nós parece mais distante.

Na procura de uma compreensibilidade da saúde e do adoecer surgem reflexões sobre o papel da vinculação e neurodesenvolvimento; da relação precoce e da plasticidade cerebral, das dificuldades de regulação e processamento emocional, dos traços de personalidade associados a uma maior vulnerabilidade face a traumas precoces, da psicofisiologia e do processamento emocional, da necessidade de pensar a complexidade do próprio pensamento, de desorganizações a organizações de sistemas complexos que se estruturam ou aniquilam num movimento de procura de sobrevivência em tempos quase limite.



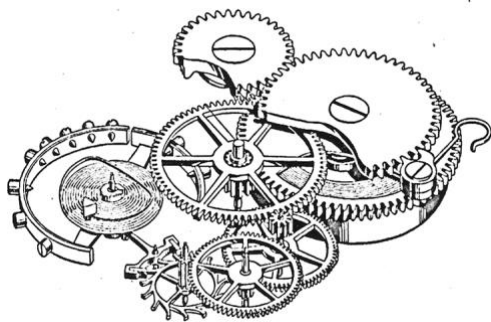
A este propósito permito-me referir a análise impressionante de Edgar Morin que, numa entrevista recente, afirma como central o desafio de pensar a realidade de forma integrada e não compartimentada. Questionado sobre os perigos do século XXI, identifica as crises do pensamento, da civilização e da humanidade provocando o desenvolvimento de dois tipos de barbárie. Um deles situa-se em torno da guerra e do poder, contendo essa barbárie, em si mesma o desprezo, a morte, a humilhação e a servidão que nos rodeiam, mas que, interiorizados, levam ao medo e ao isolamento mental, ao invés de promover uma consciência colectiva. O segundo tipo de barbárie será a redução do sujeito a objecto de cálculo, de alguma forma a tirania dos números, das estatísticas ou da necessidade de aniquilar tudo o que não é quantificável. Talvez esta reflexão nos ajude a sentir a necessidade de um espaço de liberdade e criatividade tão próximo do Zé e a que esta sociedade e esta revista continuam a tentar dar voz.

E se no centro da complexidade, na rede de conectividade que procuramos decodificar estiverem sobretudo os afectos?

Um imenso obrigada a todos os que colaboraram neste número da Revista Portuguesa de Psicossomática.

Sílvia Ouakinin, MD, PhD

Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicossomática



ANSIEDADE, VINCULAÇÃO E BIOMARCADORES NEUROENDÓCRINOS EM CRIANÇAS OBESAS

ANXIETY, ATTACHMENT AND NEUROENDOCRINE BIOMARKERS IN OBESE CHILDREN

ARTIGO EM INGLÊS

Inês Pinto¹, Simon Wilkinson², Daniel Virella³, Marta Alves³, Conceição Calhau⁴, Rui Coelho⁵*

Resumo

Introdução: A qualidade da relação entre a criança e o seu cuidador principal afecta o neurodesenvolvimento da criança e a sua regulação emocional. Pretendeu-se explorar as associações entre biomarcadores neuroendócrinos, ansiedade e depressão, utilizando a avaliação da vinculação e do funcionamento familiar como possíveis variáveis intermédias em crianças obesas. **Métodos:** Numa amostra de conveniência de 104 crianças obesas (IMC_a>p95; idade média 10,9 anos; 55 meninos), foram medidos biomarcadores neuroendócrinos, avaliados os sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de vinculação com auto e hetero-questionários (EADS_b, CBCL_c e IVIA_d); o funcionamento familiar foi classificado através da FACES-III_e. **Resultados:** Observou-se uma correlação negativa significativa ($r_s = -0,779$; $p = 0,003$) entre o cortisol das raparigas e os sintomas maternos de ansiedade. As estratégias de vinculação insegura do tipo evitante apresentaram uma associação significativa negativa com os níveis de cortisol ($R_2 = 0,352$). **Conclusões:** Os achados sugerem uma associação específica entre o cortisol sérico nas crianças obesas e a ansiedade materna. Os processos envolvidos no desenvolvimento das estratégias de vinculação do tipo evitante parecem associar-se aos mecanismos regulatórios do eixo HPA_f. Com a confirmação destas associações, as intervenções na saúde mental e obesidade poderiam dar maior ênfase à qualidade das relações materno-infantis.

Palavras-Chave: ansiedade, vinculação, cortisol, obesidade infantil, stress.

Abstract

Introduction: The quality of the relationship between child and primary caregiver affects the child's emotion regulation and stress response. These stress responses can be both physiological (eg, altered cortisol levels) and behavioural (e.g., increased food consumption, internalizing/externalizing symptoms). This study aims to illuminate the associations between neuroendocrine biomarkers, and anxiety and depression, through including assessment of attachment and family functioning as potential intermediate variables in these obese children. **Material and Methods:** A convenience sample of 104 obese children (55 boys), mean age 10.9 years was recruited. Obesity was defined as BMI 7 above the 95th age- and gender-specific percentiles. Neuroendocrine biomarkers were measured. Symptoms of anxiety and depression, and attachment strategies were assessed with self and parent-reported questionnaires (EADS_b, CBCL_c e IVIA_d). Family functioning was assessed with parent-reported questionnaires (FACES-III_e). **Results:** A significant, negative correlation ($r_s = -0.779$; $p = 0.003$) between girls' cortisol and their mothers' anxiety symptoms was found, limited to high functioning families. No association was found between cortisol in children and maternal depressive symptoms. Type A, avoidant/dismissing attachment strategies, had significant negative association with cortisol levels ($R_2 = 0.352$). **Conclusions:** The results suggest a specific association between cortisol levels of obese children and maternal anxiety symptoms. Processes involved in development of the Type A attachment strategy appear to be associated with effects on the regulatory mechanisms of the HPA_f axis.

Keywords: anxiety, object attachment, pediatric obesity, stress.

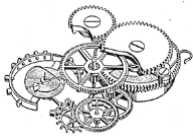
* ¹Hospital Beatriz Ângelo,
Loures, Portugal

²Oslo University Hospital,
Oslo, Noruega

³Centro Hospitalar Universitário de
Lisboa Central, Lisboa, Portugal

⁴NOVA Medical School,
Lisboa, Portugal

⁵Universidade do Porto,
Porto, Portugal



Introduction

Symptoms of anxiety and depression are frequent in obese children (Anderson, Gooze & Lemeshow, 2012; Esposito, Gallai & Roccella, 2014; Wehry, Beesdo-Baum & Hennelly, 2015). Anxiety, depression and obesity are recognized human and economic burdens. It is important to investigate the aetiological mechanisms involved (Padula, Allen & Nair, 2014). Mental disorders, such as anxiety and depression, are associated with decrements in public health that are equivalent to those of other chronic physical diseases (Padula, Allen & Nair, 2014). However, mental disorders are stigmatized and regarded as less important. In fact, it is not generally acknowledged that, when mental disorders coexist with these physical diseases, the decrease in public health scores is substantially greater than when they occur alone (Kupfer, Frank & Phillips, 2012).

A possible way to interpret the link between anxiety and depression, and obesity is emotional eating. Activation of the stress response can lead to emotional dysregulation that has been associated with increased appetite, a preference for foods high in sugar and fat (Dallman, 2010), fat visceral accumulation and obesity in adults (Torres & Nowson, 2007) and adolescents (Vanaelst et al., 2012). In this regard some authors revealed that overweight subjects tended to gain weight when stressed (Dallman, 2010) and that obese individuals increase their food intake after having experienced negative emotions and perceived stress (Barrington, Beresford & McGregor, 2014). Stress-related adaptation involves the concept of allostasis, which is the ability to achieve the physiological balance through change in the internal environment (Sinha & Jastreboff, 2013). Conditions of repeated or uncontrollable chronic stress are followed by atypical cortisol response and tend to activate a state of allostatic load resulting in neural and emotional dysregulation which contribute to maladaptive behaviours such as repeated consumption of high caloric food (McEwen, 2007), lack of control over eating and binge eating (Groesz et al., 2012). These results suggest that psychophysiological responses to stress may influence subsequent eating behaviour.

Another possibly potential additional factor promoting the development of obesity in children - maternal mental state and associated behavior- has to be considered. Maternal mental state may directly affect children's risk of becoming

obese by fostering stress and emotional arousal in the children themselves. This may lead to an increase in the secretion of stress hormones, which in turn can lead to a greater accumulation of fat in visceral depots (Anagnostis et al., 2009). Maternal stress may also indirectly affect children's risk of becoming obese due to its adverse influence on health related behaviours, e.g., greater maternal reliance on fast food, lower maternal monitoring of children's sedentary behaviour, or an uninvolved maternal feeding style (El-Behadli et al., 2015).

Mothers with symptoms of anxiety and depression and their offspring tend to have similar neuroendocrine biomarkers, such as altered levels of cortisol, peripheral levels of dopamine and serotonin, right frontal electroencephalogram activation and vagal tone (Del Giudice, Ellis & Shirtcliff, 2011). If a description of specific subgroups, such as patients in whom certain biomarkers are associated with specific symptoms, was to emerge, then, both short and long-term benefits of treatment could potentially be improved.

The child-parent relationship plays a major role in the child's early life, influencing socio-emotional development, emotion regulation abilities and leading to development of particular attachment strategies (Bowlby, 1988; Cassidy, Jones & Shaver, 2013; Fonagy, Gergely & Jurist, 2002; Kerns & Brumariu, 2014). The quality of the relationship influences both behavioural and metabolic regulation systems as they are activated in stressful contexts (Oskis, 2011). Obese children's attachment strategies have not received much attention. There is evidence that weight is one factor associated with dysregulation in HPA axis activity (Patterson & Abizaid, 2013).

Secure attachment (Type B) is associated with the child's approach to his mother¹ at times of need, and is interpreted as a fundamental expectation in the mother's availability and responsiveness. The mother appears to have the child 'in mind' and she is available at times of her child's distress. Through contingent responsiveness, she enables her child to regulate his state, first via her direct handling of the child and subsequently through enabling her child's self-contained management of his affect – an external process facilitates internalizing of the affect regulation. In contrast, the child of a consistently insensitive and unresponsive mother does not learn to expect her mother to be available in stressful situations. The child learns alternative ways to maximise the available responsiveness though avoiding making demands of their

¹ The term "mother" is used here as "the parent who responds when the child has unmet needs".

^a Body Mass Index

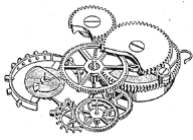
^b *Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para adultos*, Anxiety, Depression and Stress Scale, adult version

^c Child Behaviour Checklist

^d *Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência*, Inventory of Attachment in Childhood and Adolescence

^e Family Adaptation and Cohesion Scale

^f Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis



caregiver and hiding their negative affect, which characterizes the insecure-avoidant/dismissive attachment (Type A). On the other hand, the inconsistently available mother responds to escalating displays of affect in her child, which forces her to respond on the basis of an intermittent reinforcement schedule, but the child remains ambivalent about close contact when proffered as it was only elicited under duress (insecure-resistant/preoccupied attachment, Type C).

There is consistent agreement that low functioning families (e.g., characterized by harshness, hostility, intrusiveness) contribute to the development and maintenance of child psychopathologies (Biringen, 2005; Yap & Jorm, 2015). A characteristic dysfunctional pattern of interaction is found in families with obese children (Biringen, 2005; Cromley, Neumark-Sztainer & Story, 2010). Children with difficult temperament and insensitive mothers were found to have significantly higher risk of being overweight or obese during school age (Wu et al., 2011) as well as children in families with mealtime challenges, maternal distress and family conflicts (Zeller et al., 2007). Parents may overfeed difficult children in a misunderstanding of being good parents and in an effort to calm or reduce the children emotional intensity (Carey et al., 1985). In this way regulation with food begins in infancy and could continue throughout the childhood.

Most strategies for the prevention of childhood obesity are focused on energy balance (Sabin & Kiess, 2015). They are directed at behaviours that directly affect energy intake or expenditure, such as increasing physical activity, reducing sedentary behaviour, or limiting intake of high energy foods and beverages (Horodyska et al., 2015). However, the limited success of these strategies (Ciampa, et al., 2010; Hesketh & Campbell, 2010; Whitlock, O'Connor & Williams, 2010) underscores the importance of developing new approaches through identifying other barriers to changing behaviour and hence enabling public health strategies to be more successful.

Objectives and Hypothesis

Study I aimed to explore associations between cortisol levels and symptoms of anxiety and depression in obese children. We hypothesized that gender and family functioning, as characterized by different levels of cohesion and adaptability, played a role together with cortisol levels on the symptoms of anxiety and depression. We also considered whether maternal mental state could be associated with family functioning and cortisol levels in obese children.

Study II explored associations between attachment strategies and cortisol, hypothesized to be respectively a

potential mediator and a potential intervening variable of the parent-child relationship in obese children.

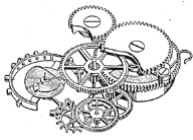
Methods

A convenience, systematic sample of children attending the Childhood Obesity Unit of a Paediatric Hospital in Lisbon, was drawn from pre-pubertal obese children recruited for the project "Roots of Early Obesity" (Pinto, Calhau & Coelho, 2011). The effective sample was based on the children for whom we had detailed records of anthropometric information and behavioural measurements throughout childhood. Exclusion criteria were the use of medication, having already reached puberty during the period of assessment, undergoing mental health intervention or other medical treatment besides those for obesity. Only one parent per child participated, most often the mother.

Parental written, informed consent was obtained. The project was approved by the Hospital Medical Ethics Committee.

Anxiety and depressive symptoms were assessed using "EADS-C – Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para crianças", child-version; and "EADS - Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse", adult-version. EADS-C and EADS are self-report questionnaires validated for Portugal (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2005; Leal, Antunes & Pais-Ribeiro, 2009). The EADS-C and EADS are a set of three self-reported scales (21-items) designed to measure symptoms of depression (dysphoria, hopelessness, devaluation of life, self-depreciation, lack of interest/involvement, anhedonia, and inertia), anxiety (autonomic arousal, skeletal muscle effects, situational anxiety, and feeling anxious) and stress (difficulty relaxing, hypervigilant, and being easily upset/agitated, irritable/over-reactive and impatient). The responses are classified according to four levels: 0) never happens; 1) happens sometimes; 2) happens very often; and 3) happens almost all the time. EADS-C has a structure similar to the adult version (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2005) although the load values of the items in each dimension are less discriminative than for adults (Leal, Antunes & Pais-Ribeiro, 2009).

The Child Behaviour Checklist (CBCL 6-18) is a parent-reported questionnaire for assessing behavioural or emotional problems in children and adolescents (aged 6- to 18- year-old). It contains 120 items on behavioural or emotional problems experienced in the six months prior to the test. These items are scored on a three point scale: 0 = not true; 1 = somewhat or sometimes true; 2 = very or often true.



The CBCL version used is approved by Achenbach (<http://www.aseba.org/ordering/translations.html>) (Gonçalves & Simoes, 2000). This instrument can allocate symptoms to internalizing or externalizing dimensions of function. As conceived by Achenbach (1991), internalizing symptoms refer to three categories: withdrawal, somatic complaints, and anxiety/depression. Externalizing symptoms refer to the categories of delinquent and aggressive behaviour.

The attachment strategies of children were assessed using "IVIA - Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência" (IACA – Inventory of Attachment in Childhood and Adolescence), a parent-reported questionnaire originally developed and validated in Portugal (Soares, 2007). IVIA was designed to classify child-caregiver attachment strategies in childhood and adolescence, from 7 to 17 years of age. It categorizes attachment strategies as secure (Type B), insecure-avoidant (Type A), or insecure-resistant (Type C). IVIA does not consider Type D, insecure-disorganized/disoriented strategy (Main & Solomon, 1986), following instead the Dynamic Maturational Model of attachment and adaptation (DMM) classificatory system (Crittenden, 2006; Kozłowska, Scher & Williams, 2011). Satisfactory psychometric properties were reported (Soares, 2007).

Family functioning was assessed using FACES III (Curral et al., 1999), a parent-reported questionnaire, validated for Portugal (Curral et al., 1999). This self-reported 20-item Lykert type questionnaire evaluates two major dimensions (Cohesion and Family Adaptation) on a circumplex model, which is integral to the conceptualisation of functioning employed in FACES. Reliability for Cohesion is 0.78 and for Family Adaptation is 0.70 (Curral et al., 1999).

Cohesion is conceptualised as the emotional closeness that family members have to one another. Adaptability is conceptualised as the potential for change in family leadership, role relationship, and relationship rules. FACES assesses the degree to which family members are adaptive and connected to each other. Balanced levels of cohesion and adaptability are conceptualised as reflecting healthier family functioning, and they are classified as "high functioning families". Unbalanced levels of cohesion and adaptability (very low or very high levels) are seen as reflecting more problematic family functioning, and they are classified as "low functioning families".

Height, weight, waist circumference, blood pressure and heart rate were measured following standardized protocols. Obesity was defined as BMI (kg.m^{-2}) above the 95th age- and gender-specific percentile (WHO, 2006). Overweight was defined as BMI (kg.m^{-2}) above the 85th age- and gender-specific percentile (WHO, 2006). Blood pressure was

measured three times and the third reading was recorded (WHO, 2006). Age and gender-specific percentiles were used (WHO, 2006).

As part of the "Roots of Early Obesity" project (Pinto et al., 2011), fasting blood samples were drawn at 8 a.m. through an indwelling catheter, after 45 min of rest. Plasma cortisol, glucose, insulin, HDL and LDL cholesterol, triglycerides and catecholamines were measured using the standard procedures of the Clinical Pathology Laboratory of the institution.

To investigate the nature of the relation between cortisol levels, and symptoms of anxiety and depression (modelled as ordinal variables), Spearman correlation analyses and significance tests were performed, both for the global sample and to each of its above-mentioned subgroups.

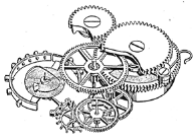
To explore the association between attachment strategies (modeled as nominal variables), age, gender, family functioning and neuroendocrine and metabolic assessment measures, univariable linear regression models were applied. Strategies Types A and C were combined to provide an "insecure attachment" group (a standard practice using the Berkeley system for attachment classification associated with Mary Main (Main & Solomon, 1986)), for multivariable analysis. Variables that had a significant association with each attachment strategy were included in multivariable explanatory models tested by multiple linear regression, in which gender, BMI percentile and the classification of family functioning were always included.

A level of $\alpha = 0.05$ was considered to be significant. Statistical analysis was carried out using Statistical Package for the Social Science for Windows version 22.0 (SPSS, 2013).

Results

Study I: Anxiety, Family Functioning and Neuroendocrine Biomarkers in Obese Children

A sample of 104 recruited pre-pubertal children (55 boys), with mean age of 10.88 years (standard deviation 1.76) was included in the analysis. BMI was calculated for 63 children, of whom 59 were obese (35 boys) and 4 were overweight (1 boy).



	EADS-C Anxiety symptoms			EADS-C Depression symptoms		
	Children	Girls	Boys	Children	Girls	Boys
EADS	$r_s=0.335$	$r_s=0.332$	$r_s=0.397$	$r_s=0.462$	$r_s=0.706$	$r_s=0.243$
Depression symptoms	$p=0.017$	$p=0.097$	$p=0.055$	$p=0.001$	$p=0.000$	$p=0.253$
	$n=50$	$n=26$	$n=24$	$n=50$	$n=26$	$n=24$

Table 1 - Correlations between maternal symptoms of anxiety and depression and children's symptoms of anxiety and depression.

Legends:

EADS-C: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, child version; EADS: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, adult version; r_s : Spearman correlation coefficient; p : significance level, n : number of children per correlation.

There was a significant, strong positive correlation between mothers' and daughters' symptoms of depression ($p=0.000$; $r_s=0.706$). Symptoms of depression in mothers had a significant but low positive correlation with children's symptoms of anxiety ($r_s=0.335$; $p=0.017$) and children's symptoms of depression ($r_s=0.462$; $p=0.001$) (Table 1) (EADS, EADS-C). No associations were found between maternal symptoms of anxiety and children symptoms of anxiety or depression.

	High functioning Family		Low functioning Family	
	Boys	Girls	Boys	Girls
EADS-C Anxiety symptoms	$r_s=0.546$ $p=0.205$ $n=7$	$r_s=0.374$ $p=0.362$ $n=8$	$r_s=-0.132$ $p=0.778$ $n=7$	$r_s=-0.800$ $p=0.200$ $n=4$
EADS-C Depression symptoms	$r_s=0.577$ $p=0.175$ $n=7$	$r_s=0.195$ $p=0.643$ $n=8$	$r_s=-0.019$ $p=0.968$ $n=7$	$r_s=-1.000$ $p=-$ $n=4$
EADS Anxiety symptoms	$r_s=0.151$ $p=0.607$ $n=14$	$r_s=-0.779$ $p=0.003$ $n=12$	$r_s=-0.313$ $p=0.412$ $n=9$	$r_s=-0.316$ $p=0.684$ $n=4$
EADS Depression symptoms	$r_s=0.144$ $p=0.624$ $n=14$	$r_s=-0.293$ $p=0.355$ $n=12$	$r_s=-0.076$ $p=0.846$ $n=9$	$r_s=0.738$ $p=0.262$ $n=4$
CBCL Internalizing symptoms	$r_s=0.346$ $p=0.247$ $n=13$	$r_s=0.347$ $p=0.296$ $n=11$	$r_s=0.139$ $p=0.721$ $n=9$	$r_s<0.001$ $p=1.000$ $n=4$
CBCL Externalizing symptoms	$r_s=0.483$ $p=0.094$ $n=13$	$r_s=-0.474$ $p=0.141$ $n=11$	$r_s=0.030$ $p=0.940$ $n=9$	$r_s=-0.316$ $p=0.684$ $n=4$

Table 2 – Rank correlation analyses between serum cortisol levels and symptom scores (anxiety, depression, internalizing and externalizing symptoms), for each subgroup (according to gender and family functioning) of the sample.

Legends:
EADS-C: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, child version; EADS: Escala de Ansiedade, depressão e stresse, adult version; CBCL: Child Behaviour Checklist; r_s : Spearman correlation coefficient; p : significance level, n : number of children per correlation.

Table 2 shows the results for the correlation analyses and significance tests between serum cortisol levels and symptom scores (anxiety, depression, internalizing and externalizing symptoms), for each of the four subgroups

(according to gender and family functioning). There was a significant, negative correlation between obese girls' cortisol and their mothers' self-reported anxiety symptoms limited to high functioning families ($r_s=-0.779$; $p=0.003$). No association was found between child serum cortisol and maternal self-reported depressive symptoms.

Study II: Attachment Strategies and Neuroendocrine Biomarkers in Obese Children

From 83 recruited pre-pubertal children, 73 children (40 boys) with all the required data were included. The sample had a mean age 10.86 (SD = 1.8) years. The BMI was above the 97th percentile in 68 children (93%).

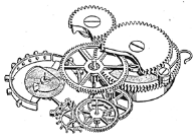
From the univariable analysis between attachment strategies and the neuroendocrine and metabolic indicators, ACTH, cortisol, TSH and hypothyroidism were identified as potentially associated with Secure Attachment (Type B), "Insecure Attachment" (Types A, C and D in the Berkeley system) (Table 3A) and Avoidant Attachment (Type A) (Table 3B).

	Secure Attachment (Type B)		"Insecure Attachment" (Types A, C and D in the Berkeley System)	
	β -estimate (95% CI)	p-value	β -estimate (95% CI)	p-value
Gender (boys)	-0.007 (-0.095;0.082)	0.882	0.072 (-0.069;0.213)	0.309
BMI percentile	0.035 (-0.168;0.237)	0.731	0.119 (-0.200;0.439)	0.457
Family Functioning (high level)	0.027 (-0.078;0.131)	0.610	-0.012 (-0.179;0.154)	0.883
Hypothyroidism	0.063 (-0.053;0.180)	0.277	-0.001 (-0.186;0.184)	0.989
TSH (μ U/ml)	-0.001 (-0.051;0.049)	0.962	0.069 (-0.006;0.144)	0.072
ACTH (pg/ml)	-0.003 (-0.005;0.000)	0.061	-0.005 (-0.010;-0.001)	0.030
Cortisol (μ g/dl)	0.002 (-0.008;0.012)	0.672	-0.016 (-0.030;-0.002)	0.026

Table 3A - Associations between attachment strategies (Secure and Insecure) and anthropometric, family and neuroendocrine variables (univariable analysis).

Legends:

ACTH – adrenocorticotrophic hormone; BMI – body mass index; CI – confidence interval; TSH – thyroid-stimulating hormone.



	Avoidant Attachment (Type A)		Resistant Attachment (Type C)	
	β -estimate (95% CI)	p-value	β -estimate (95% CI)	p-value
Gender (boys)	0.056 (-0.028; 0.140)	0.187	0.016 (-0.075; 0.107)	0.724
BMI percentile	0.141 (-0.050; 0.332)	0.144	-0.021 (-0.226; 0.183)	0.834
Family Functioning (high level)	-0.051 (-0.153; 0.051)	0.316	0.039 (-0.066; 0.143)	0.456
Hypothyroidism	-0.012 (-0.122; 0.097)	0.820	0.011 (-0.112; 0.134)	0.855
TSH (μ U/ml)	0.048 (0.004; 0.091)	0.034	0.021 (-0.030; 0.073)	0.405
ACTH (pg/ml)	-0.003 (-0.006; 0.000)	0.032	-0.021 (-0.005; 0.001)	0.142
Cortisol (μ g/dl)	-0.008 (-0.016; 0.001)	0.075	-0.008 (-0.017; 0.001)	0.069

Table 3B - Associations between attachment strategies (Avoidant and Resistant) and anthropometric, family and neuroendocrine variables (univariable analysis).

Legends:
ACTH – adrenocorticotrophic hormone; BMI – body mass index; CI – confidence interval; TSH – thyroid-stimulating hormone.

The main results of multivariable analysis of the explanatory models for the attachment strategies are shown in Table 4. Type A, Avoidant attachment strategies, had significant positive association with TSH levels and negative association with cortisol levels ($R^2 = 0.352$). Type B, Secure attachment strategies, had significant positive associations with both hypothyroidism and BMI percentile ($R^2 = 0.541$). The “Insecure attachment” strategies group showed some evidence of positive association with TSH ($R^2 = 0.250$). ACTH was not found correlated with any type of attachment. No explanatory model could be derived for Type C, Resistant attachment strategies.

	Associated variables	β -estimate (95% CI)	p-value	R^2
Avoidant Attachment (Type A)	Cortisol	-0.015 (-0.028; -0.001)	0.036	0.352
	TSH	0.084 (0.015; 0.154)	0.021	
Secure Attachment (Type B)	Hypothyroidism	0.207 (0.092; 0.321)	0.002	0.541
	BMI percentile	0.291 (0.104; 0.477)	0.004	
“Insecure Attachment”	TSH	0.128 (0.000; 0.256)	0.050	0.250
	ACTH	-0.011 (-0.025; 0.002)	0.087	

Table 4 - Adjusted association between attachment strategies and anthropometric, family and neuroendocrine variables (multiple linear regression analyses).

Legends:
Variables in the models: gender, BMI percentile, family functioning classification, hypothyroidism, cortisol, ACTH, TSH, ACTH – adrenocorticotrophic hormone; BMI – body mass index; CI – confidence interval; TSH – thyroid-stimulating hormone).

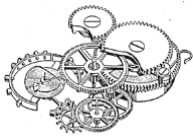
Discussion

Study I: Anxiety, Family Functioning and Neuroendocrine Biomarkers in Obese Children

This study explored associations between basal serum cortisol levels and symptoms of anxiety and depression in a sample of obese children. We found a significant negative association between serum cortisol and the mothers’ anxiety symptoms, limited to girls and particularly significant for girls from apparently high functioning families. There was a significant, strong positive correlation between mothers’ and daughters’ symptoms of depression. No associations were found between the children’s serum cortisol and their mothers’ depressive symptoms, indicating that the association that was found between serum cortisol and mothers’ anxiety symptoms was specific for anxiety.

One possible explanation for this association between mothers’ anxiety symptoms and children’s cortisol levels is that it is secondary to alterations in HPA-system activity present from birth. On theoretical grounds, one can expect alterations in HPA-system activity to be more evident in individuals with a long history of anxiety symptoms. These changes may be reasonably interpreted as expressing a state of accrued vulnerability which is akin to some increment in maternal stress, in particular during the latter half of pregnancy. Such undesirable conditions are known to favour maternal weight gain during pregnancy (Lillicrop & Burdge, 2011). An overactive HPA-system leading to elevated cortisol levels is associated with an increased prevalence of abdominal obesity, although previous studies have suggested that there are obese individuals who may have desensitization to glucocorticoids, thereby not exhibiting increased blood cortisol (Pasquali, 2012). A well accepted hypothesis is that once the HPA-system is over-activated during early development, it remains permanently unstable, vulnerable or dysfunctional, possibly due to transcriptional/epigenomic mechanisms (Lajud & Torner, 2015). This is in accordance with the present study’s findings for girls.

Family functioning might operate through either a threshold effect, or be secondary to reduced buffering effects of protective relationships (Sabin & Kiess, 2015). Possibly mothers with high levels of anxiety symptoms influence their children’s vulnerability to anxiety symptoms through an excess of control. In fact, some overprotective parenting behaviour has been associated with increased risk for anxiety symptoms in children (Dallman, 2010; Waite & Creswell, 2015). It is also proposed that affects are “infectious” – and mirror neurone influences may be at play so that the affective state of the parent is contagious. We already know that successful treatment of a depressive disorder in adolescents depends on treating any concomitant parental depressive disorder at the



same time. But we are unaware of studies having looked at the same for anxiety.

The relation between family functioning and quality of the self-reported information needs further investigation. Nevertheless, there is a definite relation between maternal mental state and biomarkers in their children. Future research needs to look at whether there is a connection between maternal mental state, maternal awareness of their children's diverse forms of distress, including those of anxiety and depression, and family functioning. Research into these factors could then be linked to research on the role played by maternal and child attachment strategies.

In the present study, symptoms of depression in mothers had a significant, positive correlation with children's symptoms of depression, stronger in girls. No associations were found with maternal symptoms of anxiety. A depressed and withdrawn mother may elicit in her child a Type A strategy such as compulsive caregiving or compliance (Hautamäki, Hautamäki & Neuvonen, 2010). When these strategies fail, the child may withdraw and/or show signs of depression (an awareness that nothing he can do will elicit anything more than rudimentary physical care – a learnt helplessness). Thus, if the parents feel threatened, and they lack the possibility to change their situation, their self-protective strategies may create a threat to their child, who has to organize his attachment strategy around this indirect threat. Depressed mothers respond to their girls and boys differently. There is a reduced amount of talk with their boys, but not with their girls, and they are much more critical of their sons compared to their daughters.

Considered together, these results contribute to the recent literature about maternal affective problems being associated with atypical HPA axis functioning in their children (Halligan, Herbert & Goodyer, 2004). This is evidenced across developmental periods and principally in disruptions to basal cortisol levels. The children's altered cortisol levels are apparently prior to there being evidence that they are experiencing mental health problems. Results from research assessing basal HPA axis functioning and diurnal variation among child and adolescent samples show some continuity with corresponding work in adults.

Study II: Attachment Strategies and Neuroendocrine Biomarkers in Obese Children

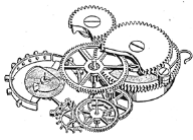
Associations between neuro-endocrine and metabolic indicators and attachment strategies were explored in a convenience sample of pre-pubertal obese children. Type A strategies were found to exhibit a negative, strong association

with cortisol levels (β -estimate=-0.015; $p=0.036$; $R^2 = 0.352$). This finding offers evidence of an increased risk for dysfunctional HPA-axis in children that score high in Type A attachment strategies.

As previously reported (Spangler, Maier & Geserick, 2010), insecure attached infants (classified after Berkeley ABCD system) have been found to display high cortisol levels after a stressful stimulus. This possibility remains and it seems to be the result of different classification procedures, notwithstanding the fact that this finding was not independently validated by other researchers (Doom & Gunnar, 2013; Goldberg et al., 2003). The high activation of the HPA system of insecure children may not terminate soon after their reunion with their primary caregivers, because children are unable to use effectively the attachment figure for their regulation, making it difficult for a state of homeostasis to be reached (Gander & Buchheim, 2015).

Von der Lippe and Crittenden (2000) argue that the child organizes his attachment behaviour in ways that increase the probability of his parents providing protection from dangers and comfort or decrease the probability of parents rejecting or harming the child. Individuals using a Type A strategy inhibit affect also under threat and may even produce compulsive behaviour, role-reversing and obedient behaviour. Schore (1994) argues, using Bowlby's (1969/1988) classical model on sequential responses to physical separations that the child may gradually shift from a sympathetic-dominant distress state, *protest*, towards a parasympathetic dominant state, *despair*. Gradually, the caregiver's lack of ability to respond and to regulate may lead to a relative deactivation of the child's attachment system by excluding from processing socio-emotional stimuli that activate attachment behaviour (Schore, 1994) or in Crittenden's terms (2016), excluding negative affect that is, fear or anger, as well as bids for comfort. A system to cope with heightened levels of sympathetic arousal and stimulation may not fully develop, and be coupled to risk of developmental psychopathologies (Crittenden, 2016; Schore, 1994).

A pattern of hypoarousal (low cortisol, flat diurnal rhythms) has been termed a low biological sensitivity to context (BSC) (Boyce & Ellis, 2005), and could be linked with developmental processes associated with Type A attachment strategies. A low BSC can be expected to disadvantage the developing child, potentially rendering them less able to cognitively process environmental opportunities and threats, with poorer attention, and less efficient priming for memory storage for emotionally and socially relevant events (Flinn, 2006).



The way of interpreting the attachment behaviours can be different in different cultures. This will lead to children later developing different attachment strategies as they adapt the most effective behaviours within the particular semiotic culture (Crittenden & Claussen, 2000). Kocken, *et al.* (2012), found ethnic differences between the parental beliefs of prevention and management of their children's overweight to be essential. Serving and receiving food provides an important context for the development of attachment strategies between the giver and the receiver in the family context. In this way relationship is tied to food and it is important in families. It is easy for mothers to feed and over-feed children, since feeding is an extension of the breastfeeding of infancy.

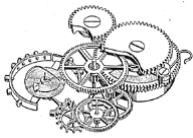
It is well known and accepted that the negative feedback system is essential in recovery from stressful situations and that a balanced stress recovery system that promotes homeostasis is of great importance. Presumably, an insecure attachment relationship does not facilitate adequate termination of the stress reaction. This lack of homeostasis could put the child at metabolic and developmental risk, as long term negative outcomes have been shown to result from both insecure attachment (Dockray, Susman & Dorn, 2009; Gungor, 2014; Hillman, Dorn & Loucks, 2012) and childhood obesity.

Conclusions

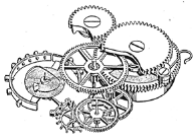
In obese children, different attachment strategies are associated with diverse metabolic profiles. These results highlight the importance of considering family functioning, parental mental state and gender, when investigating neuroendocrine biomarkers in obese children associated with symptoms of anxiety and depression. How this may contribute to developing differentiated treatment approaches remains to be explored.

References

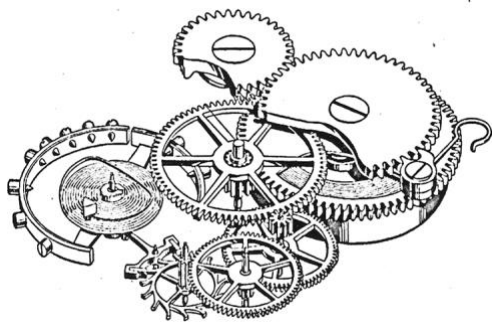
- Anderson, S. E., Gooze, R. A., Lemeshow, S., & Whitaker, R. C. (2012). Quality of early maternal-child relationship and risk of adolescent obesity. *Pediatrics*, 129(1), 132–140. doi:10.1542/peds.2011-0972
- Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 17(7), 52. doi:10.1007/s11920-015-0591-z
- Esposito, M., Gallai, B., Roccella, M., Marotta, R., Lavano, F., Lavano, S. M., ... Carotenuto, M. (2014). Anxiety and depression levels in prepubertal obese children: a case-control study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1897–1902. doi:10.2147/NDT.S69795
- Padula, W. V., Allen, R. R. and Nair, K. V. (2014). Cost of obesity and comorbidities. *Clinical Obesity*, 4, 53-58. doi:10.1111/cob.12041
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet (London, England)*, 379(9820), 1045–1055. doi:10.1016/S0140-6736(11)60602-8
- Dallman M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in endocrinology and metabolism*. TEM, 21(3), 159–165. doi:10.1016/j.tem.2009.10.004
- Torres S., & Nowson C. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11): 887-894. doi: 10.1016/j.nut.2007.08.008
- Vanaelst, B., De Vriendt, T., Ahrens, W., Bammann, K., Hadjigeorgiou, C., Konstabel, K., ... De Henauw, S. (2012). Prevalence of Psychosomatic and Emotional Symptoms in European School-Aged Children and its Relationship with Childhood Adversities: Results from the IDEFICS Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(5), 253-265. doi: 10.1007/s00787-012-0258-9
- Barrington, W. E., Beresford, S. A., McGregor, B. A., & White, E. (2014). Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: findings from the vitamins and lifestyle (VITAL) study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(11), 1791–1799. doi:10.1016/j.jand.2014.03.015
- Sinha, R., & Jastreboff, A. M. (2013). Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biological Psychiatry*, 73(9), 827–835. doi:10.1016/j.biopsych.2013.01.032
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904. doi:10.1152/physrev.00041.2006
- Groesz, L. M., McCoy, S., Carl, J., Saslow, L., Stewart, J., Adler, N., ... Epel, E. (2012). What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite*, 58(2), 717–721. doi:10.1016/j.appet.2011.11.028
- Anagnostis, P., Athyros, V. G., Tziomalos, K., Karagiannis, A., & Mikhailidis, D. P. (2009). The Pathogenetic Role of Cortisol in the Metabolic Syndrome: A Hypothesis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(8), 2692–2701. doi: 10.1210/jc.2009-0370
- El-Behadli, A., Sharp, C., Hughes, S., Obasi, E., & Nicklas, T. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: Towards a framework for theory and research in child obesity. *British Journal of Nutrition*, 113(S1), S55-S71. doi:10.1017/S000711451400333X
- Del Giudice, M., Ellis, B. J., & Shirtcliff, E. A. (2011). The Adaptive Calibration Model of stress responsivity. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(7), 1562–1592. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.11.007
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory* (8: 155-178). Routledge, London: Routledge.
- Kerns, K.A., & Brumariu, L.E. (2014). Is Insecure Parent-Child Attachment a Risk Factor for the Development of Anxiety in Childhood or Adolescence? *Child Dev Perspect.*, 8, 12-17.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (4:145-202). New York: Other Press.
- Cassidy, J., Jones, J.D., & Shaver, P.R. (2013). Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation, and policy. *Dev Psychopathol.*, 25, 1415-34. doi: 10.1017/S0954579413000692
- Oskis, Andrea & Loveday, Catherine & Hucklebridge, Frank & Thorn, Lisa & Clow, Angela. (2011). Anxious attachment style and salivary cortisol dysregulation in healthy female children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52, 111-8. 10.1111/j.1469-7610.2010.02296.x
- Patterson, Z. R., & Abizaid, A. (2013). Stress induced obesity: lessons from rodent models of stress. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 130. doi:10.3389/fnins.2013.00130
- Yap, MBH., Jorm, AF. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424–440. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.050



- Biringen, Z. (2005). Training and reliability issues with the emotional availability scales. *Infant Mental Health Journal*, 26, 404–405. doi: 10.1002/imhj.20060
- Cromley, T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. N. (2010). Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(3), 263–269. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.009
- Wu, T., Dixon, W.E., & Dalton, W.T. (2011). Joint effects of child temperament and maternal sensitivity on the development of childhood obesity. *Matern Child Health J.*, 15, 469–77. doi: 10.1007/s10995-010-0601-z.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. H. (2007). Controlled Study of Critical Parent and Family Factors in the Obesigenic Environment. *Obesity*, 15, 126–126. doi:10.1038/oby.2007.517
- Carey, W.B. (1985). Temperament and increased weight gain in infants. *J Dev Behav. Pediatr.*, 6, 128–31.
- Sabin, M.A., & Kiess, W. (2015). Childhood obesity: Current and novel approaches. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.*, 29(3): 327–338. doi: 10.1016/j.beem.2015.04.003
- Horodyska, K., Luszczynska, A., van den Berg, M., Hendriksen, M., Roos, G., De Bourdeaudhuij, I., & Brug, J. (2015). Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: an umbrella review. *BMC public health*, 15, 19. doi:10.1186/s12889-015-1354-9
- Ciampa, P. J., Kumar, D., Barkin, S. L., Sanders, L. M., Yin, H. S., Perrin, E. M., & Rothman, R. L. (2010). Interventions aimed at decreasing obesity in children younger than 2 years: a systematic review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(12), 1098–1104. doi:10.1001/archpediatrics.2010.232
- Hesketh, K. D. and Campbell, K. J. (2010). Interventions to Prevent Obesity in 0–5 Year Olds: An Updated Systematic Review of the Literature. *Obesity*, 18, S27–S35. doi:10.1038/oby.2009.429
- Whitlock, E.P., O'Connor, E.A., Williams, S.B., Beil, T.L., & Lutz, K.W. (2010). Effectiveness of weight management interventions in children: a targeted systematic review for the USPSTF. *Peds.*, 125(2). doi: 10.1542/peds.2009.1955.
- Pinto, I., Calhau, C., & Coelho, R. (2011). Childhood obesity: the role of family factors, depressive symptoms and anxiety levels. *Int J Obes.*, 35(7):1010. doi: 10.1038/ijo.2011.109.
- Leal, I., Antunes, R., Pais-Ribeiro, J. L., & Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C) [Study of the depression, anxiety and stress scale for children (EADS-C)]. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 277–286.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicol. saúde doenças*, 5(2), 229–239.
- Gonçalves, M., & Simoes, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In: Soares, I. *Psicopatologia do desenvolvimento: trajetórias (in) adaptativas ao longo da vida* (pp11–42). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento. Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In Brazelton, T.B., & Yogman, M. (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Crittenden, P.M. (2006). A Dynamic-Maturational Model of Attachment. Australian and New Zealand. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 105–115.
- Kozłowska, K., Scher, S., & Williams, L. (2011). Patterns of Emotional-Cognitive Functioning in Pediatric Conversion Patients: Implications for the Conceptualization of Conversion Disorders. *Psychosom Med.*, 73: 775–88. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182361e12
- Curral, R., Dourado, F., Roma-Torres, A., Barros, H., Pacheco, Palha A., & Almeida, L. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra portuguesa: estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica*, 20–3.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. Geneva: WHO
- SPSS for Windows, Rel. 22.0.1.2013. *SPSS Inc.*, Chicago, I, EUA.
- Lillycrop, K., & Burdge, G. (2011). Epigenetic changes in early life and future risk of obesity. *Int J Obes.*, 35, 72–83. doi: 10.1038/ijo.2010.122
- Pasquali, R. (2012). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and sex hormones in chronic stress and obesity: pathophysiological and clinical aspects. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1264(1), 20–35. doi:10.1111/j.1749-6632.2012.06569.x
- Lajud, N., & Torner, L. (2015). Early life stress and hippocampal neurogenesis in the neonate: sexual dimorphism, long term consequences and possible mediators. *Frontiers in molecular neuroscience*, 8, 3. doi:10.3389/fnmol.2015.00003
- Waite, P., Creswell, C. (2015). Observing Interactions between Children and Adolescents and their Parents: The Effects of Anxiety Disorder and Age. *J Abnorm Child Psychol.*, 43(6), 1079–91. doi: 10.1007/s10802-015-0005-z
- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in endocrinology and metabolism:TEM*, 21(3), 159–165. doi:10.1016/j.tem.2009.10.004
- Hautamäki, A., Hautamäki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010). Transmission of attachment across three generations. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(5), 618–634. doi: 10.1080/17405620902983519
- Halligan, S.L., Herbert, J., Goodyer, I.M., & Murray, L. (2004) Exposure to postnatal depression predicts elevated cortisol in adolescent offspring. *Biol. Psychol.*, 55, 376–81. doi:10.1016/j.biopsycho.2003.09.013
- Spangler, G., Maier, U., Geserick, B., & von Wahlert, A. (2010). The influence of attachment representation on parental perception and interpretation of infant emotions: A multilevel approach. *Developmental Psychobiology*, 52(5), 411–423. doi: 10.1002/dev.20441
- Doom, J. R., & Gunnar, M. R. (2013). Stress physiology and developmental psychopathology: past, present, and future. *Development and psychopathology*, 25(4Pt2), 1359–1373. doi:10.1017/S0954579413000667
- Goldberg, S., Levitan, R., Leung, E., Masellis, M., Basile, V.S., & Atkinson, L. (2003). Cortisol concentrations in 12- to 18-month-old infants: stability over time, location, and stressor. *Biological Psychiatry*, 54, 719–26. doi: 10.1016/S0006-3223(03)00010-6
- Gander, M., & Buchheim, A. (2015). Attachment classification, psychophysiology and frontal EEG asymmetry across the lifespan: a review. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 79. doi:10.3389/fnhum.2015.00079
- Lippe, A., & Crittenden, P.M. (2000). Patterns of attachment in young Egyptian children. In *The organization of attachment relationships. Maturation, culture and context* (pp. 97–114). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schore, A. (1994). Affect regulation and the origin of the self. *The neurobiology of emotional development* (29:373–385). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Crittenden, P.M. (2016). Raising parents. *Attachment, representation, and treatment* (7:106–118). London: Routledge
- Boyce, W., & Ellis, B. (2005). Biological sensitivity to context: I. An evolutionary-developmental theory of the origins and functions of stress reactivity. *Development and Psychopathology*, 17(02): 271–301.
- Flinn, M. (2006). Evolution and ontogeny of stress response to social challenges in the human child. *Developmental Review*, 26(2): 138–174.



- Crittenden, PM., & Claussen, AH. (2000). *The organization of attachment relationships: maturation, culture, and context* (pp. 277-299). New York: Cambridge University Press.
- Kocken, P., Schönbeck, Y., Henneman, L., Janssens, A., & Detmar, S. (2012). Ethnic differences and parental beliefs are important for overweight prevention and management in children: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMC public health*, 12(1): 867.
- Hillman, J. B., Dorn, L. D., Loucks, T. L., & Berga, S. L. (2012). Obesity and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in adolescent girls. *Metabolism: clinical and experimental*, 61(3), 341–348. doi:10.1016/j.metabol.2011.07.009
- Güngör, N. K. (2014). Overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*, 6(3), 129–143. doi:10.4274/Jcrpe.1471
- Dockray, S., Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 45(4), 344–350. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.06.014



DOMÍNIOS ESQUEMÁTICOS, DIFICULDADES EMOCIONAIS E NECESSIDADES PSICOLÓGICAS: ANÁLISE PRELIMINAR DO ESTUDO COM INDICADORES COMPORTAMENTAIS

SCHEMATIC DOMAINS, EMOTIONAL DIFFICULTIES AND PSYCHOLOGICAL NEEDS: PRELIMINARY STUDY ANALYSIS WITH BEHAVIORAL INDICATORS

Bruno Faustino^{1,3}, Isabel Fonseca¹, António Branco Vasco¹, Miguel Baião^{1,2},
Paulo Lopes³ & Jorge Oliveira^{3*}

Resumo

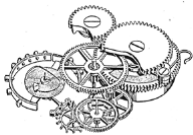
Os esquemas precoces mal-adaptativos e as dificuldades de processamento emocional são variáveis disfuncionais associadas à satisfação das necessidades psicológicas. Contudo, são necessários mais estudos para detalhar a natureza destas relações. No mesmo sentido o padrão de influência destas variáveis no processamento afetivo *bottom-up* permanece por esclarecer. Assim, através de questionários e de um paradigma de *priming* emocional subliminar com três condições de valência emocional (positiva, negativa e neutra), investigou-se as influências dos esquemas e das dificuldades emocionais no processamento afetivo não-consciente. Trinta e cinco participantes responderam a questionários e realizaram a tarefa experimental com indicadores comportamentais. Verificaram-se correlações inversas entre esquemas e dificuldades emocionais e necessidades psicológicas. Os esquemas e as dificuldades de processamento emocional estabeleceram padrões de associação com as necessidades psicológicas e com o processamento afetivo *bottom-up*. A investigação multidisciplinar entre psicoterapia integrativa e neurociências afetivas pode ser uma nova forma de compreender os fenómenos humanos e clínicos.

^{*1} Faculdade de Psicologia,
Universidade Lisboa,
Lisboa, Portugal.

² Faculdade de Medicina,
Universidade de Lisboa,
Lisboa, Portugal.

³ Escola de Psicologia e de
Ciências da Vida,
Universidade Lusófona,
Lisboa, Portugal.

Palavras-chave: Esquemas; Necessidades Psicológicas Processamento Afetivo Não-Consciente; Ciência Translacional.



Introdução

O diálogo entre os diversos ramos da ciência é cada vez mais uma forma de pensar na investigação. As neurociências têm vindo a emergir como um paradigma sólido e robusto com contributos válidos e pertinentes para o entendimento entre mente, cérebro e comportamento (Gonçalves et al., 2014). O entendimento dos mecanismos neurobiológicos subjacentes à mente humana, e por consequência, à psicoterapia tem contribuído para o reconhecimento da importância de intervenções diversificadas focadas na inter-relação entre emoção e cognição (Barlow, 2014; Gonçalves et al., 2014). O presente trabalho assenta num paradigma transteórico e translacional entre psicoterapia integrativa e neurociências afetivas.

Esquemas Precoces Mal-adaptativos e Necessidades Psicológicas

Esquemas precoces mal-adaptativos (esquemas) são um ou vários temas disfuncionais e/ou padrões amplos, difusos, compostos por memórias, cognições, emoções e sensações corporais, relacionados ao *si próprio* ou aos relacionamentos com outras pessoas, desenvolvidos durante a infância e/ou adolescência, elaborados ao longo da vida do indivíduo (Young, Klosko e Weishaar, 2003). Resultam das frustrações de necessidades emocionais fundamentais na infância e/ou adolescência, nomeadamente, vinculação segura, autonomia e identidade, validação de emoções, limites realistas, espontaneidade e jogo social (Young, Klosko e Weishaar, 2003).

Os esquemas são relativamente impermeáveis à experiência e à aprendizagem e são mantidos através de manobras defensivas, estratégias de coping e envios seletivos (Young, Klosko e Weishaar, 2003). São estruturantes e estruturadores da dinâmica mental dos indivíduos, pois, orientam, direcionam, modulam e motivam os processos cognitivos/afetivos através de julgamentos, comparações, avaliações e interpretações (Young, Klosko e Weishaar, 2003).

A investigação em psicoterapia integrativa tem sistematicamente associado esquemas a necessidades psicológicas (Faustino & Vasco, 2019, in press; Fonseca, 2012). Necessidades Psicológicas são estados de desequilíbrio orgânico provocados por carência ou excesso de determinados nutrientes psicológicos, sinalizados emocionalmente e tendentes a promover ações, internas e/ou externas para o restabelecimento do equilíbrio (Vasco et al., 2018).

Para Vasco e colaboradores (2018), a “pedra-de-toque” da saúde mental e do bem-estar é a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, sendo o sistema

emocional o sinalizador do grau de regulação das necessidades. Assim, o bem-estar psicológico subjaz a um jogo de equilíbrio e satisfação de sete polaridades dialéticas de necessidades tendo em mente que, a sua satisfação nunca é permanente e continuamente possível (Vasco et al., 2018; Conceição & Vasco, 2005).

A investigação entre esquemas e necessidades psicológicas tem mostrado que os esquemas precoces mal-adaptativos estão negativamente correlacionados com regulação da satisfação das necessidades psicológicas e positivamente correlacionados com a fusão cognitiva/inflexibilidade psicológica (Faustino & Vasco, 2019, in press; Fonseca, 2012).

Dificuldades de Processamento Emocional

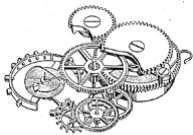
As dificuldades de processamento emocional são definidas como reações problemáticas que os indivíduos expressam quando não conseguem processar experiências emocionais de um modo saudável (Watson, Goldman & Greenberg, 2004). Greenberg (2015) postula a centralidade da emoção na criação do significado e do comportamento motivado. Assim, o processo de mudança é facilitado por tarefas terapêuticas que promovem a resolução de tarefas específicas de processamento afetivo baseadas em marcadores emocionais (dificuldades de processamento emocional).

As dificuldades de processamento emocional encontram-se associadas aos esquemas precoces mal-adaptativos e inversamente associadas às necessidades psicológicas numa amostra não-clínica e clínica (Barreira, 2016; Faustino & Vasco, in prep). Contudo, são necessárias mais investigações para, primeiro, perceber se estas relações são replicáveis em outras amostras e segundo, detalhar o nível de compreensão destas relações.

Processos Emocionais Automáticos Bottom-up

Alguns autores da psicologia como Zajonc (1984) defendem que as reações emocionais podem anteceder a cognição. Esta afirmação controversa depende do modo como se define cognição. Os dados neurobiológicos apoiam a ideia da existência de um processamento emocional automático, rápido, grosseiro e pré-perceptivo (Ledoux, 1996, 2000).

Os estudos de Ledoux e colaboradores demonstraram que existe uma via direta do Tálamo para as estruturas do sistema Límbico (Amígdala) com função valorização emocional do estímulo. Esta via é ativada em paralelo com a clássica via



perceptiva Tálamo - Áreas Sensoriais do Neocortex, com a qual interage de um modo complexo (Ledoux & Dawn, 2018).

Assim, o processamento afetivo ocorre em simultâneo e em paralelo com o perceptivo embora os dois processos interajam e sejam interdependentes. Neste sentido, o estudo dos efeitos específicos da estimulação emocional não-consciente permitirá caracterizar a influência destes processos automáticos no processamento mais controlado e na sua integração com processos *top-down*. Os processos emocionais desencadeados são não conscientes e deste modo conduzem ao predomínio do processamento *bottom up*, tanto quanto possível livre da influência deliberada dos processos descendentes.

Diversos autores enfatizaram os modelos de processamento afetivo e cognitivo com interação entre processos *bottom-up* e *top-down* (Kandel, 2013). As teorias baseadas em modelos neurobiológicos das emoções, enfatizam a presença de sistemas emocionais conservados ao longo do tempo. Estes sistemas emocionais são os substratos primordiais na formação do *self* e da identidade, modelando as estruturas cerebrais mais recentes filogeneticamente (Panksepp, 1998, 2005, 2011).

A neurobiologia dos esquemas é extremamente complexa, especialmente quando se pretende enquadrar processos de assimilação e acomodação no funcionamento de estruturas cerebrais (Gilboa & Marlatte, 2017). Young, Klosko e Weishar, (2003) relacionaram teoricamente os esquemas precoces mal-adaptativos com o processamento emocional nomeadamente na componente afetiva. Contudo, não se encontram esforços na literatura para testar estas associações através de tarefas experimentais de *priming* emocional subliminar. O tempo de apresentação, o mascaramento por apresentação de estímulos máscara antes e depois do estímulo emocional subliminar (mascaramento *forward* e *backward*) e ainda a direção da atenção para a máscara tornam o estímulo inacessível aos processos da consciência. Com este tipo de tarefas pretende-se estudar a ativação emocional não-consciente através da apresentação de estímulos (imagens) com valência afetiva inferiores ao limiar da consciência.

A questão de investigação que colocamos versa sobre forma como as variáveis macroestruturais interagem entre si e como é que se relacionam com as respostas emocionais *bottom-up*. Salienta-se o carácter inovador da presente investigação relativamente à associação de esquemas precoces, dificuldades emocionais e necessidades psicológicas com uma tarefa de *priming* sublimar. Estes dados podem contribuir para a conceptualização de caso integrativa, assim como podem contribuir para a explicitação das relações entre as dificuldades de processamento emocional e o processamento emocional subliminar.

Objetivos de Investigação e Hipóteses

Como temos vindo a elaborar, as relações entre esquemas e dificuldades de processamento emocional são pouco compreendidas, assim como as suas relações em interação com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. No mesmo sentido, não é clara a relação entre estas variáveis macroestruturais e as reações automáticas não-conscientes à luz de um paradigma de investigação das neurociências afetivas.

Assim, o presente estudo pretende, numa lógica exploratória: (1) investigar as relações entre esquemas, dificuldades de processamento emocional e necessidades psicológicas e; (2) Investigar as relações entre esquemas e dificuldades de processamento emocional com processamento emocional não-consciente através com as reações emocionais automáticas (processos afetivos *bottom-up*).

Método

Design e participantes

O presente estudo tem um *design* experimental, com corte transversal de carácter quantitativo. A amostra é composta por 35 (3 do género masculino 8,6% e 32 do género feminino 91,4%) estudantes universitários com idades entre os 18 e os 41 anos ($M = 21.08$, $DP = 5.12$).

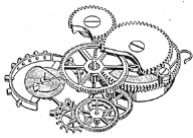
Materiais

Questionário de Esquemas de Young (QEY – S3)

O QEY – S3 (Young Schema Questionnaire, YSQ-S3, traduzido e adaptado por Pinto-Gouveia & Rijo, 2009), é um questionário de autorrelato que consiste em 90 itens que buscam avaliar em que medida o indivíduo possui esquemas. O formato de resposta é uma escala Likert de 6 pontos (1–6 valores). O alfa de Cronbach do presente estudo para os cinco fatores *distanciamento e rejeição, autonomia e desempenho deteriorados, domínio do outro, limites deteriorados e sobrevigilância e inibição*, variou entre ($\alpha = 0,889$) e ($\alpha = 0,961$).

Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN – 43)

A regulação das necessidades psicológicas foi avaliada através da ERSN-43 (Vasco & Colaboradores, 2012), sendo um instrumento de autorrelato desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica das necessidades conceitualizadas em sete polaridades dialéticas (Vasco et al. 2018). Este instrumento possui 14 subescalas referentes necessidades de cada polo. O formato de resposta é um Likert de 8 pontos escala. A consistência interna foi excelente ($\alpha = 0,885$).



Escala de Dificuldades de Processamento Emocional – Revista (EDPE-R)

As Dificuldades em Processamento Emocional foram avaliadas por Processamento Emocional pela EDPE-R (Faustino, Vasco & Silva, in prep), que é uma medida de autorrelato destinada a avaliar cinco dificuldades de processamento emocional. Possui escala Likert, cujos extremos são 1 (nunca) e 5 (sempre). A consistência interna para as subescalas de *reação problemática*, *ausência significado*, *clivagem do self-crítica*, *clivagem do self interrupção* e *assunto inacabado* variou entre ($\alpha = 0.72$) a alta ($\alpha = 0.928$).

Tarefa de Priming Emocional Subliminar

Utilizou-se também uma Tarefa de *Priming* Emocional Subliminar com medição de EEG, com mascaramento *backward* e *forward* por estímulos-máscara associados especificamente à condição de estimulação subliminar emocional. Os três estímulos-máscara foram construídos a partir de fragmentos de estímulos visuais de valência neutra (paisagens) retiradas do- *Internacional Affective Picture System* (IAPS, Lang et al., 1995 - 2008) e controlados relativamente aos parâmetros de luminosidade, complexidade e cor, respeitando a equivalência entre si.

Os estímulos emocionais subliminares foram selecionados IAPS de acordo com os valores normativos de valência (positiva, negativa e neutra) e com nível de *arousal* (ativação) equivalente para as condições positiva e negativa. Contrabalançou-se os temas semânticos tornando as condições equivalentes (Baião, 2018).

O grau de visibilidade dos estímulos subliminares foi inquirido no final da sessão experimental por questões diretas e por uma tarefa de reconhecimento, escolha forçada em que o acerto foi inferior a 50%. Controlou-se, assim, se as apresentações eram efetivamente subliminares.

Procedimentos e Análise de Dados

Os participantes, alunos da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, foram testados individualmente tendo recebido um crédito pela participação na investigação. Os questionários foram preenchidos *on-line* e a sessão experimental realizada no Laboratório de EEG da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Usou-se o programa E-Prime-R 2000 (SPS, 2000) para gerir a apresentação de estímulos, o registo das respostas e a sincronização com o sistema de EEG.

Nas análises estatísticas descritivas e inferenciais computou-se as correlações de Pearson e Spearman e Análise de Regressão (Software SPSS versão 14).

Resultados

De modo identificar as associações entre esquemas, dificuldades emocionais e necessidades psicológicas, utilizou-se os coeficientes de correlação de Pearson. Verificam-se correlações positivas moderadas e fortes entre a maioria dos domínios esquemáticos e as dificuldades de processamento emocional ($p. < 0.05$).

	Distanciamento e Rejeição	Autonomia e Desempenho Deteriorados	Domínio dos Outros	Limites Deteriorados	Sobrevigilância e Inibição
Reação Problemática	,565**	,589**	,446**	,468**	,473**
Ausência de Significado	,556**	,343*	,385*	0,228	,435**
Clivagem do Self-Crítico	,611**	,507**	,561**	,512**	,550**
Clivagem do Self Interrupção	0,279	0,29	,430**	0,205	0,186
Assunto Inacabado	,369*	0,141	0,231	0,327	0,237

** $p. < 0.01$; * $p. < 0.05$

Tabela 1. Correlações de Pearson entre Domínios Esquemáticos e Dificuldades de Processamento Emocional ($n=35$).

Na tabela 2, verifica-se que as necessidades psicológicas se encontram negativamente correlacionadas com o domínio de distanciamento e rejeição e com o domínio Sobrevigilância e inibição ($p. < 0.05$).

	Distanciamento e Rejeição	Autonomia e Desempenho Deteriorados	Domínio dos Outros	Limites Deteriorados	Sobrevigilância e Inibição
Necessidades Psicológicas	-,540**	-0,228	-0,169	-0,213	-,468**

** $p. < 0.01$; * $p. < 0.05$

Tabela 2. Correlações de Pearson entre Necessidades Psicológicas e Domínios Esquemáticos ($n=35$).

Na tabela 3, verifica-se que as necessidades psicológicas se encontram negativamente correlacionadas com o domínio de distanciamento e rejeição e com o domínio Sobrevigilância e inibição ($p. < 0.05$).

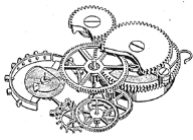
	Reação Problemática	Ausência Significado	Clivagem do Self Crítico	Clivagem do Self Interrupção	Assunto Inacabado
Necessidades Psicológicas	-0,29	-,552**	-,480**	-0,098	0,105

** $p. < 0.01$; * $p. < 0.05$

Tabela 3. Correlações de Pearson entre Necessidades Psicológicas e Dificuldades de Processamento Emocional ($n=35$).

Regressões Lineares e Múltipla Stepwise

Através das regressões lineares e regressão múltipla Stepwise, procurou-se identificar o valor preditivo dos domínios esquemáticos e das dificuldades emocionais na variável necessidades psicológicas. Recorreu-se à regressão linear



múltipla *Stepwise* para se identificar o melhor conjunto de variáveis em interação com potencial preditivo entre domínios esquemáticos e das dificuldades emocionais na variável necessidades psicológicas.

Na tabela 4, verifica-se que apenas o domínio de distanciamento e rejeição apresenta um valor estatisticamente significativo na predição da variância da variável necessidades psicológicas ($p < 0.05$).

	B	Ep	Beta	t	Sig
Distanciamento e Rejeição	-0,543	0,241	-0,513	-2,248	0,033*
Autonomia Deteriorados	0,098	0,265	0,086	0,370	0,714
Domínio dos Outros	0,376	0,290	0,278	1,296	0,206
Limites Deteriorados	-0,066	0,217	-0,061	-0,305	0,762
Sobrevigilância e Inibição	-0,340	0,276	-0,294	-1,231	0,228

* Nota: $R^2 = .36$

Tabela 4. Regressão Linear entre os Domínios Esquemático face às Necessidades Psicológicas ($n=35$)

As dificuldades de processamento emocional de *ausência de significado* ($b = -0,491$, $p < 0.05$), *clivagem crítica*, ($b = -0,418$, $p < 0.05$) e *assunto inacabado* ($b = 0,339$, $p < 0.05$), são preditores estatisticamente significativos da variável necessidades psicológicas - ver tabela 5.

	B	Ep	Beta	t	Sig
Reação Problemática	0,090	0,214	0,073	0,422	0,676
Ausência de Significado	-0,515	0,164	-0,491	-3,132	0,004*
Clivagem do Self-Crítico	-0,449	0,185	-0,418	-2,421	0,022*
Clivagem do Self-Interrupção	-0,043	0,175	-0,036	-0,249	0,805
Assunto Inacabado	0,416	0,179	0,339	2,324	0,028*

* Nota: $R^2 = .49$

Tabela 5. Regressão Linear entre as Dificuldades Emocionais face às Necessidades Psicológicas ($n=35$)

Verifica-se um modelo hierárquico integrativo de com três preditores estatisticamente significativos na predição da variância da variável necessidades psicológicas ($p < 0.05$) – ver tabela 6.

	B	Ep	Beta	t	Sig
Distanciamento e Rejeição	-0,503	0,173	-0,475	-2,910	0,007*
Assunto Inacabado	0,459	0,171	0,375	2,687	0,012*
Ausência de Significado	-0,393	0,163	-0,375	-2,417	0,022*

* Nota: $R^2 = .50$

Tabela 6. Regressão Linear Stepwise entre os Domínios Esquemáticos e as Dificuldades Emocionais face às Necessidades Psicológicas ($n=35$).

Dados Comportamentais da tarefa de Priming Subliminar

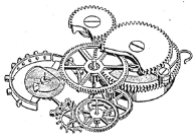
Foi assumido o critério do BSI (> 1.7), de modo selecionar uma subamostra de indivíduos com sintomatologia clínica significativa. Assim, construiu-se uma amostra de 11 sujeitos com sintomas clínicos elevados. De modo a identificar as associações entre as variáveis clínicas com os dados comportamentais da tarefa de *priming* subliminar, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Relativamente aos domínios esquemáticos, verificou-se que o *distanciamento e rejeição* está inversamente correlacionado com o grau de desagrado pelo priming positivo ($r = -.664$, $p < 0.05$). O domínio de autonomia e desempenho deteriorados está positivamente correlacionado com o desagrado pelo priming neutro e respetivo grau ($r = .848$, $p < 0.05$). O domínio dos outros está positivamente correlacionado com o desagrado pelo priming neutro ($r = .647$, $p < 0.05$). Os limites deteriorados estão positivamente correlacionados com o agrado pelo priming neutro ($r = .655$, $p < 0.05$). E finalmente, o domínio de sobrevigilância e inibição, está positivamente correlacionado com o grau de desagrado pelo priming neutro ($r = .763$, $p < 0.05$).

Quanto às dificuldades de processamento emocional, verificou-se que o assunto inacabado, apresenta uma Correlação inversa com agrado grau pelo priming positivo ($r = -.783$, $p < 0.05$) e com o desagrado e grau pelo priming negativo ($r = -.626$, $p < 0.05$). O marcador de clivagem do self crítico por um lado, apresenta uma correlação positiva com o agrado pelo priming negativo e grau ($r = .705$, $p < 0.05$) e com o desagrado pelo priming neutro ($r = .655$, $p < 0.05$). Por outro lado, apresenta uma correção inversa com o desagrado pelo priming negativo ($r = -.670$, $p < 0.05$). Finalmente, a clivagem do self- Interrupção, apresenta uma correlação positiva com o desagrado pelo priming neutro ($r = .693$, $p < 0.05$).

Discussão

Através da combinação de dois paradigmas de investigação (psicoterapia integrativa e neurociências afetivas, foi possível investigar as relações entre esquemas, dificuldades de processamento emocional e necessidades psicológicas. Exploraram-se ainda as relações entre esquemas e dificuldades de processamento emocional com o processamento afetivo *bottom-up* desencadeado por reações emocionais automáticas.



No que diz respeito às correlações dos domínios esquemáticos, verificou-se a sua associação com as dificuldades de processamento emocional. Era esperado uma associação desta natureza, à semelhança do estudo de Faustino e Vasco (in, prep). De uma perspetiva integrativa as dificuldades de processamento emocional podem ser vistas como consequências de esquemas precoces disfuncionais elaborados na infância e na adolescência (Faustino e Vasco in prep). Greenberg (2015), salienta que as dificuldades emocionais resulta das dificuldades de processamento devido a esquemas emocionais. Nesta linha, a salientamos que os esquemas precoces podem também ter um impacto ao nível do processamento emocional. Assim, esquemas (precoces ou emocionais) ou ainda, “feridas do self”, segundo Wolfe (2003), tendem a estar associados à experiência dolorosa, disfuncional e disfórica e neste sentido são promotores de dificuldades de processamento emocional.

Quanto ao marcador de *clivagem do self-crítico* surgiu bastante associado a todos domínios esquemáticos, manifestando-se como uma variável transversal aos esquemas. Uma possível explicação para este facto prende-se com a universalidade da necessidade de auto-crítica, que poderá ser transformada numa auto-crítica destrutiva, devido a conteúdos esquemáticos (Faustino e Vasco in prep). Ou seja, as experiências de crítica, de punição e/ou rejeição, podem formar um modo do self-autocrítico que transcenda a função da necessidade de auto-crítica saudável e produtiva, para um modo tirânico sem função adaptativa (Faustino e Vasco in prep).

Como era de esperar a satisfação das necessidades psicológicas encontrou-se inversamente associada ao domínio do *distanciamento e rejeição*. Este resultado replica dados anteriores numa amostra clínica (Faustino & Vasco, 2019). As dificuldades de processamento emocional de *ausência significado e clivagem do self-crítico*, surgiram como variáveis com maior saliência na sinalização do grau de regulação da satisfação de necessidades psicológicas. Estes resultados são também semelhantes aos resultados anteriores encontrados por Faustino e Vasco (in prep). Segundo Vasco et al., (2018), o grau de de desregulação das necessidades psicológicas é dado pelo sistema emocional. Neste sentido, a *ausência de significado e clivagem do self-crítico* salientam a dificuldade de atribuição de significado e redução da crítica interna à experiência emocional, que por consequência pode levar à desregulação das necessidades psicológicas.

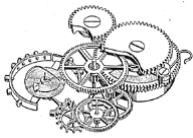
Relativamente às regressões, o domínio de *distanciamento e rejeição* emergiu como o melhor preditor das *necessidades psicológicas*, manifestando-se como uma variável crítica para regulação das mesmas. Estes resultados

estão em linha de conta com os resultados de Faustino e Vasco (2019). Segundo Young, Klosko e Weishaar (2003), este domínio contém os esquemas mais destrutivos, nomeadamente, *abandono/instabilidade, abuso/desconfiança, privação emocional, defeito/vergonha e isolamento social*. No nossa perspetiva, consideramos que estes esquemas disfuncionais podem compor o “core self”, devido ao carácter estruturante e estruturador do “sentido de si” e da identidade. O “core self” desenvolve-se a partir das elaborações estruturais (representações e esquemas self-self e self-outro), resultante da atribuição de significado às experiências da satisfação das necessidades emocionais fundamentais e/ou psicológicas.

A *ausência de significado e clivagem do self-crítico* surgiram como os melhores preditores das dificuldades de processamento emocional na regulação das necessidades psicológicas. Assim, segundo estes resultados, podemos afirmar que estes marcadores emocionais são fundamentais no equilíbrio da oscilação de polaridades dialéticas. De facto, as dificuldades na atribuição de significado às experiências podem perturbar a perceção da tonalidade afetiva das mesmas e assim, comprometer a satisfação da regulação da necessidades psicológicas. Segundo, Vasco et al., (2018), o grau de sinalização da regulação das necessidades psicológicas é dado pelo sistema emocional. Neste sentido, a *ausência significado e clivagem do self-crítico* podem alienar a perceção do indivíduo quanto à sua experiência emocional, com implicações não adaptativas para a regulação das necessidades psicológicas.

Verificou-se um modelo hierárquico com as variáveis *distanciamento e rejeição, ausência significado e clivagem do self-crítico* crítica como o melhor modelo composto na explicação da variância. De facto, parece que este modelo expelha variáveis estruturais e de processo “críticas” na edificação da regulação da satisfação de necessidades psicológicas, tanto num plano esquemático como num plano emocional. Estes dados estão em linha com resultados anteriores em amostras clínica (Faustino & Vasco, in prep). Assim, os esquemas precoces mal-adaptativos e dificuldades de processamento emocional aparentam ser relevantes para a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e estes resultados podem ser determinantes para a conceptualização de caso e tomada de decisão clínica responsiva às necessidades dos indivíduos (Faustino & Vasco, 2019; Vasco et al., 2018). Salienta-se portanto, o carácter integrativo e transteórico na conceptualização de caso.

Relativamente aos dados comportamentais, verificou-se uma frequência mais elevada nas respostas comportamentais de aproximação (agrado) pelo *priming* positivo e negativo, respectivamente. Interpretamos estes



resultados como um viés de aproximação para estímulos ativadores emocionais.

As variáveis estruturais da personalidade, nomeadamente, os domínios esquemáticos *autonomia e desempenho deteriorados*, *domínio dos outros e sobrevigilância e inibição*, relacionaram-se com o afastamento (desagrado) do priming neutro – possivelmente, uma expressão da resposta de orientação da atenção para estímulos potencialmente significativos e ativadores, que pode chegar a uma atitude de vigilância e de prescrutar o ambiente.

O assunto *inacabado* e a *clivagem do self-crítico* associam-se a respostas emocionais *bottom-up* facilitadoras de experiências emocionais dolorosas (como redução da aproximação de condições agradáveis, redução do afastamento, ou aumento da aproximação das desagradáveis).

Encontrou-se uma associação entre as respostas emocionais automáticas de redução do afastamento do priming neutro, com a *clivagem do self-interrupção*. Estes resultados comoportamentais podem sustentar-se na definição de *clivagem do self-interrupção* – uma instância do *self* com funções de evitamento/apaziguamento da experiência interna dolorosa.

Nas correlações onde se verificou um predomínio de respostas de desagrado podem ser interpretados como sendo resultado de um viés atencional automático, que conduz ao afastamento não-consciente da estimulação positiva em função da presença de esquemas precoces e dificuldades de processamento emocional. Estes resultados estão em linha com investigações anteriores, onde se verifica um padrão de afastamento não-consciente da estimulação positiva e traços de personalidade depressivos (Baião, 2018).

Neste sentido, em função dos resultados, enfatizamos que os esquemas precoces mal-adaptativos e as dificuldades emocionais são relevantes para o processamento afetivo subliminar e para tendências de aproximação/afastamento na orientação para estímulos emocionalmente ativadores. Estes resultados ainda que preliminares são inovadores no que diz respeito ao entendimento destas variáveis clínicas enquanto orientadoras e moduladoras do processamento afetivo não-consciente.

Conclusões

As limitações da presente investigação prendem-se fundamentalmente com a discrepância de géneros e dimensão da amostra. A existência de mais participantes do género feminino pode ter influenciado os resultados. A indução de processamento emocional foi realizado em contexto laboratorial, como tal, foi um processo com validade ecológica limitada. Como limitação menciona-se ainda a recolha de informação através de questionários *on-line*, o que pode levar a vários vieses de resposta. Esta fase do estudo carece ainda de um modelo sistémico transdisciplinar que permita integrar os vários níveis de observação num sistema complexo totalizador.

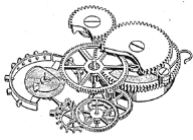
A utilização de paradigmas de investigação translacionais pode ser uma vantagem na compreensão de diversos fenómenos humanos e variáveis clínicas. O presente estudo procurou conjugar dois paradigmas diferenciados da psicoterapia integrativa e neurociências afetivas, e obteve, por um lado resultados que vão em linha de conta com resultados anteriores. Por outro lado, obteve resultados inovadores nomeadamente, na compreensão dos esquemas precoces mal-adaptativos e das dificuldades de processamento emocional no processamento afetivo subliminar e não-consciente.

Agradecimentos

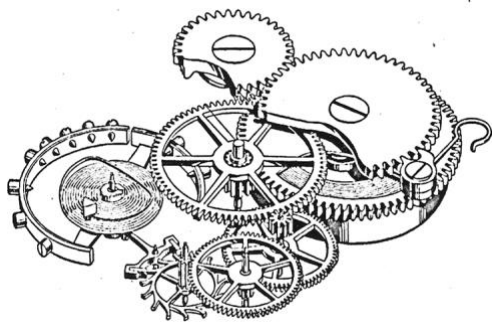
A presente investigação foi aprovada pela Comissão de Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e financiada pela Fundação para a Ciência e tecnologia, I.P. através da bolsa de doutoramento 2017_SFRH/BD/129091/2017.

Referências Bibliográficas

- Barlow, D. H. (2014). The Neuroscience of Psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 62, 143-145. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.003>
- Baião, M. (2018). Reatividade Emocional e Padrões Afetivos: Estudo das relações entre a reação não-conscientes estímulos emocionais e as variáveis afetivas. [Emotional Reactivity and Affective Patterns: Study of relations between non-conscious reaction emotional stimuli and affective variables.] Master thesis in Faculty of Psychology of University of Lisbon.
- Barreira, J., & Vasco, A. B. (2016). *Relações entre dificuldades de processamento emocional, regulação emocional, necessidades psicológicas, sintomatologia e bem-estar/distress*. [Relationship between emotional processing difficulties, emotional regulation, psychological needs, symptomatology and well-being/distress.] Master thesis in Faculty of Psychology of University of Lisbon.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do *Self* como o boi olha para um palácio: Perplexidades e Fascínio.



- Psychologica*, 40, 11–36. [Look at the needs of the Self as the ox looks at a palace: Perplexities and Fascination]
- Conde, E., Vasco, A. B., Ferreira, A., Romão, A. R., Silva, G., Sol, A., & Vargues-Conceição, C. (2012). *Regulação da satisfação de necessidades psicológicas: Influência no bem-estar e distress psicológicos e na sintomatologia de acordo com o modelo de complementaridade paradigmática*. Lisbon: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. [Regulation of satisfaction of psychological needs: Influence on psychological well-being and distress and symptomatology according to the paradigmatic complementarity metamodel].
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Faustino, B. & Branco, A. B. (2019). Schematic Functioning, Interpersonal Dysfunctional Cycles and Cognitive Fusion in Complementary Paradigm Perspective: Analysis of a Clinical Sample. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09422-x>
- Faustino, B. & Branco, A. B. (in press). Early Maladaptive Schemas and Cognitive Fusion on the Regulation of Psychological needs.
- Faustino, B. & Branco, A. B. (in prep). Relationships between Early Maladaptive Schemas and Emotional Processing Difficulties on the Regulation of Psychological needs.
- Faustino, B. & Branco, A. B. (in prep). Psychometric Properties of the Emotional Processing Difficulties Scale.
- Fonseca, J. M. (2012). *Relação entre a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, funcionamento esquemático e alexitimia*. Lisbon: Faculdade de Psicologia. [Relationship between the regulation of satisfaction of psychological needs, schematic functioning and alexithymia].
- Gilboa, A., & Marlatte, H. (2017). Neurobiology of Schemas and Schema-Mediated Memory. *Trends Cognitive Science*, 1(8):618-631. DOI: 10.1016/j.tics.2017.04.013.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. 2ª ed. American Psychological Association.
- Gonçalves, O. F., Sampaio, A., Mesquita, A., Petrosyan, A., Pinheiro, A. P., Carvalho, S., Leite, J., Coutinho, J., Osório, A., & Oliveira-Silva, P. (2014). A psicologia como neurociência cognitiva: Implicações para a compreensão dos processos básicos e suas aplicações. *Acta Psicológica*, 32(1). doi <http://dx.doi.org/10.14417/ap.836>.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2013). *Principles of Neural Science*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1995-2008). *International Affective Picture System (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville: University of Florida. Center for Research in Psychophysiology.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY, US: Simon & Schuster.
- LeDoux, J.E. (2000). Emotion Circuits in the Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155-184. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>.
- LeDoux J. E & Daw. N. D. (2018). Surviving threats: neural circuit and computational implications of a new taxonomy of defensive behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 19, 269–282. DOI: 10.1038/nrn.2018.22.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 3–21). New York: Oxford University Press.
- Olofsson, J. K., Nordin, S., Sequeira, H., & Polich, J. (2008). Affective picture processing: An integrative review of ERP findings. *Biological Psychology*, 77(3), 247-265.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 30-80.
- Panksepp, J. (2011). The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1791-1804.
- Rijo, D. (2009). Esquemas mal-adaptativos precoces: validação do conceito e dos métodos de avaliação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. DOI: <http://hdl.handle.net/10316/18486>
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: variedade e integração. *Psychologica*, 40, 11-36
- Vasco, A. B., Conceição, N., Silva, A. N., Ferreira, J. F., & Vaz-Velho, C. (2018). O (meta)modelo de complementaridade paradigmática (MCP). In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias*. Lisbon: Pactor. [Paradigmatic Complementarity Metamodel].
- Wolf, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded self*. Washington, DC: American Psychological Association
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39(2), 117-123. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.39.2.117>



O PAPEL DA SOMATIZAÇÃO NA RELAÇÃO ENTRE TRAUMA COMPLEXO E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

THE ROLE OF SOMATIZATION IN THE RELATION BETWEEN COMPLEX TRAUMA AND PERSONALITY TRAITS

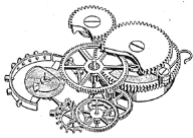
Vanessa Santos¹, Joana Henriques-Calado¹, Rute Pires¹ & Bruno Gonçalves^{1*}

Resumo

Esta investigação aborda a temática do Trauma Complexo e dos Traços de Personalidade em homens e mulheres, da população geral. Pretende-se: (1) explorar a variável sexo na relação com o Trauma Complexo; (2) analisar a relação entre os domínios do Trauma Complexo e os traços de personalidade. A amostra é constituída por 338 participantes da população geral, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.07$ anos; $DP = 13.56$ anos). Foram administrados dois questionários: *Self-Report Inventory of Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR); Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI). Não se verificam diferenças entre sexos relativas ao Trauma Complexo. O Neuroticismo surge como marcador de psicopatologia relacionando-se com o domínio da Somatização ($p < .01$). Discute-se, em termos da diferença de sexos, o papel da Somatização na relação com o Trauma Complexo e os traços de Personalidade.

* ¹Faculdade de Psicologia,
Universidade de Lisboa,
Lisboa, Portugal.

Palavras-Chave: Trauma Complexo; Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade; Traços de Personalidade; Somatização.



1. Introdução

Esta investigação tem como objetivo principal estudar e aprofundar o conceito de Trauma Complexo e explorar todas as dimensões que o constituem, uma vez que ainda é pouco abordado pela literatura, de modo que este estudo contribui como evidência empírica e conceptual do tema. Mais ainda, pretende-se compreender qual a relação existente com os Traços de Personalidade que integram o Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade, no sentido de averiguar modelos de predição do Trauma Complexo tendo por base um perfil de personalidade.

1.1. Trauma Complexo

O Trauma Complexo/Crónico, ou PTSD Complexo, também designado por *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS), é um diagnóstico que se associa a histórias de vida onde se verificam vários acontecimentos traumáticos ou situações prolongadas de exposição traumática (Herman, 1992). É também conhecido como trauma de tipo II (Krammer, Kleim, Simmen-Janevska, & Maercker, 2016; Mlotek & Paivio, 2017) tem, muitas vezes, início na infância (e.g., abuso físico, sexual ou emocional, negligência por parte dos cuidadores) e arrasta-se até à idade adulta, o que leva a um efeito cumulativo destas experiências (e.g., Ducharme, 2017; Stephens & Aparicio, 2017). Mais ainda, estende-se a todas as formas de violência doméstica e trauma ao nível da vinculação (e.g., Courtois, 2008; van der Kolk, 2005).

Contudo, nem sempre uma situação de trauma crónico pode levar ao desenvolvimento de trauma complexo (Luxenberg, Spinazzola, Hidalgo, Hunt, & van der Kolk, 2001). Este diagnóstico pode, ainda, coexistir com o de PTSD simples, mas prolonga-se para além deste, ou associar-se igualmente a mudanças de personalidade duradouras (Herman, 1992).

Relativamente à sintomatologia, podem verificar-se desregulações em seis domínios: (1) desregulação de afetos e impulsos (e.g., *stress* persistente, comportamentos de risco ou auto-lesivos); (2) alterações na atenção e consciência (e.g., dissociação patológica); (3) disrupção na autoperceção (e.g., despersonalização, vergonha ou culpa profundas); (4) perturbação na relação com os outros (e.g., incapacidade de confiar, revictimização, evitamento da sexualidade); (5) somatização e; (6) sistema de significados (e.g., desamparo) (e.g., D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Luxenberg et al., 2001).

1.2. Traços de Personalidade

A personalidade define-se por ser uma “configuração de características e comportamentos que inclui o ajustamento único de um indivíduo à vida, incluindo traços, interesses, impulsos, valores, autoconceito, capacidades e padrões emocionais importantes” (APA, 2010, p.701).

Os traços de personalidade são padrões de pensamentos e comportamentos (McCrae et al., 2000), ou seja, características internas, relativamente estáveis e consistentes (APA, 2010).

O Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade é uma teoria de traços onde a representação da estrutura da personalidade é apresentada mediante a existência de cinco dimensões globais ou fatores universais: Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (e.g., Lima & Simões, 1997; Magalhães et al., 2014). Por sua vez, cada um destes fatores é composto por várias facetas representativas das suas características específicas (Noronha, Martins, Campos, & Mansão, 2015).

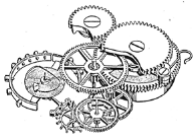
Este modelo considera que os cinco fatores correspondem a dimensões biológicas que estão na base dos comportamentos dos indivíduos (Barros & Ferreira Marques, 1999). Assim, as diferenças individuais dos cinco fatores, constituem uma potencial explicação para os diferentes comportamentos e reações dos indivíduos, assim como da sua adaptação a acontecimentos de vida (Yap, Anusic, & Lucas, 2012).

1.3. Trauma Psicológico, Traços de Personalidade e Diferenças de Sexo

Alguns autores que se interessaram pelo estudo dos traços de personalidade verificam a existência de uma variação dos mesmos em função do sexo do indivíduo.

De um modo geral, as mulheres apresentam traços de neuroticismo, conscienciosidade, extroversão e amabilidade mais elevados do que os homens (e.g., Alqaisy & Thawabieh, 2016; Wang, 2014).

No que diz respeito à diferença entre sexos na temática do trauma, a literatura parece apresentar-se algo consensual: as mulheres, comparativamente com os homens, apresentam uma maior probabilidade de desenvolver PTSD após a exposição a um evento traumático (e.g., Ditlevsen & Elklit, 2012; Jerotić & Bojović, 2016), apresentando mais sintomatologia (e.g., Shemsedini, 2016). Tolin e Foa (2006) aprofundam a temática e afirmam que este resultado se mantém independentemente do tipo de estudo realizado, população, tipo de avaliação ou outras variáveis



metodológicas. Mais ainda, as mulheres são também mais afetadas por traumatização secundária (i.e., exposição indireta a um evento traumático) (Baum, Rahav, & Sharon, 2014).

Contudo, parecem ser os homens que apresentam um maior risco de experienciar vivências potencialmente traumáticas (Tolin & Foa, 2006).

Alguns autores justificam esta maior prevalência com o tipo de trauma (Hapke, Schumann, Rumpf, John, & Meyer, 2006). O sexo masculino apresenta um risco mais elevado de exposição a acidentes em casa, no trabalho ou durante atividades recreativas, exposição a zonas de guerra ou mesmo vivência de acidentes súbitos e violentos. Enquanto a exposição a trauma sexual, tanto na infância como na idade adulta, está mais associada a pessoas do sexo feminino (e.g., Thornley, Vorstenbosch, & Frewen, 2016). Este facto pode justificar o risco mais elevado do desenvolvimento de PTSD (Tolin & Foa, 2006), pois o que Hapke et al. (2006) verificaram foi que após a exposição a um tipo de violência sexual, os riscos de PTSD não diferem entre homens e mulheres.

Há ainda autores que referem a existência de traços de ansiedade, depressão, auto-consciência e vulnerabilidade mais elevados em mulheres, tornando-as particularmente vulneráveis a eventos traumáticos devido a um processamento do stress menos eficaz (e.g., Kok et al., 2016).

Esta investigação pretende explorar o tema do Trauma Complexo apresentando-se como pertinente e com alguma novidade científica. O conceito de Trauma Complexo é ainda pouco falado, explorado, e mesmo algo desvalorizado, tendo em conta a inexistência de um diagnóstico próprio e que a maioria dos estudos realizados focam apenas a PTSD. Sendo que alguns autores apontam para que o Trauma Complexo seja a regra e não a exceção, e que ainda pouco se sabe sobre diferenças individuais em experiências de Trauma Complexo (e.g., Lawson, 2017; Keane, Magee, & Kelly, 2016), este estudo pretende explorar algumas destas variáveis psicológicas.

Objetivo 1: Verificar se, ao nível da população geral, existem diferenças relativamente ao sexo, no Trauma Complexo. Ou seja, se se encontram associados mais domínios de Trauma Complexo a mulheres ou homens ou se, pelo contrário, não se verificam diferenças.

(H1): Espera-se encontrar mais domínios do Trauma Complexo no sexo feminino, comparativamente com o sexo masculino.

Objetivo 2: Compreender a relação que existe entre os vários domínios do Trauma Complexo e os Traços de Personalidade (Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade).

(H2): Espera-se encontrar relações diretas entre os domínios do Trauma Complexo e o Neuroticismo.

(H3) Espera-se encontrar relações diretas entre os domínios do Trauma Complexo e a Abertura à Experiência.

(H4) Espera-se encontrar relações inversas entre os domínios do Trauma Complexo e a Extroversão.

Em termos práticos este estudo poderá ser relevante pois, através da identificação da existência de possíveis fatores de vulnerabilidade ao nível da personalidade, poderá existir a possibilidade de se atuar ao nível da prevenção em alguns casos.

2. Material e Métodos

2.1. Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 338 participantes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 41.07$ anos; $DP = 13.56$ anos), da população geral. Deste total de participantes 132 são do sexo masculino com uma média de 41.86 anos de idade ($DP = 14.01$ anos) e 206 participantes do sexo feminino, com uma média de 40.56 anos de idade ($DP = 13.27$ anos).

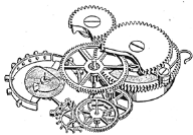
2.2. Instrumentos

2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico utilizado é composto por 16 itens e permite recolher vários dados, entre eles o sexo, idade, escolaridade e estado civil.

2.2.2. SIDES-SR: *Self-Report Inventory of Disorders of Extreme Stress*

Foi utilizada a versão portuguesa do questionário SIDES-SR (Duarte-Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016), adaptada da versão original de van der Kolk, 2002. É um questionário de autorrelato, composto por 45 itens e pertence ao Grupo de Investigação do DSM-5 sobre o Trauma Complexo e as Perturbações de Stress Extremo. O objetivo deste inventário é avaliar a presença do diagnóstico de DESNOS (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*). O Trauma Complexo é avaliado em seis *clusters* sintomatológicos: desregulação de afetos e impulsos, alterações na atenção e consciência, autoperceção, relação com os outros, somatização e sistema de significados. Para cada item os participantes avaliam a presença de um



determinado sintoma, ao longo do seu percurso de vida, numa dicotomia “sim/não”. Caso a resposta seja afirmativa o participante irá assinalar a severidade do mesmo ao longo do último mês numa escala de cinco pontos (0-3 ou não se aplica - 4) (e.g., Luxenberg, et al., 2001). Pode ser cotado como diagnóstico para aceder à presença de sintomatologia significativa nas seis dimensões do DESNOS, ou como medida contínua da severidade dos sintomas nas seis dimensões (forma esta utilizada neste estudo). Em geral, a classificação do item no nível 2 ou acima, é considerado indicativo da severidade clínica (Trauma Center, 2001).

Relativamente à consistência interna, esta escala apresenta um valor de .93, em estudos anteriores, e as subescalas exibem valores entre .74 e .82. Apresenta-se, assim, como um bom instrumento de medição (Trauma Center, 2001). No presente estudo, as subescalas do SIDES-SR apresentam valores de alfa de *Chronbach* entre .52 e .79 revelando-se, deste modo, um instrumento adequado para esta investigação.

2.2.3. NEO-FFI: Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade

No presente estudo, foi utilizada a versão abreviada do NEO-PI-R, na versão portuguesa de Lima e Simões (2000). É um questionário de autorrelato, constituído por 60 itens, que avalia os cinco traços básicos da personalidade: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade, conscienciosidade.

Estas cinco dimensões são avaliadas por uma escala de *Likert* de cinco pontos, que varia entre zero e quatro: (0) Discordo Fortemente; (1) Discordo; (2) Neutro; (3) Concordo; (4) Concordo Fortemente.

Este instrumento, versão reduzida do NEO-PI-R, tem a vantagem de ser menos moroso, aproximadamente 15 minutos, e mais versátil (e.g., Magalhães et al., 2014; Pedroso-Lima et al., 2014).

No presente estudo, apresenta valores de alfa de *Chronbach* para a análise da consistência interna: Neuroticismo (.81); Extroversão (.75); Abertura à Experiência (.71); Amabilidade (.72); Conscienciosidade (.81). O instrumento demonstra-se adequado para esta investigação.

2.3. Procedimento

Os participantes deste estudo constituem uma amostra de conveniência, recolhida pelo método “Bola de Neve”. A

confidencialidade de todos os participantes foi garantida através da atribuição de um número de ordem que os representa.

Recorreu-se à estatística descritiva que incluiu cálculos de frequências, médias e desvios-padrão. De forma a obter uma medida do grau de correlação ou associação entre as variáveis estudadas, utilizaram-se técnicas estatísticas mais específicas, como o coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo-se ainda efetuado análises de variâncias a um fator, através da ANOVA. Por último, e como forma de estimar valores preditivos, recorreu-se a análises de regressões lineares múltiplas (Maroco, 2011).

Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para *p-values* ≤ .05.

As análises estatísticas efetuadas foram realizadas com o *Software PASW Statistics* (v. 24 SPSS Inc, Chicago, IL).

3. Resultados

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos no presente estudo.

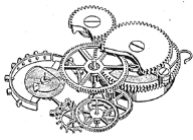
Em primeiro lugar, apresentam-se os resultados relativos a uma possível existência de diferenças de sexo no Trauma Complexo. De seguida, figuram os resultados da exploração da relação entre Traços de Personalidade e os vários domínios do Trauma Complexo.

3.1. Diferenças de sexo no Trauma Complexo

Os resultados analisados nesta sub-secção são relativos à hipótese 1, que integra o objetivo 1 deste estudo.

Para avaliar a possível existência de diferenças entre sexos relativamente aos domínios do Trauma Complexo, foi efetuada uma análise de variância a um fator – ANOVA a um fator.

Os pressupostos deste método estatístico foram validados – Normalidade e Homogeneidade de variâncias: *Levene* ($p \geq .06$, para todas as dimensões). No Quadro 1 relatam-se estes resultados.



	Masculino (n = 132)	Feminino (n = 206)				
Domínios	M (DP)	M (DP)	F	p	η^2_p	π
DAI	.22(.35)	.18(.32)	.92	.34	.008	.33
AAC	.17(.47)	.23(.57)	1.17	.28	.003	.15
AP	.08(.23)	.10(.25)	.24	.63	.0001	.05
RO	.14(.42)	.18(.39)	.58	.45	.003	.16
S	.05(.21)	.08(.24)	1.33	.25	.003	.14
SS	.20(.47)	.17(.47)	.26	.61	.002	.14

Nota: [DAI: Desregulação de afetos e impulsos; AAC: Alterações na atenção e consciência; AP: Autoperceção; RO: Relação com os outros; S: Somatização; SS: Sistema de Significados].

Quadro 1 - Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Sexos Masculino e Feminino nos Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR)

De acordo com os testes, não foram observados resultados estatisticamente significativos ($p < .05$). Ou seja, podemos concluir que não se verificam diferenças entre homens e mulheres nos vários domínios do Trauma Complexo.

3.2. Relação entre Trauma Complexo e Traços de Personalidade

De seguida, os resultados analisados são relativos às hipóteses 2, 3 e 4, que integram o objetivo 2 deste estudo.

Para compreender a relação existente entre os vários domínios do Trauma Complexo e os Traços de Personalidade, recorreu-se à utilização do coeficiente de correlação de *Pearson*, de modo a poder verificar a relação existente entre os Traços de Personalidade e as dimensões do Trauma Complexo. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 2.

¹ η^2_p (dimensão do efeito): $\leq .05$ (Pequeno); $.05; .25$ (Médio); $.25; .50$ (Elevado); $> .50$ (Muito elevado); π (potência do teste): $\geq .80$; 1.00] (Cohen (1988) cit. por Marôco, 2011).

	Dimensões do SIDES-SR					
NEO-FFI	Dai	Aac	Ap	Ro	S	Ss
Neuroticismo	.47**	.34**	.39**	.33**	.23**	.40**
Extroversão	-.17**	-.17**	-.24**	-.26**	-.06	-.24**
Ab. à Experiência	.06	.11*	.14*	.13*	.10	.19**
Amabilidade	-.27**	-.13*	-.21**	-.31**	-.06	-.10
Conscienciosidade	-.19**	-.12*	-.19**	-.07	.01	-.23**

Notaz. Os casos em que $p < .05$ estão identificados a negro.
* $p < .05$. ** $p < .01$

[Dai: Desregulação de afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; Ap: Autoperceção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistema de Significados].

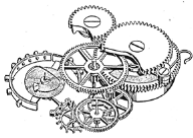
Quadro 2 - Coeficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR)

Através desta análise podemos verificar que o traço de neuroticismo apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com todas as dimensões do Trauma Complexo, apresentando uma dimensão do efeito média para todos os domínios, excetuando a “somatização” ($r^2 < .10$).

A abertura à experiência apresenta correlações positivas estatisticamente significativas, com exceção dos domínios “desregulação de afetos e impulsos” e “somatização” que não são estatisticamente significativos. A dimensão do efeito destas correlações é fraca ($r^2 < .10$). Deste modo, a hipótese levantada relativamente a este traço da personalidade é parcialmente confirmada.

O traço de extroversão apresenta correlações negativas estatisticamente significativas com todos os domínios, excluindo a somatização. Também aqui as correlações apresentam uma dimensão do efeito fraca ($r^2 < .10$). Ainda assim, a hipótese colocada é, também, parcialmente confirmada.

² Efeito da dimensão médio/elevado/muito elevado: $.10 < r^2 \leq .25$; $.25 < r^2 \leq .50$; $r^2 > .50$ (Cohen, 1988).



4. Discussão

Ao contrário do que é referido na literatura (e.g., Ditlevsen & Elklit, 2012; Jerotić & Bojović, 2016), não foram verificadas, neste estudo, diferenças significativas entre sexos, no que diz respeito aos domínios do Trauma Complexo, não confirmando a hipótese 1. Contudo, o facto destes autores verificarem uma maior prevalência do trauma, nomeadamente, do diagnóstico de PTSD, poderá dever-se ao tipo de trauma a que a pessoa foi exposta. Hapke et al. (2006), verificaram que, após uma exposição a violência sexual, os riscos de PTSD são iguais em homens e mulheres. Todavia, a prevalência destes acontecimentos é mais elevada em mulheres, enquanto nos homens se verifica uma maior incidência de acidentes laborais ou em atividades recreativas (Thornley et al., 2016; Tolin & Foa, 2006).

Poderá colocar-se ainda outra hipótese: os estudos que incidem sobre a prevalência do trauma exploram, sobretudo, o diagnóstico de PTSD, ao passo que o presente estudo se foca no Trauma Complexo. Assim sendo, o facto de não se terem verificado diferenças ao nível dos vários domínios do DESNOS para ambos os sexos, poderá indicar que, perante situações que o indivíduo sinta como traumáticas e que se repitam e prolonguem no tempo, homens e mulheres serão igualmente afetados pelo trauma, à semelhança dos resultados encontrados no estudo de Wamser-Nanney e Cherry (2018).

É ainda importante ter em consideração que o estudo tem por base a análise de uma amostra da população geral e não uma amostra clínica, o que poderá influenciar este resultado obtido.

Tal como havia sido descrito inicialmente na hipótese 2, é possível encontrar relações diretas entre todos os domínios do Trauma Complexo e o Neuroticismo, pelo que a hipótese é confirmada. Este resultado vai ao encontro da literatura que associa um elevado Neuroticismo a situações traumáticas (e.g., Sveen, Arnberg, Arinell, & Johannesson, 2016; Weinberg & Gil, 2016). Este dado consensual da literatura pode dever-se a questões de perceção, uma vez que pessoas que apresentem um Neuroticismo elevado tendem a interpretar e reportar eventos de forma mais negativa, percecionando-os como ameaçadores (e.g., Olge, Rubin, & Siegler, 2014; Sarubin et al., 2015). Estes indivíduos apresentam ainda uma forma pouco eficaz de lidar com o *stress* (Watson & Hubbard, 1996), o que pode levar a que seja considerada a existência de uma propensão para o *distress* (e.g., Plopa, Plopa, & Skuzińska 2016).

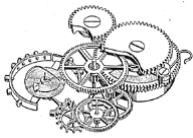
Relativamente à Abertura à Experiência, que corresponde à hipótese 3, apenas não se verificaram relações diretas com os domínios “Desregulação de afetos e impulsos” e “Somatização”, levando a que esta hipótese seja

parcialmente confirmada. Estes resultados podem dever-se ao facto destes domínios estarem mais relacionados com questões de internalização e da relação com o próprio. Pode acontecer que, perante uma situação traumática, e em casos em que o indivíduo não consiga dar sentido a esta situação e, portanto, não consiga elaborar a agressividade sentida, quer em relação ao próprio, quer em relação aos outros, esta agressividade tenderá a ser projetada ao invés de ser infletida, pois este traço está muito associado ao agir, à externalização (Watson, Stasik, Ellicson-Larew, & Stanton, 2015).

Segundo Caska e Renshaw (2013), quando a Abertura à Experiência e Neuroticismo se encontram elevados, parece existir um maior risco de PTSD, o que vai ao encontro dos resultados obtidos, uma vez que estes dois traços são os únicos que se relacionam positivamente com a maioria dos domínios do Trauma Complexo.

No que diz respeito à Extroversão, isto é, à hipótese 4, verificam-se relações negativas com quase todos os domínios do Trauma Complexo, sendo que a “Somatização” é o único que não se apresentou como significativo. Assim, pode-se afirmar que esta hipótese se apresenta como parcialmente confirmada. À semelhança dos resultados obtidos para a Abertura à Experiência, a Extroversão é também um traço muito associado à externalização e, portanto, à projeção da agressividade, enquanto a somatização se relaciona com a inflexão da agressividade. Como se verificam relações inversas com os domínios do Trauma Complexo esperar-se-ia que a “Somatização” apresentasse valores significativos. Contudo, o domínio da “Somatização” apenas se relaciona com o Neuroticismo. Este facto poderá significar que o modo como a somatização se encontra conceptualizada no SIDES-SR, não se encontra a ser devidamente avaliada pelo Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade. O facto de o domínio “Desregulação dos afetos e impulsos” apresentar relação com a Extroversão, ao contrário da Abertura à Experiência, poderá ser um indicador de que se está a avaliar algo que não se encontra a ser avaliado no domínio da “Somatização”. Isto é, o domínio da “Desregulação dos afetos e impulsos” também se associa a comportamentos na ordem da internalização e da inflexão da agressividade contra o próprio (e.g., preocupações suicidas, comportamentos auto-lesivos), o que vai ao encontro do conceito de somatização, apesar deste não se revelar significativo. Assim, poderá não se estar a fazer uma avaliação correta do construto.

Assim, a associação entre Neuroticismo e Somatização tem por base as dificuldades na elaboração da experiência traumática. Este dado é convergente com a literatura que afirma a existência de relação entre trauma, especificamente na infância, e o desenvolvimento, na idade



adulta, de sintomas de somatização (e.g., Aragona et al., 2010; Spitzer, Barnow, Wingenfeld, Rose, Löwe, & Garbe, 2009).

Tendo em conta que a Extroversão corresponde à emocionalidade positiva, é compreensível que apresente relações inversas com os domínios do Trauma Complexo. Desta forma, uma baixa Extroversão parece surgir enquanto fator de risco do Trauma Complexo, devido à desorganização do sujeito na relação com os outros o que leva a uma falta de apoio social. Sabe-se que o apoio social tende a funcionar como um fator protetor perante situações traumáticas (Banyard, Williams, & Siegel, 2003), pelo que nos podemos questionar sobre qual das variáveis apresentará uma maior influência de proteção.

Apesar de não constarem nas hipóteses, os traços de Amabilidade e Conscienciosidade surgem também nos resultados, pelo que merecem a devida atenção.

A Amabilidade apresenta-se inversamente relacionada com grande parte dos domínios do Trauma Complexo, com exceção da “Somatização” e do “Sistema de Significados”. Talvez também, neste caso, se verifique uma desregulação ao nível da relação com os outros, tornando o sujeito pouco adaptado socialmente, o que o priva de apoio social. Quando a baixa extroversão se associa a uma baixa Amabilidade, o indivíduo apresenta grandes dificuldades de interação social (Lengel, Helle, DeShong, Meyer, & Mullins-Sweatt, 2016). Assim, uma baixa Amabilidade parece atuar igualmente como um fator de risco do Trauma Complexo.

A Conscienciosidade apresenta relações inversas com quase todos os domínios do Trauma Complexo, com exceção de “Relação com os outros” e “Somatização”. Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos (e.g., Caska & Renshaw, 2013; Chowdhury et al., 2018), que referem este traço como preditor de um estilo adaptativo de tolerância ao *distress* psicológico, por se encontrar associado a estabilidade, nomeadamente em relação a acontecimentos que possam representar algum desafio. Ou seja, este traço, quando baixo, encontra-se associado ao Trauma Complexo, pois encontramos-nos perante comportamentos de maior impulsividade, menor autodisciplina e menor capacidade de ponderação. Assim, uma baixa Conscienciosidade apresenta-se como um fator de risco.

Contudo, há ainda que considerar a questão da plasticidade dos traços de personalidade. Ou seja, embora existam estudos que afirmam a existência de traços que predis põem o indivíduo a que certas situações traumáticas decorram (e.g., Jang, Stein, Taylor, Asmundson, & Livesley, 2003), há ainda outros que consideram que o acontecimento traumático poderá alterar os traços de personalidade (Herman, 1992). Deste modo, o Neuroticismo pode ser considerado

como um marcador de psicopatologia (e.g., Lengel et al., 2016).

É ainda possível verificar que os Traços de Personalidade que se relacionam com o Trauma Complexo vão no sentido da psicopatologia, pelo que nos podemos questionar se esta associação entre o Trauma Complexo e as diferentes perturbações surgem após o acontecimento traumático ou se a pré-existência de psicopatologia prévia está na base do surgimento do trauma (e.g., Lundell et al., 2017; Schweizer et al., 2017).

O presente estudo apresenta algumas limitações, como é o facto de as variáveis sociodemográficas não terem sido controladas em termos de metodologia estatística, na análise de regressão linear, poderão ter, de algum modo, influenciado os dados da análise.

O facto de terem sido utilizados instrumentos de autorrelato, constitui outra limitação, devido às questões da desejabilidade social.

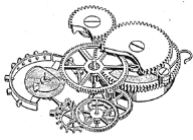
Os resultados desta investigação podem ser um ponto de partida para futuros estudos sobre o Trauma Complexo, pois este conceito encontra-se ainda muito pouco explorado pela literatura, especialmente em relação às diferenças de sexo e aos Traços de Personalidade.

Deste modo, recorrendo ao método utilizado neste estudo, seria interessante comparar os resultados obtidos entre uma amostra da população geral e uma amostra clínica, uma vez que nos permitiria uma melhor identificação e compreensão dos modelos preditores do Trauma Complexo.

Futuras investigações podem ainda, com base no método deste estudo, recorrer a uma população clínica e substituir a versão reduzida (NEO-FFI) pela versão mais extensa (NEO-PI-R) do Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade, de modo a obter uma melhor compreensão das diferenças entre sexos, uma vez que permite uma leitura das facetas de cada traço de personalidade, possibilitando uma análise mais rigorosa.

5. Conclusões

O Trauma Complexo constitui uma temática indispensável para compreender os acontecimentos traumáticos que surgem em fases muito precoces da vida do indivíduo, que se vão perpetuando e marcam todo o seu ciclo de vida. Nesta sequência, torna-se essencial considerar e compreender as capacidades individuais que cada pessoa poderá possuir como forma de lidar com o *distress* psicológico daí resultante.



Não se verificaram diferenças entre sexos, relativamente ao Trauma Complexo, o que confere alguma controvérsia em relação à literatura vigente, uma vez que esta tende a focar-se no diagnóstico de PTSD. O que se verifica é que tanto homens como mulheres são igualmente afetados pelo Trauma Complexo, o que constitui um aspeto inovador para a investigação deste tema.

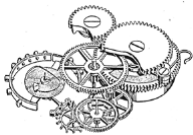
O Neuroticismo elevado apresenta-se como um marcador de Trauma Complexo, assim como a elevada Abertura à Experiência, a baixa Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade. Estes traços são congruentes no sentido de base da psicopatologia e, portanto, contrários ao que seria expectável para o desenvolvimento normativo em ambos os sexos.

O elevado Neuroticismo, associado à Somatização desempenham um papel contraproducente na resolução do trauma. Este traço e esta dimensão tendem a apresentar-se como características de pessoas que tenham vivenciado situações traumáticas de forma repetida e prolongada no tempo.

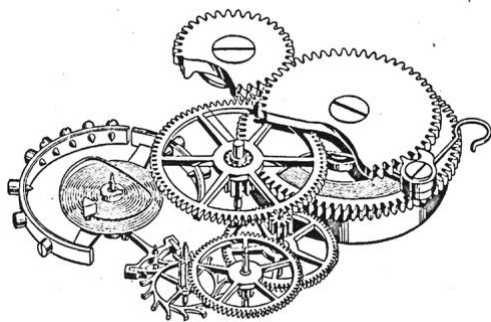
Assim, esta investigação apresenta-se como o primeiro estudo realizado com uma amostra de população geral de adultos, que não só investiga as diferenças entre sexos relativamente ao Trauma Complexo, como também se debruça sobre as suas respetivas vulnerabilidades ao nível dos Traços de Personalidade. A investigação desta temática é de extrema importância, uma vez que permite aos Psicólogos Clínicos identificar predisposições ambientais, familiares e idiossincráticas, em populações de risco, favorecendo uma intervenção precoce.

Referências Bibliográficas

- Alqaisy, L. M., & Thawabieh, A. M. (2016). Personal traits and their relationship with future anxiety and achievement. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, 4(2), 122-130. doi: 10.15640/jpbs.v4n2a11
- American Psychological Association [APA] (2010). *Dicionário de psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Aragona, M., Catino, E., Pucci, D., Carrer, S., Colosino, F., Lafuente, M., Mazzetti, M., Maisano, B., & Geraci, S. (2010). The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 615-622. doi: 10.1002/jts.20571
- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2003). The impact of complex trauma and depression on parenting: an exploration of mediating risk and protective factors. *Child Maltreatment*, 8(2), 334-349. doi: 10.1177/1077559503257106
- Barros, A., & Ferreira Marques, J. (1999). Os valores e os "cinco fatores" de personalidade. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 29-54.
- Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(2), 111-122. doi: 10.1037/h0099383
- Caska, C. M., & Renshaw, K. D. (2013). Personality traits as moderators of the associations between deployment experiences and PTSD symptoms in OEF/OIF service members. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26(1), 36-51. doi: 10.1080/10615806.2011.638053
- Chowdhury, N., Kevorkian, S., Hawn, S. E., Amstadter, A. B., Dick, D., Kendler, K. S., & Berenz, E. C. (2018). Associations between personality and distress tolerance among trauma-exposed young adults. *Personality and Individual Differences*, 120, 166-170. doi: 10.1016/j.paid.2017.08.041
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NY: Routledge.
- Courtois, C. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Practice, and Policy*, 5(1), 86-100. doi: 10.1037/1942-9681.5.1.86
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: A re-analysis of 18 nordic convenience samples. *Ditlevsen and Elklit Annals of General Psychiatry*, 11(26), 1-6. doi: 10.1186/1744-859X-11-26
- Ducharme, E. (2017). Best practices in working with complex trauma and dissociative identity disorder. *Practice Innovations*, 2(3), 150-161. doi: 10.1037/pri0000050
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., John, U., & Meyer, C. (2006). Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256(5), 299-306. doi: 10.1007/s00406-006-0654-6
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Jang, K. L., Stein, M. B., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Livesley, W. J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: A etiological relationships with personality function. *Psychiatry Research*, 120, 61-69. doi: 10.1016/S0165-1781(03)00172-0
- Jerotić, S., & Bojović, N. M. (2016). Sex differences in the trauma-related symptoms: A pilot study. *Medicinski podmladak Medical Youth*, 67(3), 68-73. doi: 10.5937/imp67-12661
- Keane, C. A., Magee, C. A., & Kelly, P. J. (2016). Is the complex trauma experience typology for Australians experiencing extreme social disadvantage and low housing stability? *Child Abuse & Neglect*, 61, 43-54. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.10.001
- Kok, L., Sep, M. S., Veldhuijzen, D. S., Cornelisse, S., Nierich, A. P., van der Maaten, J., Rosseel, P. M., Hofland, J., Dieleman, J. M., Vinkers, C. H., Joëls, M., van Dijk, D., & Hillegers, M. H. (2016). Trait anxiety mediates the effect of stress exposure on post-traumatic stress disorder and depression risk in cardiac surgery patients. *Journal of Affective Disorders*, 206, 216-223. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.020
- Krammer, S., Kleim, B., Simmen-Janevska, K., & Maercker, A. (2016). Childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder symptoms in older adults: A study of direct effects and social-interpersonal factors as potential mediators. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(5), 593-607. doi: 10.1080/15299732.2014.991861
- Lawson, D. M. (2017). Treating adults with complex trauma: An evidence-based case study. *Journal of Counseling & Development*, 95(3), 288-298. doi: 10.1002/jcad.12143
- Lengel, G. J., Helle, A. C., DeShong, H. L., Meyer, N. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2016). Translational applications of personality science for the conceptualization and treatment of psychopathology. *Clinical Psychology Science and Practice*, 23(3), 288-308. doi: 10.1111/cpsp.12166
- Lima, M. P., & Simões, A. (1997). O inventário da personalidade NEO-PI-R: Resultados da aferição portuguesa. *Psicologica*, 18, 25-46.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R, Inventário de personalidade NEO revisito. Manual Profissional*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Lundell, I. W., Poromaa, I. S., Ekselius, L., Georgsson, S., Frans, O., Helström, L., Högberg, U., Svanberg, A. S. (2017). Neuroticism-related personality traits are associated with posttraumatic stress after abortion: findings from a Swedish multi-center cohort study. *BMC Women's Health*, 17, 1-12. doi: 10.1186/s12905-017-0417-8
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J., Hunt, C., & van der Kolk, B. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part two: Treatment. *Directions in Psychiatry*, 21, 395-414.



- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(4), 642-657. doi: 10.1590/1678-7153.201427405
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. A., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R., & Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186. doi: 10.1037/0022-3514.78.1.173
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214. doi: 10.1080/14779757.2017.1330704
- Noronha, A. P., Martins, D. F., Campos, R. R., & Mansão, C. S. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 92-101. doi: 10.5935/1678-4669.20150011
- Olge, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 316-325. doi: 10.1080/13607863.2013.832730
- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzales, A., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Associação Portuguesa de Psicologia*, 28(2), 1-10. doi: 2015-10049-001
- Plopa, M., Plopa, W., & Skuzińska (2016). Bullying at work, personality and subjective well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(1), 19-27. doi: 10.1037/a0040320
- Sarubin, N., Wolf, M., Giegling, I., Hilbert, S., Naumann, F., Gutt, D., Jobst, A., Sabaß, L., Falkai, P., Rujescu, D., Böhner, M., & Padberg, F. (2015). Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Personality and Individual Differences*, 82, 193-198. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.028
- Schweizer, T., Schmitz, J., Plempe, L., Sun, D., Becker-Asano, C., Leonhart, R., & Tuschen-Caffier, B. (2017). The impact of pre-existing anxiety on affective and cognitive processing of a Virtual Reality analogue trauma. *Plos One*, 12(12), 1-19. doi: 10.1371/journal.pone.0190360
- Shemsedini, N. (2016). Gender differences in the experience of posttraumatic stress. *Academic Journal of Business, Administration, Law and Social Sciences*, 2(1), 156-161. doi: 114026611
- Spitzer, C., Barnow, S., Wingenfeld, K., Rose, M., Löwe, B., & Garbe, H. J. (2009). Complex post-traumatic stress disorder in patients with somatization disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(1), 80-86. doi: 10.1080/00048670802534366
- Stephens, T. & Aparicio, E. M. (2017). "It's just broken branches": Child welfare-affected mother's dual experiences of insecurity and striving for resilience in the aftermath of complex trauma and familial substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 73, 248-256. doi: 10.1016/j.childyouth.2016.11.035
- Sveen, J., Arnberg, F., Arinell, H., & Johannesson, K. B. (2016). The role of personality traits in trajectories of long-term posttraumatic stress and general distress six years after the tsunami in southeast Asia. *Personality and Individual Differences*, 97, 134-139. doi: 10.1016/j.paid.2016.03.046
- Thornley, E., Vorstenbosch, V., & Frewen, P. (2016). Gender differences in perceived causal relations between trauma-related symptoms and eating disorders in online community and inpatient samples. *Traumatology*, 22(3), 222-232. doi: 10.1037/trm0000071
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/1942-9681.132.6.959
- Trauma Center. (2001). *Trauma Center Assessment Package* (CD).
- van der Kolk, B. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. In Yehuda (Ed.), *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington, DC: American Psychiatric.
- van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- Wamser-Nanney, R., & Cherry, K. E. (2018). Children's trauma-related symptoms following complex trauma exposure: Evidence of gender differences. *Child Abuse and Neglect*, 77, 188-197. doi: 10.1016/j.chabu.2018.01.009
- Wang, C. (2014). Gender differences in the effects of personality traits on voter turnout. *Electoral Studies*, 34, 167-176. doi: 10.1016/j.electstud.2013.10.005
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality*, 64(4), 737-774. doi: 10.1111/1467-6494.ep9706272186
- Watson, D., Stasik, S. M., Ellicson-Larew, S., & Stanton, K. (2015). Extraversion and psychopathology: A facet-level analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 432-446. doi: 10.1037/abn0000051
- Weinberg, M., & Gil, S. (2016). Trauma as an objective or subjective experience: The association between types of traumatic events, personality traits, subjective experience of the event, and posttraumatic symptoms. *Journal of Loss and Trauma*, 21(2), 137-146. http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2015.1011986
- Yap, S. C., Anusic, I., & Lucas, R. E. (2012). Does personality moderate reactions and adaptation to major life events? Evidence from the British household panel survey. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 477-488. doi: 10.1016/j.jrp.2012.05.005



REAÇÕES EMOCIONAIS AUTOMÁTICAS E NÃO-CONSCIENTES: RELAÇÃO COM A REGULAÇÃO EMOCIONAL, ALEXITIMIA, STRESSE, VINCULAÇÃO, TEMPERAMENTO E PERSONALIDADE

*AUTOMATIC AND NON-CONSCIOUS EMOTIONAL
REACTIONS: RELATIONS WITH EMOTION REGULATION,
ALEXITHYmia, STRESS, ATTACHMENT, TEMPERAMENT
AND PERSONALITY*

Miguel Baião^{1*}, Isabel Barahona da Fonseca¹, Sílvia Ouakinin^{2*}

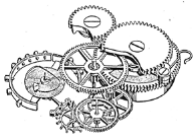
Resumo

Estudaram-se as emoções não-conscientes através de um paradigma de *priming* com mascaramento *backward* e *forward* de estímulos visuais emocionais (17 ms) apresentados entre estímulos-máscara neutros (166 ms). Nas três condições emocionais – positiva, negativa e neutra – a máscara associada a cada uma delas foi avaliada através de respostas aproximação-agrado e afastamento-desagrado, e dos seus graus. Os resultados mostraram uma preferência pelas condições negativa e neutra, e um maior desagrado pela positiva. Estas respostas comportamentais foram correlacionadas com questionários psicológicos. Desgostar da condição positiva apresentou-se correlacionado positivamente com as dificuldades de regulação emocional, alexitimia, stresse percebido, temperamentos ciclotímico, irritável, e ansioso, e com os sistemas neurobiológicos emocionais *FEAR* e *SADNESS*. A subescala de dependência da vinculação apresentou-se correlacionada negativamente com gostar do *priming* negativo, e correlacionada positivamente com desgostar do *priming* negativo e com o grau de agrado pela condição positiva. Conclusões: (1) as diferenças individuais em relação às experiências negativas (depressivas e ansiosas) estão associadas ao afastamento de estímulos positivos não-conscientes; (2) enquanto o padrão de dependência da vinculação (confiança nas relações) se associa ao afastamento de estímulos negativos não-conscientes.

^{1*} Faculdade de Psicologia,
Universidade de Lisboa

² Faculdade de Medicina,
Universidade de Lisboa

Palavras-chave: *priming* subliminar; reações aproximação/afastamento; emoções não-conscientes; sistemas neurobiológicos emocionais; sistemas dinâmicos.



Introdução

A existência de influências não-conscientes das emoções sobre o comportamento humano tem sido considerada desde os tempos de Sigmund Freud. A ele devemos o conceito de *inconsciente* e a consideração dos processos afetivos não-conscientes como impulsionadores do comportamento humano.

A pesquisa e os modelos teóricos sobre os processos emocionais admitem que estes ativam uma resposta coordenada e integrada à ação, provocando um padrão coerente nos níveis comportamental, somático, vegetativo e endócrino, e um padrão experiencial subjetivo (Cacioppo, Tassinary, & Berntson, 2007; Halgren & Marinkovic, 1995; Panksepp, 1982, 1998). As emoções têm uma natureza antecipatória e evoluíram em prol da adaptação e sobrevivência do organismo. Têm uma influência moduladora em outras funções psicológicas. Os modelos neurobiológicos assumem que os processamentos emocional e cognitivo podem ser distinguidos aos níveis neuroanatômico e funcional, ocorrendo em paralelo, embora sejam em grande parte interdependentes.

Os modelos neurobiológicos clássicos admitem que as emoções podem influenciar os estágios iniciais do processamento nas vias sensorio-perceptivas (Cromwell & Panksepp, 2011; Damásio, 1994; LeDoux, 1994, 2000). Assim, as emoções ocorreriam a um nível pré-lógico, pré-verbal, não-consciente, tendo uma influência moduladora no estado mental do organismo (Panksepp, 2005, 2011), podendo conduzir a reações congruentes com a posição subjetiva do indivíduo em relação ao objeto da sua emoção. Por outro lado, os processos cognitivos levariam a um conhecimento explícito sobre as características do mundo e do estado do organismo, associado às vias sensorio-perceptivas clássicas.

Os processos emocionais podem ser conceptualizados como um sistema dinâmico com diferentes escalas temporais (Lewis, 2000), que podem durar entre segundos a minutos (emoções discretas), horas a dias (humor), ou tornarem-se características estáveis (traços de personalidade). No modelo dos sistemas dinâmicos, estas escalas de tempo estão interligadas, possibilitando o seu estudo através de uma lente única, que pode revelar múltiplos elos causais. Isto constitui uma integração de subsistemas com diferentes níveis de complexidade, que possuem uma relação de causalidade circular entre si.

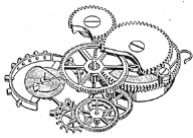
Jaak Panksepp também propôs um modelo teórico para a integração da emoção com a personalidade (Davis & Panksepp, 2011; Davis, Panksepp & Normansell, 2003;

Montag & Panksepp, 2017; Montag, Widenhorn-Müller, Panksepp & Kiefer, 2016; Panksepp & Davis, 2014) que tem raízes no seu modelo neurobiológico de sistemas emocionais primários (Panksepp, 1982/1998), estabelecendo uma ponte entre a neurobiologia e a psicologia da personalidade. Nesse modelo integrativo, a personalidade humana é conceptualizada como sendo constituída principalmente pela atividade de sete sistemas emocionais neurobiológicos primários – *SEEKING*, *RAGE*, *FEAR*, *SADNESS*, *PLAY*, e *LUST* – que orientariam e influenciariam o comportamento de uma forma *bottom-up*. Estes sistemas são considerados comuns a todos os mamíferos e seriam o resultado da sua história filogenética. Panksepp recolheu um conjunto de evidências sólidas para esta afirmação, incluindo dados provenientes de estimulação elétrica subcortical e de testes farmacológicos (Panksepp, 1982, 1998, 2011).

A influência do processamento de estímulos subliminares sobre outras funções psicológicas é um fenómeno debatido há muito tempo em psicologia (e.g., Eriksen, 1960). O debate deixou de ser sobre se existe ou não processamento subliminar, e passou a ser sobre a profundidade e as características específicas deste processamento (Kouider & Dehaene, 2007). Os dados que evidenciam o processamento não-consciente de conteúdos afetivos provêm de diversos métodos: comportamental (e.g., Khalid & Ansorge, 2017; Mogg, Bradley, Williams e Mathews, 1993), ERPs (e.g., Gibbons, 2009; Kiss & Eimer, 2007), fMRI (e.g., Anderson, Christoff, Panitz, de Rosa e Gabrieli, 2003; Bishop, Duncan e Lawrence, 2004), entre outros.

As pesquisas sobre os processos emocionais não-conscientes têm-se centrado principalmente no processamento de expressões faciais, especialmente de medo. Smith (2012) registou os efeitos de rostos expressando medo, repulsa, e felicidade apresentados subliminarmente. Ele observou que esses estímulos produzem um aumento do componente N170, registado em regiões occipitotemporais. Rostos expressando medo, apresentados subliminarmente, evocam uma resposta da amígdala que pode ser registada usando fMRI (Anderson et al., 2003; Bishop et al., 2004; Vuilleumier, Armony, Driver, & Dolan, 2001; Williams, McGlone, Abbott e Mattingley, 2005). Há também evidências de fMRI de processamento não-consciente de rostos expressando felicidade, nojo e tristeza (de Gelder & Hadjikhani, 2006; Jurena et al., 2010; Killgore e Yurgelun-Todd, 2004; Tamietto et al., 2009).

Tamietto & de Gelder (2010) fizeram uma metanálise de dados de fMRI sobre o processamento subliminar de estímulos emocionais, e descreveram as vias neuronais associadas. Concluíram que existem dois subsistemas



diferentes envolvidos. O primeiro consiste em estruturas envolvidas na codificação visual de estímulos emocionais, que formam uma via que inclui o colículo superior, a amígdala, o núcleo da substância inominada e o núcleo accumbens. O segundo é uma rede que engloba áreas subcorticais recrutadas para funções emocionais não-visuais, como reações emocionais, consolidação de memórias, motivação e tendências disposicionais, envolvendo uma via que inclui o locus coeruleus, o periaquedutal cinzento, o núcleo basal de Meynert, partes dos gânglios da base, o hipotálamo e o hipocampo.

No nosso estudo, avaliámos as tendências comportamentais evocadas por estímulos emocionais positivos e negativos subliminares através de julgamentos de preferência (tarefas de expressão de agrado e de desagrado, respetivamente) sobre as máscaras emocionalmente neutras, que foram alvo de *priming* pelos estímulos subliminares emocionais. De acordo com o modelo dos sistemas dinâmicos proposto por Marc Lewis (ver acima), existe uma relação causal circular entre emoção (microsistema), humor (mesossistema) e personalidade (macrossistema). Seguindo esta teoria, hipotetizámos que as preferências subjetivas poderiam estar relacionadas com variáveis de estado e da personalidade, que pertencem respetivamente ao mesossistema e macrossistema: défices de regulação emocional, alexitimia, stresse, padrões de vinculação, temperamento e dimensões da personalidade.

Medimos os défices de regulação emocional através da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (Velo, Gouveia, & Dinis, 2011). A alexitimia através da versão portuguesa da *Toronto Alexithymia Scale* (Prazeres, Parker e Taylor, 2000). Para o stresse, foi utilizada a Escala de Stress Percebido (Trigo, Canudo, Branco, & Silva, 2010). Os padrões de vinculação foram avaliados através da Escala de Vinculação do Adulto (Canavaro, Dias, & Lima, 2006). O temperamento através da versão portuguesa do *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire* (Figueira et al., 2008). Por fim, para a avaliação das dimensões de personalidade, utilizou-se a versão portuguesa da versão 2.4 do questionário *Affective Neuroscience Personality Scales* (Baião, Dinis, Fonseca, Ouakinin, 2018), questionário elaborado por Jaak Panksepp e Kenneth Davis (Davis & Panksepp, 2011) para avaliar os sistemas emocionais neurobiológicos primários (exceto o sistema *LUST*), que constituem a base da personalidade humana no modelo de Panksepp (1982/1998).

Este estudo constitui uma fase inicial de uma investigação que tem como objetivo central a integração dos

processos de reação não consciente com variáveis de estado e de traço de personalidade.

Material e Métodos

2.1. Participantes

Uma amostra de 31 participantes portugueses saudáveis (18 do sexo feminino, 13 do sexo masculino) com idades compreendidas entre 18 e 55 anos ($M = 27,55$; $DP = 11,62$), sem antecedentes neurológicos ou psiquiátricos, que foram voluntários para participar no estudo. Possuíam visão normal ou corrigida para normal, eram ingênuos em relação ao objetivo do estudo, e deram o seu consentimento informado para a utilização dos seus dados numa análise estatística de grupo.

2.2. Materiais

Foram apresentados estímulos num monitor CRT (17 polegadas; resolução espacial - 1024x768; resolução de cores - 24 bits; taxa de atualização - 60 Hz/17 ms), controlado por um computador pessoal, através do *software* informático *E-Prime 2.0* da *Psychology Software Tools Inc.*

Para cada uma das três condições experimentais (positiva, negativa e neutra), 30 estímulos visuais afetivos foram selecionados a partir do *International Affective Picture System* (Lang, Bradley, & Cuthbert, 1995-2008) com conteúdo semântico equivalente, diferentes níveis de valência, e equivalentes níveis de *arousal* entre itens da condição positiva e negativa. O nível médio de *arousal* para a condição neutra foi menor, porque a valência e o *arousal* não são dimensões independentes. A condição positiva teve valência média = 6,73 e *arousal* médio = 4,64; condição negativa teve valência média = 2,66 e *arousal* médio = 5,69; e condição neutra teve valência média = 4,90 e *arousal* médio = 1,87. Apresenta-se a lista completa de estímulos nos apêndices A (positivos), B (negativos) e C (neutros).

Foram produzidos três estímulos-máscara com os mesmos fragmentos de fotos de paisagens emocionalmente neutras do *International Affective Picture System* (IAPS). Estes fragmentos foram colocados em diferentes posições da imagem, produzindo três máscaras diferentes, mas com propriedades físicas equivalentes (complexidade, luminância, cor). As qualidades estéticas subjetivas dessas três máscaras foram testadas em uma amostra independente ($N = 12$), e originaram um número equivalente de escolhas de preferência.

2.2.1. Questionários psicológicos

Foram utilizados os seguintes questionários: Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE), versão portuguesa da *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), Escala de Stress Percebido (ESS), Escala de Vinculação Adulto (EVA), versão portuguesa da *Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire* (TEMPS-A), e a Escala da Personalidade da Neurociência Afetiva (ANPS).

2.3. Procedimento

A experiência consistiu em 210 ensaios divididos em seis blocos com 12, 27, 48, 39, 60 e 24 ensaios, respectivamente. Os estímulos subliminares visuais emocionais (17 ms) foram apresentados entre as máscaras neutras (166 ms cada), num paradigma de mascaramento *backward* e *forward* (paradigma de mascaramento *sandwich*). A apresentação dos estímulos foi sincronizada com a taxa de atualização (*refresh rate*) do monitor.

Os estímulos afetivos foram tornados subliminares através da sua duração, do mascaramento *sandwich* e da orientação da atenção dos participantes para a tarefa experimental de contagem do número de estímulos-máscara apresentados. Cada uma das três condições subliminares foi exclusivamente mascarada por uma das três máscaras. Entre sujeitos, a associação entre condições emocionais e as máscaras foi contrabalançada. Os estímulos foram apresentados em sequências pseudoaleatórias, com igual probabilidade para cada condição experimental, evitando repetições da mesma condição, e com um número idêntico de apresentações para cada uma das três condições.

Os sujeitos foram confortavelmente instalados a uma distância de 50 cm do ecrã e centrados com este. Foram instruídos a focar a sua visão no centro do ecrã durante a apresentação dos *slides*. Antes do início da sessão experimental, os participantes foram familiarizados com a tarefa experimental através da realização de um bloco de apresentações de exemplo.

Os participantes foram instruídos a contar o número de máscaras (alvos) que foram apresentadas durante a sessão experimental e a indicar esse número (usando o teclado) no final de cada bloco, de forma a garantir que a sua atenção esteve focada nestes estímulos. A sequência da apresentação foi a seguinte: (1) cruz de fixação (1000 ms); (2) máscara (166

ms); (3) estímulo emocional subliminar (17 ms); (4) máscara (166 ms) – ver Figura 1.

Entre cada bloco de apresentações, os participantes foram solicitados a indicarem qual a máscara que preferiam, numa questão de escolha forçada onde as três máscaras foram apresentadas simultaneamente, e o grau (numa escala de Likert: 1 a 5) em que preferiam essa imagem em relação às outras duas. Com um procedimento similar, os participantes tiveram que indicar qual a máscara que menos gostavam e o seu grau em relação às outras duas máscaras.

Depois de completarem a sessão experimental completa (210 ensaios), os participantes foram explicitamente indagados sobre a visibilidade dos estímulos subliminares.

Todos os aspectos da gestão da apresentação dos slides, aleatorização das sequências de estimulação e registo das respostas foram realizados através do programa *E-Prime 2.0*.

Após a sessão experimental, os participantes tiveram uma pausa de 30 minutos. Após esse tempo, responderam a um conjunto de questionários psicológicos, numa sala silenciosa.



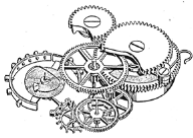
Figura 1. Exemplos de mascaramento *backward* e *forward* das condições positiva (esquerda), negativa (centro) e neutra (direita). As setas mostram a sequência temporal da apresentação de estímulos.

2.5. Análise estatística

Foram realizadas análises exploratórias através do *software* informático *SPSS Statistics 25*.

As relações dos julgamentos de agrado e de desagrado dos participantes com os seus resultados nos questionários psicológicos foram analisadas através do coeficiente de correlação de Pearson *two-sided*.

As diferenças estatísticas entre condições de estimulação subliminar, nas escolhas de agrado e de



desagrado, foram analisadas através do teste ANOVA Medidas Repetidas.

3. Resultados

3.1. Avaliação da visibilidade dos estímulos subliminares

Dezanove dos participantes reportaram terem apenas visto as máscaras, enquanto os restantes (doze) indicaram terem visto também olhos ou contornos de faces.

3.2. Julgamentos de preferência

As condições negativa ($M = 2.10$, $DP = 1.62$) e neutra ($M = 2.19$, $DP = 1.74$) de estimulação subliminar foram mais frequentemente escolhidas do que a positiva ($M = 1.71$, $DP = 1.51$) – Figura 2. O grau de agrado (escala de Likert de 1 a 5) das condições negativa ($M = 5.32$, $DP = 5.22$) e neutra ($M = 4.97$, $DP = 4.69$) foi maior do que o grau de agrado da condição positiva ($M = 4.16$, $DP = 4.60$).

Nas escolhas de desagrado, a condição positiva ($M = 2.35$, $DP = 1.72$) foi mais escolhida do que as condições negativa ($M = 1.84$, $DP = 1.79$) e neutra ($M = 1.81$, $DP = 1.72$) – Figura 2. O grau de desagrado da condição positiva ($M = 4.90$, $DP = 4.13$) foi superior aos graus das condições negativa ($M = 3.42$, $DP = 3.81$) e neutra ($M = 3.19$, $DP = 3.29$).

Em ambos os casos das respostas de agrado e de desagrado, os resultados da ANOVA Medidas Repetidas não foram significativos.

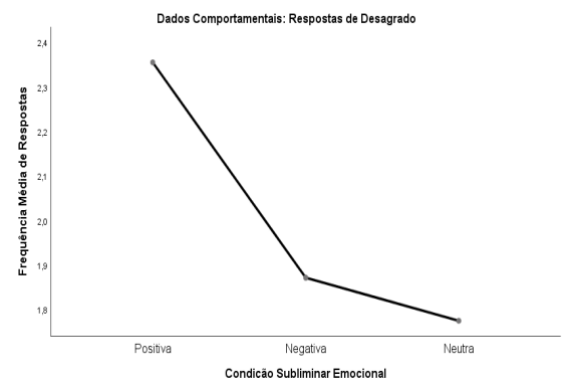
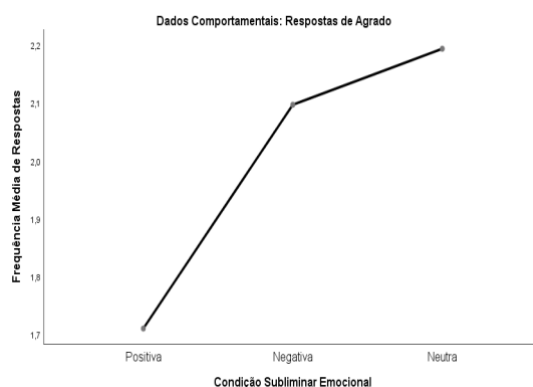


Figura 2. Representação dos dados comportamentais das escolhas subjetivas relativamente às máscaras associadas ao *priming* subliminar. No primeiro gráfico estão apresentadas as respostas de agrado. Em seguida encontram-se as respostas de desagrado. Em ambos os casos, foram usados os *plots* fatoriais da ANOVA Medidas Repetidas.

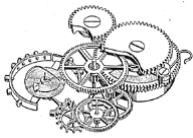
3.3. Correlação entre os julgamentos de preferência e os questionários psicológicos

A análise de correlação entre os julgamentos de preferência sobre as três condições experimentais e os resultados nos questionários psicológicos revelou correlações positivas e negativas entre esses dois tipos de dados.

A análise revelou que o desagrado pela condição positiva correlacionou-se com os valores nas subescalas *Acesso limitado às estratégias de regulação emocional* ($r = .52$, $p < .01$), *Não-aceitação da resposta emocional* ($r = .50$, $p < .01$), *Dificuldades no controlo dos impulsos* ($r = .53$, $p < .01$), *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados por objetivos* ($r = .52$, $p < .01$), e *Falta de clareza emocional* ($r = .42$, $p = .02$) da EDRE. O grau de desagrado pela condição positiva também se correlacionou com essas mesmas subescalas da EDRE, com $r = .55$, $p < .01$; $r = .49$, $p = .01$; $r = .62$, $p < .01$; $r = .53$, $p < .01$; e $r = .44$, $p = .02$, respetivamente.

Essa análise também revelou que os resultados da subescala *Dificuldade em identificar sentimentos* da TAS-20 correlacionaram-se com desgostar da condição positiva ($r = .5$, $p = .01$) e com o seu grau ($r = .51$, $p < .01$). Complementarmente, esta subescala da TAS-20 teve uma correlação negativa com gostar da condição de emoção positiva ($r = -.35$, $p = .05$) e com o seu grau ($r = -.34$, $p = .06$).

Os resultados do ESP estão correlacionados com o desagrado da condição positiva ($r = .58$, $p = .01$), seu grau ($r = .65$, $p < .01$), e com o grau de desagrado pela condição positiva ($r = .36$, $p = .05$). O ESP também se correlacionou



negativamente com gostar da condição positiva ($r = -.38$, $p = .04$) e com desgostar da condição negativa ($r = -.42$, $p = .02$).

Os resultados da subescala *Depend* da EVA tiveram uma correlação negativa com a preferência pela condição de emoção negativa ($r = -.46$, $p = .01$). Esta subescala teve também uma correlação positiva com desgostar da condição de emoção negativa ($r = .36$, $p = .05$) e com o grau de preferência pela condição de emoção positiva ($r = .40$, $p = .03$).

Desgostar da condição positiva esteve correlacionado com os temperamentos Ciclotímico ($r = .58$, $p < .01$), Irritável ($r = .53$, $p < .01$) e Ansioso ($r = .52$, $p < .01$) do TEMPS-A. O grau de desagrado pela condição positiva teve uma correlação positiva com os temperamentos Depressivo, Ciclotímico ($r = .58$, $p < .01$), Irritável ($r = .53$, $p < .01$) e Ansioso ($r = .53$, $p < .01$). O temperamento Ciclotímico também teve uma correlação negativa com gostar da condição de emoção positiva ($r = -.37$; $p = .05$) e uma correlação negativa com o grau de desagrado pela condição de emoção negativa ($r = -.41$, $p = .03$).

Por fim, no questionário ANPS, a escala *FEAR* teve uma correlação positiva com o agrado pela condição de emoção negativa ($r = .57$, $p = .05$), desagrado pela positiva ($r = .70$, $p = .01$), e com o seu grau ($r = .76$, $p < .01$), e uma correlação negativa com o agrado pela condição de emoção positiva ($r = -.71$, $p = .01$), seu grau ($r = -.62$, $p = .03$), desgostar da condição negativa ($r = -.74$, $p = .01$), e com o seu grau ($r = -.72$, $p = .01$). A escala *SADNESS* teve uma correlação positiva com desgostar da condição de emoção positiva ($r = .77$, $p < .01$), e com o seu grau ($r = .64$, $p = .03$), e uma correlação negativa com gostar da condição positiva ($r = -.71$, $p = .01$), o seu grau ($r = -.62$, $p = .03$), desgostar da condição negativa ($r = -.57$, $p = .05$), e com o seu grau ($r = -.65$, $p = .02$).

4. Discussão

4.1. Julgamentos de preferência

Observámos uma frequência média superior das escolhas de aproximação-agrado para as condições negativa e neutra de estimulação subliminar com valores semelhantes (2.10 e 2.19, respectivamente). Estes valores foram superiores à frequência de agrado pela condição positiva (1.71). O valor elevado de frequência da condição negativa pode ser interpretado como um efeito da prioridade dada, pelo cérebro, a estímulos dessa natureza, os quais estão intimamente relacionados com a sobrevivência do organismo. Na literatura, essa prioridade é conhecida como *viés da negatividade* (Rozin & Royzman, 2001). A maior frequência do agrado pela condição neutra foi

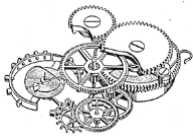
um efeito interessante, que é incomum no contexto da estimulação emocional subliminar. As escolhas de aproximação para essa estimulação poderiam ser interpretadas como uma expressão de processos não-conscientes de evitamento de estímulos ativadores (estímulos com valência positiva ou negativa têm maiores níveis de *arousal*). Desta forma, haveria uma atribuição de prioridade ao processamento não-consciente de estímulos neutros, no contexto de repetidas apresentações subliminares de estímulos positivos e negativos. Neste contexto, estímulos neutros poderiam ser representados como uma estimulação mais apaziguadora, e ativarem a orientação da atenção, que poderia, por sua vez, ter dado origem a uma frequência superior nas escolhas subjetivas de preferência. Outra interpretação para essa maior frequência da condição neutra poderia ser que, no contexto de duas condições emocionais, a condição neutra não-emocional poderia ser detetada como rara ou desviante. Esse estímulo dissonante recrutaria, então, mais recursos atencionais para o seu processamento e provocaria uma frequência maior nas escolhas de preferência.

As escolhas de evitamento-desagrado foram inversas às de aproximação-agrado. A condição positiva de estimulação provocou uma maior frequência de escolhas de desagrado ($M = 2.35$) em comparação com as condições negativa ($M = 1.87$) e neutra ($M = 1.77$).

4.2. Relação entre os julgamentos de preferência e os questionários psicológicos

A análise de correlação revelou um padrão comum entre os questionários psicológicos utilizados no estudo. Houve uma associação entre o desagrado pela condição subliminar emocional positiva e os resultados em subescalas relacionadas com a experiência de sentimentos negativos (i.e., afeto negativo). Essas subescalas incluíram dificuldades de regulação emocional; alexitimia; stresse; temperamentos depressivo, ciclotímico e ansioso; e as dimensões da personalidade *FEAR* e *SADNESS*. Notemos que ao contrário do que se poderia esperar, não houve associação entre os resultados dessas variáveis e um comportamento que exprime orientação para a condição negativa (frequência das escolhas de agrado). Foi interessante observar que a tendência foi a de evitar a condição emocional positiva não-consciente.

Este evitamento não-consciente pode também estar presente em pacientes com perturbações afetivas, levando à rejeição automática de experiências emocionais positivas. Esse viés poderia, então, contribuir para o humor negativo estável. No futuro, este estudo poderá ser replicado com uma



população clínica, para confirmar se esta tendência não-consciente automática está presente.

A subescala *Depend* da EVA, que mede o grau de confiança que o sujeito tem em outras pessoas e na disponibilidade destes quando necessária (Canavarro et al., 2006), está associada à segurança de vinculação. Por sua vez, a segurança de vinculação reflete experiências e sentimentos positivos nas relações interpessoais, estando intimamente ligada ao conceito de *base segura* de Ainsworth & Bowlby (1991). Nesta subescala da EVA foram observadas correlações inversas às encontradas nas escalas relativas a afeto negativo. Observou-se uma relação desta subescala com o desagrado pela condição negativa. Assim, a subescala *Depend* está associada a uma rejeição automática não-consciente de estimulação negativa, a qual pode refletir uma característica da segurança de vinculação, que está associada a experiências de afeto positivo e a rejeição do negativo.

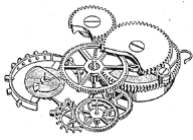
5. Conclusões

O estudo exploratório que apresentámos mostrou de que forma as observações de variáveis do domínio do microssistema, as reações automáticas e não-conscientes (expressas por um agrado e desagrado por condições de estimulação emocional subliminar), se relacionam com as variáveis dos domínios do mesossistema e do macrossistema. Nesse aspeto, os resultados revelam um padrão regular com valores significativos de correlação entre variáveis relativas a afeto negativo (dificuldades de regulação emocional; alexitimia; stresse percebido; temperamentos depressivo, ciclotímico e ansioso; e sistemas neurobiológicos *FEAR* e *SADNESS*) e indicadores da reação emocional automática que sugerem um afastamento da estimulação emocional positiva não-consciente. Por seu lado, o padrão de vinculação dependente (o qual se refere à segurança de vinculação) correlacionou-se, ao nível da reação emocional não-consciente, com uma aproximação por essa estimulação subliminar. Estes resultados revelam coerência interna e permitem a integração num modelo teórico sistémico, que relacione as respostas emocionais imediatas com as variáveis mais estáveis que foram estudadas. A partir dos dados de correlação obtidos, podemos colocar a hipótese de que a relação entre as microrreações emocionais de afastamento da estimulação positiva e as variáveis do meso e macrossistema relativas a afeto negativo constitui um fator de vulnerabilidade para a expressão de estados mais estáveis de afeto negativo. Complementarmente, colocámos também a hipótese de que a relação entre as microrreações emocionais de afastamento da estimulação negativa e o padrão de vinculação seguro constitui

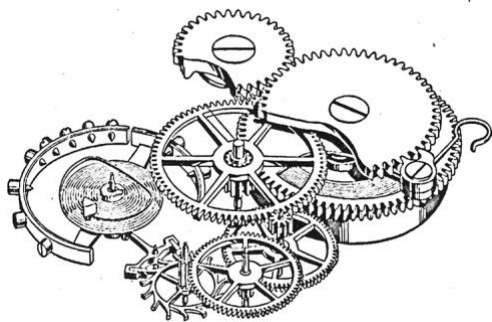
um fator de resiliência perante este tipo de afeto. Deste modo, as reações emocionais automáticas e não-conscientes poderão influenciar a constituição de estados de afeto mais estáveis, no lado do afeto negativo por um viés automático que afasta a estimulação emocional positiva, e no lado do afeto positivo (vinculação segura) por um afastamento de estímulos potencialmente geradores de experiências negativas.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An Ethological Approach to Personality Development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341.
- Anderson, A. K., Christoff, K., Panitz, D., De Rosa, E. & Gabrieli, J. D. (2003). Neural correlates of the automatic processing of threat facial signals. *Journal of Neuroscience* 23(13), 5627-5633.
- Baião, M., Dinis, S., Fonseca, I. B., Ouakinin, S. (2018). Escala da Personalidade da Neurociência Afetiva (ANPS). Trabalho não publicado.
- Bishop, S. J., Duncan, J., & Lawrence, A. D. (2004). State anxiety modulation of the amygdala response to unattended threat-related stimuli. *Journal of Neuroscience*, 24(46), 10364-10368.
- Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. (2007). *Handbook of Psychophysiology*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da *Adult Attachment Scale-R* (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.
- Cromwell, H. C., & Panksepp, J. (2011). Rethinking the cognitive revolution from a neural perspective: How overuse/misuse of the term 'cognition' and the neglect of affective controls in behavioral neuroscience could be delaying progress in understanding the BrainMind. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 2026-2035.
- Damásio, A. R. (1994). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Davis, K. L., & Panksepp, J. (2011). The brain's emotional foundations of human personality and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1946-1958.
- Davis, K. L., Panksepp, J., & Normansell, L. (2003). The Affective Neuroscience Personality Scales: Normative Data and Implications. *Neuropsychanalysis*, 5(1), 57-69.
- de Gelder, B. & Hadjikhani, N. (2006). Non-conscious recognition of emotional body language. *Neuroreport*, 17, 583-586.
- Eriksen, C. W. (1960). Discrimination and learning without awareness: a methodological survey and evaluation. *Psychological Review*, 67(5), 279-300.
- Figueira, M. L., Caeiro, L., Ferro, A., Severino, L., Duarte, P. M., Abreu, M., et al. (2008). Validation of the temperament evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version. *Journal of Affective Disorders*, 111(2), 193-203.
- Gibbons, H. (2009). Evaluative priming from subliminal emotional words: Insights from event-related potentials and individual differences related to anxiety. *Consciousness and Cognition*, 18(2), 383-400.
- Halgren, E., & Marinkovic, K. (1995). Neurophysiological Networks: Integrating Human Emotions. In M. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences* (pp. 1137-1151). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Juruena, M. F., Giampietro, V. P., Smith, S. D., Surguladze, S. A., Dalton, J. A., Benson, P. J., et al. (2010). Amygdala activation to masked happy facial expressions. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(2), 383-387.



- Khalid, S., & Ansorge, U. (2017). Subliminal Face Emotion Processing: A Comparison of Fearful and Disgusted Faces. *Frontiers in Psychology*, 8(1028), doi: 10.3389/fpsyg.2017.01028.
- Killgore, W. D. & Yurgelun-Todd, D. A. (2004). Activation of the amygdala and anterior cingulate during nonconscious processing of sad versus happy faces. *Neuroimage*, 21, 1215-1223.
- Kiss, M., & Eimer, M. (2008). ERPs reveal subliminal processing of fearful faces. *Psychophysiology*, 45(2), 318-326.
- Kouider, S., & Dehaene, S. (2007). Levels of processing during non-conscious perception: a critical review of visual masking. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 362(1481), 857-875.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1995-2008). *International Affective Picture System (IAPS): Technical manual and affective ratings*. Gainesville: University of Florida. Center for Research in Psychophysiology.
- LeDoux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 27, 50-57.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23(1), 155-184.
- Lewis, M. D. (2000). Emotional Self-Organization at Three Time Scales. In M. Lewis & I. Granic (Eds.), *Emotion, Development, and Self-Organization: Dynamic Systems Approaches to Emotional Development* (pp. 37-69). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Williams, R., & Mathews, A. (1993). Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 304.
- Montag, C., & Panksepp, J. (2017). Primary Emotional Systems and Personality: An Evolutionary Perspective. *Frontiers in Psychology*, 8(464), <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00464>.
- Montag, C., Widenhorn-Müller, K., Panksepp, J., & Kiefer, M. (2016). Individual differences in Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS): Primary emotional traits and depressive tendencies. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 136-142, doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.007.
- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5(3), 407-422.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 30-80.
- Panksepp, J. (2011). The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(9), 1791-1804.
- Panksepp, J., & Davis, K. (2014). The emotional fundamentals of personality and the higher affective polarities of mind: Comment on "Personality from a cognitive-biological perspective" by Y. Neuman. *Physics of Life Reviews*, 11(4), 691-692.
- Prazeres, N., Parker, D. A., & Taylor G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 9(1), 9-21.
- Rozin, P., & Royzman, E. B. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion. *Personality and Social Psychology Review*, 5(4), 296-320.
- Tamietto, M., Castelli, L., Vighetti, S., Perozzo, P., Geminiani, G., Weiskrantz, L., et al. (2009). Unseen facial and bodily expressions trigger fast emotional reactions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(42), 17661-17666.
- Trigo, M., Canudo, N., Branco, F., & Silva, D. (2010). Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*, 53, 353-378.
- Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87-110.
- Vuilleumier, P., Armony, J. L., Driver, J. & Dolan, R. J. (2001). Effects of attention and emotion on face processing in the human brain: an event-related fMRI study. *Neuron*, 3, 829-841.
- Williams, M. A., McGlone, F., Abbott, D. F. & Mattingley, J. B. (2005). Differential amygdala responses to happy and fearful facial expressions depend on selective attention. *Neuroimage*, 24, 417-425.



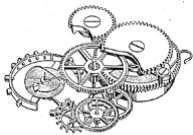
**APRESENTAÇÃO DO LIVRO
“VIVER O QUE FALTA:
PENSANDO A PSICOSSOMÁTICA.”
DE JOSÉ ANTÓNIO BARATA**

**LIVING WHAT IS MISSING:
THINKING ABOUT PSYCHOSOMATICS.
BY JOSÉ ANTÓNIO BARATA**

**1, Psicoterapeuta e Psicanalista,
Associação de Psicanálise e
Psicoterapia Psicanalítica*

*2 Psicoterapeuta e Psicanalista,
Sociedade Portuguesa de Psicanálise*

Patrícia Câmara¹, Maria de Deus Brito²*



Patrícia Câmara

Queria começar por agradecer profundamente ao Professor Rui Mota Cardoso pelas suas palavras, pela prontidão e amizade com que correspondeu ao nosso apelo para que fizesse o prefácio deste livro, praticamente de um dia para o outro, e por ter trazido, como tão bem referiu a Maria, o Zé até nós e agradecer também profundamente à Maria nesse lugar onde não há palavras senão matéria infinita de encontro.

O palco não é só daqueles que sabem colocar bem a voz.

Um pouco de esforço por parte de quem o ouvia e na desarmonia dos gestos e dos movimentos, por entre um gaguejar mais ou menos acentuado, houve sempre uma almofadinha de espaço intermédio que nos permitiu assentar e encontrar o centro de gravidade que sabe e reconhece que jamais poderá abdicar do seu movimento pendular.

Essa almofadinha de que o Zé tanto falava, herdeira daquilo a que chamava “urso de peluche com vida” e que tão bem personificava não só, mas também, agindo fluidamente o verso que não se cansava de citar e que já referi neste congresso “eu não sou eu nem sou o outro sou qualquer coisa de intermédio”.

(A este propósito deixem-me fazer uma inconfidência confidente. Ontem à noite, eu e a Alexandra fomos até minha casa para fazer o rescaldo do dia de congresso e preparar o dia de hoje. Sentamo-nos num banco que tenho no escritório. Olhei para a Alexandra que me parecia desconfortável e fui-lhe buscar uma almofada. Quando lha estava a dar, disse-lhe “que engraçado, sabes essa almofada era do divã do Zé.” E dei-me conta, que não me tinha dado conta que tinha trazido materializada a “almofada do Zé” quando eu e a Maria, a pedido de Pedro, fomos até à sua casa ajudar nas arrumações. Não há dúvida que quando a perda espreita tocamos a morte e o concreto apresenta-se-nos como no início de um caminho que temos que percorrer uma e outra vez até a almofada se rematerializar dentro de nós).

Quando se ouve com cuidado, encontra-se o lugar por entre as palavras, por entre as dialécticas, por entre ... foi algures nesse lugar que encontrei o Zé. Tinha eu 16 anos e estava a distribuir microfones num congresso de psicanálise organizado pelo meu pai. Vi, um senhor, sentado na fila de trás com ar de quem realmente estava a pensar naquilo que ouvia... reconhecia-lhe o aspecto interno de quem devia estar sentado na primeira fila, mas creio que foi exactamente e também porque não estava que reconheci nele um bom lugar. Como disse ontem a Professora Isabel do Carmo e a Professora Isabel Fonseca reiterou o lugar de “um homem bom”.

Fui a correr ter com o meu pai antes que aquele homem me desaparecesse e perguntei-lhe “quem é aquele?”

“Aquele de barbas?” – perguntou o meu pai – afirmei que sim. “É o Zé Barata”.

Disse-lhe “Quando eu quiser fazer psicoterapia é com aquele. Está bem? Não te esqueças.”

“Está bem, filha. – E espantado perguntou-me “Mas não conhecias já o Zé Barata?”

Não conhecia.

Dois anos depois pedi-lhe que me desse o contacto do senhor de barbas que estava sentado cá atrás no congresso de psicanálise com ar de quem verdadeiramente estava a pensar sobre aquilo que ouvia. O meu pai ainda se lembrava da conversa, o que muito ainda hoje lhe agradeço pois eu já não me lembrava do nome do José Barata. A minha mãe ouviu de soslaio e disse: “O Zé Barata... foi meu professor de psiquiatria. Gostei muito dele”. Só há poucos anos me confessou que tinha pedido ao Zé Barata que lhe fizesse terapia, coisa que na altura não foi possível por ser ainda sua aluna.

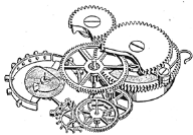
A máquina interpretativa da obriedade, que o Zé tanto detestava, podia encontrar aqui toda uma panóplia de material clínico para justificar a dinâmica inconsciente que me encaminhara até ele, mas creio, tal como ele mesmo o dizia... que foi o amor ao amor e o amor à liberdade, que tive também o privilégio de ter em casa, que me fizeram encontrá-lo.

Durante muitos anos convenci-me de que tinha sido eu a escolhê-lo, só já bem perto do fim percebi que ele também me escolhera a mim... a nós... e do privilégio que tínhamos tido.

O Zé era autêntico...e encontrava sempre a autenticidade em mim mesmo em momentos em que ela me parecia desfocar-se.

Em 2005 quando publiquei o meu livro fiz-lhe um agradecimento público “ao Zé pela sua infinita capacidade de partilhar, totalmente isenta de preconceitos e genuinamente plena de humildade”. Mais de 10 anos passados e diria exactamente estas mesmas palavras.

Mas o Zé não era só o Zé senão também as pessoas que tinha à sua volta, maioritariamente pessoas de uma riqueza humana incomensurável e todas acérrimas defensoras da dignidade, da ética e da recusa à linearidade: Rui Mota Cardoso, Sílvia Ouakinin, Jorge Câmara, Marina Diniz, Ana Matos Pires, Maria José Vidigal, Isabel Fonseca, Tânia Carneiro, Filipa Cardoso



Menezes, Maria José Ribeiro, Alexandra Silvestre Coimbra entre tantas outras e, claro, a Maria, a nossa Maria.

Serões e serões em casa da Maria onde ficávamos os três sem horas, horas a fio... e tantas vezes surgia a ideia de que o pensamento do Zé, todo o corpo teórico que tinha erigido, como diz a Alexandra “sem nunca verdadeiramente o materializar”, tinha que tomar forma para correr mundo. O que é enorme tem que voar, como uma vez me escreveu a minha querida amiga Ana que também aqui está hoje.

O Zé dizia “tá bem, tá bem, amigas” e fugindo daquele que lhe parecia ser o nosso angulo visual, murmurava “...um dia ...”. Creio que uns 3 ou 4 anos antes do Zé morrer a Maria e o Leonardo tiveram a ideia de que lhe oferecêssemos um tablet, para que usasse o dictafone. Se o Zé não tinha paciência para escrever e discorria em associação livre, então esta pareceu-nos uma ideia brilhante. O Zé ficou contente, disfarçadamente contente, mas efectivamente nem esta ideia nos salvou. A coisa não funcionou lá muito bem, o dictafone não foi muito nosso amigo.

Mas o nosso desejo nunca esmoreceu.

Uma semana antes de morrer, o Zé enviou-me uma mensagem: “Sempre consegues vir cá a casa. Acho que já temos livro?” Tinha um esboço cheio de setas e esquemas praticamente impercetíveis, mas que de certa forma me pareciam ser os temas centrais daquilo que nos foi falando ao longo do tempo. Não sei desse esquema, tão pouco sei se queria que o encontrasse, tínhamos combinado revisitá-lo, mas já não voltamos... presumo ser qualquer coisa idêntica ao que eu e a Maria procuramos delinear.

O Zé era muito mais do que este livro e a psicossomática e em certa medida a neuropsicanálise não foram de forma alguma o seu único lugar.

Há frases suas que ecoam dentro de mim e que me salvam em momentos de frio. Frases como “dissecar o amor é pervertê-lo”... “mas é óbvio porquê?”... “quando eu morrer deixem-me a boca aberta de espanto, nunca me deixarei de surpreender com a maldade humana”... “a capacidade de pensar não tem idade”... ou a melhor e mais quentinha delas todas... “não queres um café?”.

O Zé era demasiado grande para caber num livro, mas também era demasiado grande para não caber em nenhum...

Ao Zé peço que me/nos desculpe por desviar o foco do palco para o senhor de barbas que estava sentado cá atrás verdadeiramente a pensar sobre aquilo que ouvia. E apesar de

saber que o Zé não tinha medo do escuro, reiterar que iluminá-lo seja talvez também uma forma de nos vermos melhor a nós.

Como me fizeste perceber uma vez, Zé, daquelas que duram a vida inteira, autorizar o voo é simultaneamente promover a aceitação da terra.

Muito grata a todos, muito grata à Maria, muito grata aos meus pais, à Sofia, à Filipa, ao Afonso, à Beatriz e à Mariana, muito grata aos meus queridos amigos que percebendo um bocadinho mais ou um bocadinho menos destes temas todos vieram até aqui hoje para me fazer companhia e muito muito muito grata ao Zé, uma das minhas mais basilares almofadinhas trampolim, sempre com saudades.

Conhecer-te foi, como disseste uma vez depois de perdeses a tua Zé, uma utopia realizada.

Maria de Deus Brito

A minha gratidão ao Prof Rui Mota Cardoso por estar aqui. E pelas suas palavras sábias, sensíveis e calorosas. E pelo tocante Prefácio que inscreveu no livro de José Barata e o enriqueceu.

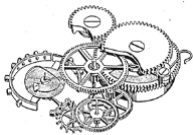
O meu agradecimento à Climepsi Editores por tão prontamente se ter disponibilizado a publicar “Viver o que falta: Pensando a Psicossomática”. E por ter sido tão paciente com as editoras. Um obrigada especial ao Sr. Vitor que tão diligentemente apoiou este projeto.

Agradeço também a Sílvia Ouakinin e Isabel Fonseca que nos ajudaram a esclarecer algumas “encrencas” no território da psico-neuro-imuno-endocrinologia. E agradeço a todas as pessoas queridas que, de modos diversos, nos acompanharam nesta empresa.

Agradeço-vos também a todos por terem vindo recordar e homenagear José Barata.

À Patrícia Câmara sou profundamente grata por ela ser quem é. Obrigada, Patrícia, pela tua inteligência, competência, desembaraço, cumplicidade, dedicação e afeto. Obrigada pela tua companhia.

Sem ela este livro, o livro possível como justamente o designou o Professor Rui Mota Cardoso no seu sentido Prefácio, o livro possível, dizia, não teria sido possível. Nenhuma alma se repete, é verdade, e a Patrícia é a alma única a quem poderia associar a minha para ousar lançar-me nesta aventura.



A morte está sempre a acontecer. Ainda assim, surpreendentemente, levou-nos o Zé! Para quem não sabe, eu digo que ontem foi o aniversário do seu nascimento, motivo porque foi esta a data escolhida para lhe prestarmos homenagem, celebrar a sua vida e o privilégio de ter feito parte da nossa.

Ao longo do tempo o Zé foi escrevendo em notas dispersas, em registos de Comunicações em Colóquios, em forma de Quadros e Esquemas, em artigos. Obstinado que era, não cedeu a tempo ao nosso persistente pedido para que reunisse as suas reflexões num livro. Um dia havia de se fazer.... Talvez a nossa insistência e a promessa de o acompanhar nesse empreendimento não o tenham sido na medida certa...

Se ele aqui estivesse, a não querer falar do seu livro, dir-nos-ia para o lermos se tivéssemos vontade. Mas, empolgado, mostrava-nos que corpo e mente co-pertencem-se, que são tudo o que possuímos, lembrava-nos que apenas a nossa necessidade e vontade de nos iludirmos nos permitem continuarmos a iludir-nos e quando a dureza da realidade externa é mais poderosa que a vontade, então, desenfreada, a desilusão dói, na mente ou no corpo; explicar-nos-ia como funciona a nossa mente quando o corpo nos adoece e o que falta viver para que ao corpo e à mente seja restituída a saúde, na medida do possível.

O livro de José Barata está hoje aqui e os pensamentos que ele criou com fervor podem ser partilhados, discutidos, ampliados, contestados, transformados, originar outros, provocarem mudança... E nada pode acontecer sem mudança. Estamos muito contentes por não terem sucumbido ao abismo do tempo, por não terem permanecido acessíveis somente a quem regularmente o ouvia e um dia mais facilmente virem a dissipar-se.

Yourcenar escreveu em Notas a Memórias de Adriano: "Faça-se o que se fizer reconstrói-se sempre o monumento à nossa maneira. Mas já é muito empregar somente pedras autênticas."

Com humildade, inspiro-me nas suas palavras para falar um pouco do percurso da construção do livro. A fidelidade foi o nosso Norte. Organizámos o livro do Zé com as pedras autênticas, convocando-o em permanência para que a sua voz e o seu estilo ecoassem em nós e não ficassem perdidos entre os fios das nossas exaustivas preocupações de rigor e ordenamento de texto.

As pedras são autênticas; o modo como se sobrepõem - a ordem encontrada, a sequência dos capítulos e suas introduções, a forma - foi à nossa maneira.

A imensa gratidão ao homem, pensador e amigo que José Barata foi animou-nos na compilação e organização da sua despresticiosa "obra" feita da riqueza das suas reflexões ao longo de anos que fomos garimpando em documentos vários. Ela não nos restitui inteiramente o seu conhecimento; é somente ilustrativa. Existe distância entre uma admirável experiência e a insuficiência das palavras escritas. Ainda assim, satisfaz-nos a ideia de este livro reflectir partes pertinentes do seu pensamento de "aprendiz vitalício" como se comprazia em ser.

Compor o livro foi uma experiência emocional fecunda povoada de momentos de júbilo perante o decifrar de uma ideia manuscrita e de momentos de angústia em face da dificuldade de desvendar o rumo certo de uma determinada linha de raciocínio, de momentos de uma saudade imensa de escutar o Zé a pensar ... ou a simplificar-nos uma complexidade. Foi, essencialmente, um tempo feliz, de contentamento por podermos trazer à luz o seu trabalho. E um tempo de crescimento e de forte cumplicidade que nos sustentou. Nunca sentimos desalento.

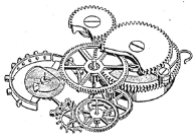
O afecto que nos dedicou é o que nos deixa alguém que nos morre, dizia o Zé. E ele deixou-nos muito. Deixou-nos também a sua singular maneira de olhar o mundo _ "o pequeno tesouro com que olhamos o mundo" - nas suas palavras.

Ele olhou o mundo e as pessoas com os seus olhos compreensivos, grandes de espanto em face de uma surpresa penosa ou de uma maldade inesperada, sempre como se fosse a primeira, ou distantes perante a estupidez arrogante.

O seu "não sejas trouxa!" com que, oportunamente, prevenia e cuidava dos amigos é inesquecível. E a sua inoculação de confiança e o seu abraço e o seu "precisas de alguma coisa, tu vê lá!". E a sua simplicidade de homem decidido, de quem não se queria fazer notar e por essa mesma simplicidade era notável...E o seu gesto lento e prazeroso que antecedia o acender do isqueiro que antecedia o acender da cigarrilha...E a sensibilidade subtil de ver num perfil os meandros do mundo interno. E tanto mais!

Conceitos maiores como liberdade, dignidade, justiça, lealdade, amor, verdade, respeito foram constituintes da sua alma sensível e vividos nas relações que construiu.

"O caminho é irmos de mãos dadas pelo nosso pé" disse um certo poeta. Foi desta maneira que o Zé cumpriu a sua vida, sempre dando as mãos a quem confiava que as merecia e acolhendo as de quem gostava.



A maior parte do seu tempo foi passada a procurar significações e entendimento para a dor da condição humana para ajudar alguém a viver um pouco melhor, fazendo da Psicossomática a sua pátria eleita de investigação da vida. Alguns sonhos realizam-se mesmo. E o Zé realizou aquele seu de criar uma Sociedade de Psicossomática, Sociedade aberta a um pensamento múltiplo e abrangente, sobre o que vive e sobre o humano, Sociedade que continua viva e dinâmica graças ao empenho de quem nela dedicadamente se implica. Continua, temos nestes dias uma prova, e se o Zé pudesse saber, ficaria muito feliz.

Foi um privilégio termos passado com ele inspiradores serões “psicossomáticos” vislumbrando-nos por entre nuvens de fumo das suas cigarrilhas e enriquecidas pela luz do seu pensar, liberto e libertador, que generosamente adorava partilhar e questionar.

Em 1985 fiz estágio de Psicologia Clínica no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Sta. Maria. Depois de um primeiro e único contacto com o Serviço tive de me ausentar por cerca de um mês por ter adoecido. Quando regresssei estava um tanto ou quanto perdida, já não sabia onde encontrar a Equipa que gentilmente me recebera. Bati à porta de uma sala, abri-a. Decorria uma reunião de Equipa que na altura me parecia ser uma multidão. Fez-se um silêncio com a minha interrupção. Timidamente, demorei-me uns segundos à porta. Um homem bom disse-me qualquer coisa de essencial:

“É aqui! É aqui!” Era o Zé Barata. Desejei, nesse momento, que aquela pessoa ficasse sempre na minha vida. E ficou. E ficará! E, por isso, por ter marcado a minha vida, lhe sou profundamente grata: foi meu amigo, meu mestre maior, pavimentou o meu caminho de psicoterapeuta. É uma das pessoas a quem devo a pouca segurança que tenho e a capacidade necessária para lidar com as minhas zonas sombrias. Não, não foi o meu psicanalista:

“Depois não tinha amigos, não querias mais nada!” – assim declinou com firmeza e doçura tal hipótese, o que me abriu a possibilidade de, anos mais tarde, encontrar a minha analista que me ajudou a decifrar o indecifrável e de tanto viajar comigo fez com que nunca mais me sentisse só dolorosamente.

Com o Zé ficou liberto o espaço para uma intimidade outra, para a confiança e para a amizade indestrutíveis. Se não o tivesse tido tão perto não seria a que sou. Tive muita sorte!

Em sua honra vou ler um poema de Carlos Drummond de Andrade que, intuo, ele ouviria de pálpebras cerradas como lhe acontecia quando queria muito escutar e ver um pouco mais exactamente a imagem que ia criando dentro de si.

AMAR

*Que pode uma criatura senão,
Entre criaturas, amar?
Amar e esquecer,
Amar e malamar,
Amar, desamar, amar?
Sempre, e até de olhos vidrados, amar?*

*Que pode, pergunto, o ser amoroso,
Sozinho, em rotação universal, senão
Rodar também, e amar?
Amar o que o mar traz à praia,
E o que ele sepulta, e o que,
Na brisa marinha,
É sal, ou precisão de amor,
ou simples ânsia?*

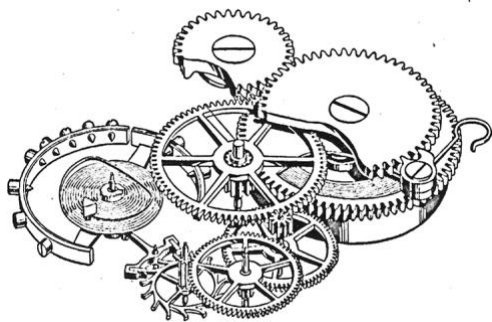
*Amar solenemente as palmas do deserto,
o que é entrega ou adoração expectante,
e amar o inóspito, o áspero, um vaso sem flor, um chão de ferro,
e o peito inerte, e a rua vista em sonho, e uma ave de rapina...*

*Este o nosso destino: amor sem conta,
distribuído pelas coisas perdidas ou nulas,
doação ilimitada a uma completa ingratidão,
e na concha vazia do amor a procura medrosa,
paciente, de mais e mais amor*

*Amar a nossa falta mesma de amor, e na
secura*

*nossa
amar a água implícita, e o beijo tácito, e a sede infinita.*

Muito obrigada pela vossa atenção.



LIBERDADE, HARMONIA, ÉTICA. DO EQUADOR DE TLÖN – DITOS, AFORISMOS E CONTRADIÇÕES

FREEDOM, HARMONY, ETHICS.

**FROM THE EQUATOR OF TLÖN - SAYINGS, AFFORISMS
AND CONTRADICTIONS**

Manuel Silvério Marques^{*}

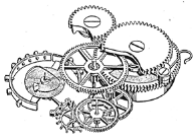
“As scientists we should guard against basing our average calculation on all patients as a whole. (...) Existence itself provides the limits for human knowledge and from it arises the element in the individual which confronts each illness as something other than itself (...)”

Karl Jaspers (1923)

Resumo:

O tríptico que os organizadores me propuseram – Liberdade, Harmonia, Ética - ajusta-se e é, em si, evidentemente, uma alusão à personalidade do José Barata. É uma honra participar nesta homenagem e um desafio esta conversa. Nós partilhámos, em tempos e (suponho) campos diferentes, aqueles valores, desde os recuados dias da ditadura. Depois de breve evocação, será enquanto médico que irei visitar e dar testemunho de motivos, muitas vezes dissonantes, de ética, harmonia e liberdade. Registo, de passagem, exemplos e limitações do pensamento aforístico, que foi canónico em medicina até há 4 ou 5 gerações. Os ditos de dois textos, um críptico e exigente, *Tlön, Uqbar, Orbis Tertius* de Borges, outro profético e consumado, 1984, de Orwell, guiar-me-ão na senda do contraditório e do pluralismo. Com a ajuda de uma máscara, um caduceu e uma balança, construo os meus argumentos numa breve incursão *subtextual* pelas negações daquele tríptico: a tirania, o *imundo*, a idiotia moral.

^{*}1 Médico (apos.)
Centro de Filosofia
da Universidade de Lisboa



LIBERDADE, HARMONIA, ÉTICA. DO EQUADOR DE TLÖN – DITOS, AFORISMOS E CONTRADIÇÕES¹

1. Liberdade individual e responsabilidade

Permito-me voltar a uma página de Os Thibault de R.M. du Gard.² É o solilóquio do Dr. Antoine Thibault, após um acto de piedosa eutanásia (ou talvez - a diferença é enorme, mas o contexto não é claro -, de sedação terminal): “Sim. Não é lá grande coisa, é claro. Mas, quando procuro em mim, essa necessidade de clarividência é, apesar de tudo, um dos únicos pontos fixos que encontro... É bem possível que tenha feito disso, sem querer, uma espécie de princípio moral para meu uso... Seria enunciado assim: Liberdade completa com a condição de ver claro... É bastante perigoso, em suma.”

Ver claro. Tal ponto fixo e princípio de evidência libertadora é a versão cognitiva do tímico e proléptico absoluto de Santo Agostinho: ama e faz o que quiseses. Este não é menos temível. Em questão um acto mental cujo conteúdo é a própria tomada de consciência e cujo fito é a tomada de decisão: autenticidade e discernimento.

Ou seja, ter ou não ter carácter. Há uma doença nacional do carácter – o efeito incaracterístico (A. Bracinha Vieira) da repressão (recordo os “tiques” despóticos, os diminutivos, os talvez, os nim, os mais-ou-menos, a meia verdade, as meias-tintas, os como-se, os faz-de-conta, o semi-novo, o semi-morto, o “desenrasca”, o veto de gaveta...) -, da arrogância e irresolução do Édipo (e da “Édipa”) em muitos adultos, sintomas transversais da castração, muito para aquém da opressão, da inveja, da não-inscrição, do “medo de existir” (José Gil) e da denegação.³

Seguindo as lições de Fernando Gil, tenho estudado a alegria na rigidez da ciência e a “mutação de evidência em lei”. Conservo o método,⁴ mas, solicitado – e estou grato à Organização por participar nesta homenagem ao Zé Barata - deslocarei a problemática para o campo moral e o fenómeno

da “repugnância natural pelo sentimento do falso” (outra herança de F. Gil).⁵ O bispo de Hipona não diz ama-te!: não fala da necessária auto-estima, nem pensa no amor-próprio, não se refere à intensidade ou à clivagem da cenestesia narcísica.⁶ Reciprocamente, também não era, claro está, ao envolvimento, à hamartia, à insolência ou hubris a que convidava um célebre dito hipocrático: “E se surgir a ocasião de prestar cuidados a um estrangeiro (xeinos) pobre, não deixai de o fazer. Pois onde há amor do Homem, há amor da Arte!”⁷ Era, singularmente, uma chamada à atenção ao Outro, incluindo, segundo os helenistas, o respeito e escuta da mulher na praxis médica, designadamente ginecológica e obstétrica.

Mais: sabemos que os estados de carácter elevados, completos e maduros são difíceis e instáveis, a ambivalência e duplicidade é a regra e a patologia biopsicossocial é frequente e prevalente – basta lembrar as sevícias sobre idosos, mulheres e crianças (apesar de frequentemente intrafamiliares, creio que de origem cultural, social e familiar mais do que de etiologia genética e desenvolvimental). Nós, não apenas destruimos em poucos decénios as instituições quase todas (com algum exagero e severidade judicativa, diríamos que restam Fátima ou a Igreja católica, Futebol e Fado), criamos poucas Organizações e instituições nacionais novas (cito as ligadas aos partidos políticos, às desigualdades sociais, à democratização do ensino, às estruturas de ciência e investigação, à saúde pública e medicina), como estamos a deixar envilecer e asfixiar as *comunidades naturais* que sobraram – é uma situação colectiva trágica, abúlica, agónica. Um quadro psicossocial que se exprime e se traduz nos “*graus mais altos da inibição, especialmente o estupor depressivo, [os quais] representam uma morte simbólica*”, incorporando e estrebuchando, nas “*formas mais graves da mania [...], um frenesi da liberdade*” (perdoem-me o trato a um texto célebre de 1911 de Karl Abraham⁸). Mostra-o a excepionalidade de ver e ouvir concidadãos, efectivamente livres, no Parlamento, mesmo nas disputas eleitorais, nos media (exemplo raro: os

¹ “Repensar a Psicossomática. Uma homenagem a José António Barata”, V Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, FPUL, 1-2 de Março de 2019 (Conferência de encerramento subordinada ao tópico prescrito *Liberdade, Harmonia e Ética*).

² Citado e muito discutido em Marques (2018): 99 (um nº especial dedicado a Filosofia e Medicina, “Sobre a Dor e o Sofrimento”).

³ Acerca destes conceitos, dos escotomas culturais de género e dos movimentos de vida e de morte ver a intriga ctónica das benevolentes em Maria Isabel Barreno ((1979): 65: Édipa (sic), 212: magia fálica, 326: equivalentes fálicos) e André Green (2013): 210 passim. O anonimato, a violência institucional (de género, etc.), a perda da vergonha e da dignidade estão bem mais próximos da recusa da maturidade, do narcisismo intelectual, da forclusão do nome (do pai e da mãe), do “delíquio moral” (direitos sem deveres, hoje mais visível na falsa Esquerda, um *animus novandi* absolutamente equivalente ao de deveres sem direitos, da Direita; afinal ambos requerem poder, isto é, capacitação). Os exemplos infames na nossa história recente do

modo incaracterístico do ser individual e do estar colectivo, são o apoucamento dos crimes de pedofilia na Casa Pia, dos casos sórdidos de Sócrates & Cia e das fraudes dos grandes capitalistas e seus banqueiros.

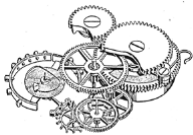
⁴ Marques, 2016.

⁵ Veja-se a previdência de G. Orwell (1984: 217) acerca do “duplispensar” (sic): “O intelectual do Partido sabe em que direcção as suas recordações devem ser alteradas. (...) O processo deve ser consciente ou não seria realizado com precisão suficiente, mas também deve ser inconsciente, sob pena de provocar uma sensação de falsidade”.

⁶ Sobre este ponto, na perspectiva ortodoxa, vd B. Grunberger (1975): 21, 37n, 208, 293.

⁷ Dos limites e contenção do poder médico e/ou psiquiátrico, e respectivas boas práticas, em Gutheil, Brodsky (2008).

⁸ Abraham (1911) “Nota sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maniaco-depressiva e estados afins” in Teoria Psicanalítica da Libido (1970). (dir. trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro, Imago: 32-50 (pp. 42, 46).



protagonistas do “Governo Sombra” e da “Quadratura do Círculo”), na própria Academia. (Daqui também os lamentáveis e vergonhosos índices de abstenção, que, evidentemente, convêm a alguns sectores – para quando contar com as abstenções e votos nulos?) Parece que os ditos e contraditos, as contradições e os contraditórios nos – a nós portugueses – aborrecem, assustam, atemorizam! (Daqui a mania dos consensos em ética!) Porquê? Há meio-século responder-se-ia sem hesitações: a Inquisição, a Contrarreforma, o analfabetismo, a “PIDE”! Mas hoje? Vamos com duas gerações maioritárias que usufruem permanentemente das mais amplas liberdades! Como se perderam e onde ficaram o amor às ideias e ao estudo, o gosto do debate e das controvérsias (políticas, ideológicas, filosóficas, morais, etc.)?

Este o horizonte que o tríptico que os organizadores me propuseram – Liberdade, Harmonia e Ética – solicita. Ajusta-se e é, em si, evidentemente, uma homenagem ao José Barata e uma evocação das suas opções de vida. Para mim é, reitero, uma honra e uma responsabilidade proferir esta conferência.

O lugar seminal da ética, pode argumentar-se, é a relação Eu-Tu; idealmente trata-se de um encontro ou entre-expressão de sujeitos (morais) em afrontamento (e conciliação) na plenitude do uso de liberdade, consciência e responsabilidade. Sabemos que a experiência moral é tanto sobreveniente do gesto assimétrico do samaritano para com o estrangeiro aflito, como da demanda da acribia no acto de cura ou alívio da doença pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a). Na pegada de Leibniz e Kant, Fernando Gil em “Operadores de Comunidade”, e Maria Filomena Molder, em “O Coração Pensante e a Faculdade de Julgar”, lembram o mandamento primeiro da ética prática – pensar colocando-se no lugar de qualquer outro ser humano –, e incitam-nos a obedecer às duas máximas do senso comum: pensar por si próprio e pensar de acordo consigo próprio.⁹ Em conformidade ao falar, neste contexto, de ética (ou moral), adopto a conhecida definição de Paul Ricoeur: “busca da vida boa, com e para os outros, numa sociedade justa”. Uma condição necessária do acto moral é, portanto, o zelo pela alteridade de outrem: mas como, nesta

terra do narcisismo de morte e espectáculo, nesta pobre e podre polis condenada à injustiça e à iniquidade?¹⁰

A nós profissionais, cidadãos, pais, avós... pergunto: como integrar, assimilar, prevenir ou corrigir as formas falhadas presença humana (Biswanger), como sublimar e resistir à presunção e à distorção e – caso dos poderes estabelecidos que as manejam e administram em doses maciças, mortíferas e até suicidárias –, como os combater e resistir aos rituais e maneirismos que os sustentam e nos manipulam e oprimem? Em Medicina e nas disciplinas Psi a resposta parece fácil: profissionalmente assegurados – (i) a autenticidade, a competência, a confiança (ii) o *kairós* na navegação do momento presente e (iii) o “mundo [visto] num grão de areia”¹¹ –, bastará o “corpo-a-corpo” da e na aliança terapêutica. Desde que estejam garantidas certas condições e *praedicamenta*, entre elas: clima (*setting*) adequado, distância íntima, *insight*, empatia, contacto e diálogo, palavra certa e amiga, a dialéctica do todo e da parte¹² e a noção de que o superior não se reduz ao inferior, enfim, a abertura leibniziana da implicação do infinito no finito. Noutros termos: o respeito das identidades, das escalas e das regiões ontológicas. Tal aplicar-se-á, primariamente porventura, à psicopatologia psicossomática e aos males de expressão no sentido de Eugen Minkowski.¹³ O segredo do acesso às respectivas esferas hermenêuticas é, creio, a inteligibilidade expressiva, ou seja, a entre-expressão. Outros, não menos relevantes, são a crítica científica e a metabolização e/ou a evacuação da *vanitas*.¹⁴

Voltemos à “liberdade completa” do Dr. Thibault; façoo muito sucintamente. Seja a ordem elementar – e fundacional? – das liberdades, há muito determinada (convencional e/ou contratualmente?) como a tomada de consciência das necessidades: são as obrigações universais dos Direitos Humanos. A determinação das necessidades vitais individuais (e colectivas) é também – essencialmente? – matéria médica. Os profissionais de saúde devem conhecê-las e trabalhar pela sua satisfação. Abreviando longa argumentação, no plano político – em saúde pública, familiar e individual – acredito na validade genérica dos lemas das Revoluções de 1848: “A cada um segundo as suas necessidades”; “De cada um segundo as suas possibilidades”.

⁹ Vide discussão e aplicação em Marques, 2018, cit.

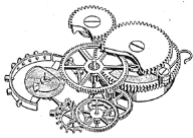
¹⁰ Continuamos – quase 50 anos após 1974 –, a padecer os males, atrasos e insuficiências de uma justiça de classe que parece feita para recompensar os grandes criminosos (os crimes de colarinho branco) e punir os pequenos e... as respectivas pobres e desprotegidas vítimas.

¹¹ “As a world in a grain of sand” - Stern (2004): 240.

¹² Tão bem enunciada por Abraham (1924), cit.: 157.

¹³ Psicopatologia que se exhibe, repete e intensifica diariamente nos media, nos maneirismos trampolinos dos “grandes” deste mundo – da orbe e da urbe –, gente em quem quaisquer apelos da humanidade ferida, quaisquer resquícios de serena humildade, parecem completamente abolidos...

¹⁴ A actual ânsia dos poderosos – fora do bom cumprimento de deveres e promessas – se tornarem amados por pessoas anónimas e populares para multidões (dando com uma mão e tirando com a outra na “produção” mediática) é sinal de narcisismo e análise, senão de forclusão edipiana (sobre isto e a equação anal=social, ou seja, excremento=\$, ver, entre muita literatura, Grunberger, cit., pp. 191, 314s). Estas equações corresponderão, nas áreas da cidadania, da função pública e da ética republicana, à dicotomia servir/servir-se, tão incompreensivelmente misturada entre nós, (i) pelo ambiente de “familismo”, desigualdade e nepotismo, (ii) pela incapacidade de inúmeras famílias conseguirem uma vida digna e um futuro de esperança e, (iii) mais perversamente, pela potenciação entre obediência (mormente partidária) e incompletude narcísica (Grunberger, cit., p. 253).



Antigas e nobres palavras de ordem, como se sabe, pela qual muitos abnegadamente deram a vida.¹⁵ Foi adoptada por Saint-Simon, pelos anarquistas e aclamada por Marx (entre muitos outros). Penso, desde a minha entrada em Medicina e ainda hoje, que deveria reger os Sistemas de Saúde nacionais. Tal aplica-se em especial ao nosso Serviço Nacional de Saúde, e, em geral, às políticas públicas de igualdade social, justiça distributiva e equidade. Mas... para abreviar um longo discurso, considero que as desgraças totalitárias simétricas do século passado, os genocídios, as cleptocracias deste, a *Realpolitik*, o retorno dos fanatismos e as fraquezas e venalidades humanas fazem com que, hoje, muitos de nós estejamos profundamente desiludidos com as chamadas esquerdas.¹⁶ Eu, confesso, voltei ao ideal libertário, que foi o do meu irmão mais velho e colega, falecido na Guerra de África e, se me pedirem para o explicitar e fundamentar, remeto para as teses inovadoras e coerentes do sociólogo e democrata anti-fascista, João Freire.¹⁷

2. Harmonia (entre os hemisférios)

Em Tlön o “mundo (...) é uma série heterogénea de actos independentes. É sucessivo e temporal, não espacial. Não há substantivos [nem objectos] na conjectural Tlön (...) há verbos impessoais [...isto...] no hemisfério austral (...)/ Nos [ídiomas] do hemisfério boreal [...] a célula primordial não é o verbo, mas o adjectivo monossilábico. Não se diz lua: diz-se aéreo-claro sobre escuro-redondo ou celeste alaranjado-ténue ou qualquer outra combinação (...). Na literatura deste hemisfério (tal como no mundo subsistente de Meinong) abundam os objectos ideais, convocados ou dissolvidos, conforme as necessidades poéticas. Determina-os às vezes a mera simultaneidade: Há objectos compostos de dois termos, um de carácter visual outro auditivo: a cor do nascente e o remoto grito de uma ave. Há-os de muitos termos: o sol e a água contra o peito do nadador, o vago rosa trémulo que se vê com os olhos fechados, a sensação de quem se deixa levar por um rio e também por um sonho. (...)”¹⁸

No equador de Tlön, joga-se a harmonia entre os hemisférios Norte e Sul. E talvez outros hemisférios mais fibrosos bem conhecemos. Harmonia, segundo o *Dicionário de Termos Filosóficos Gregos* de Peters, é originariamente, equilíbrio de opostos. Aqui não me refiro nem à harmonia matemático-musical de Pitágoras, nem à harmonia das

esferas, nem à entre macro e o microcosmo, nem ao *logos* de Heráclito, nem sequer ao *nomos* ou harmonia com a natureza da ética estoica. É mais a perspectiva médica: a isonomia “fisiológica” da saúde segundo Alcmaeon, as polaridades do humoralismo e seus sucessores, incluindo Cl.-Bernard e Cannon: a homeostase.

Jorge Luís Borges estabelece em Tlön uma portentosa alegoria: não existem objectos nem substantivos, apenas actos nus, soltos, não encadeados, nem integrados, nem gestos, nem frases, nem “inteligência” operacional ou instrumental, nem programas hierárquicos de acção, etc.; insubstante tal mundo, agramatical, contém porventura germes de sistemas de adjectivos (estátua apalpadora a Norte) e de conjugação de verbos (teatro do absurdo a Sul). Se me é permitido especular, magnifico o estatuto ontológico dos seus entes para o das “alminhas” de um qualquer purgatório dantesco dotadas de atitudes pré-posicionais, ante-predicativas – virtualmente proposicionais; se dermos um salto evolutivo em direcção da hominização teremos um grupo de homínidos *patiens* a norte e outro *agens* ou *faciens* a sul, reclamando trocas e dons (*vide* Quadro: *Especulações sobre os mundos de Tlön*):

Especulações sobre os Mundos de Tlön		
	Norte	Sul
Actos predicativos	Adjectivação monossilábica	Verbalização (predicação verbal)
Conteúdos	Ideias, idealidades Semiologia: grau zero	Impressões (abstractas?) Dramática do absurdo
Modelos hipotéticos	(Condillac) vibratos emocionais tangíveis	(Ryle) atomismo ‘lógico’ + operações modulares
Estados mentais	Apenas actos independentes. Insubstante: ausência de objectos e substantivos	
“Hominização”	H. <i>Patiens</i>	H. <i>Faciens</i>

Genericamente, como se passa de um *caleidoscópio tangível* e vibrante como o de uma Helen Keller, ao conhecimento háptico e depois multissensorial do mundo – seus processos, objectos, variações, cenas, paisagens –, a um *status* de cognição discursiva, abstracta e comunitária, e a uma personalidade humana completa, perfeita? Sugiro que é comunicando, conversando, dialogando entre os *hemisférios*.

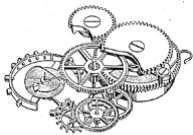
¹⁵ Prenunciado em Actos dos Apóstolos, 4: 32–35: 32 (compare-se com Mateus, 25:15).

¹⁶ Não é demais recordar Simone Weil, militante, filósofa, operária e pensadora do trabalho e do proletariado, autora de *Opressão e Liberdade* e *A Condição Operária*, obras que formaram muitos católicos de esquerda da minha (nossa) geração: “(...) on ne peut imaginer rien de plus horrible que les régimes ‘totalitaires’. Ces régimes asservissent et dégradent l’humanité en tout homme

sans exception, y compris le chef suprême; ils rendent impossible non seulement la volonté générale, mais encore l’exercice d’une volonté particulière.” (Weil, in Chenavrier (2001): 387).

¹⁷ Freire (2018).

¹⁸ Borges (1944), in *Obras*, 1: 447-459 (pp. 451, 452); Vázquez (1985).



Inventando, para tal, se os não houver, organismos, corpos, por uma razão simples: eu apenas “*exprimo* claramente o que tem relação com o meu corpo”, como disse Leibniz em carta a Arnauld (de Abril 1687) e desenvolveu largamente em *Monadologia*:

63. *O corpo que pertence a uma Mônada, que é a sua Entelêquia ou Alma, constitui com a Entelêquia o que se pode chamar um vivo e com a Alma o que se chama um Animal. Ora, este corpo de um vivo ou de um Animal é sempre orgânico; pois sendo toda a Mônada um espelho do universo ao seu modo, e estando o universo regulado por uma ordem perfeita, é preciso que haja também uma ordem no representante, quer dizer, nas percepções da alma e, por conseguinte, no corpo segundo o qual o universo aí está representado.*”

Compare-se com o §403 dos *Ensaio de Teodiceia*: “A operação dos autómatos espirituais, isto é, das almas, não é mecânica; mas ela contém eminentemente o que há de belo na mecânica (...)”.¹⁹

Julgo que um aforismo de E. Strauss pode reflectir emblematicamente o trabalho imaginário das impressões da passagem, mais ou menos turbulenta, norte-sul: “*Le sentir est au connaître ce que le cri est au mot*”.²⁰ Conjecturo que no hemisfério norte existe um pluri-verso composto principalmente pelos (órgãos dos) sentidos e sensações em geral e, produtor, em especial, de conhecimentos hápticos e álgicos (vibratos emocionais da estátua de Condillac em estádio pré-reflexivo *touchant-touché*); os seres palpáveis aderem imediatamente à pele, dificilmente feitos objectos independentes do organismo que deles se “alimenta” sensitivamente ou que deles se serve como instrumentos, extensões e caminhos no e do corpo. Não dispondo de verbos, não está feito para o saber-fazer, o fazer e o agir. A natureza criadora será separada, oposta: a norte anabólica, a sul catabólica... E, por cruzamentos e hibridações, nas margens equatoriais, será uma Natureza diabólica: do génio maligno de Descartes ao demónio de Maxwell, afinal loto e *croupier*. Assim a Norte, dando asas largas à imaginação, ouvem-se e sobrepõem-se “gritos” atômicos “Ahas” e “Ais” e

suas variações; a Sul expressões protistas do “Se” (Fr.: *On*, Ger.: *Man*), do *Aqui*, do *Ali*, o si, os pequenos-eu, absurdos, sem nexos nem sentido.

Permito-me duas extrapolações clínicas (também um tanto “selvagens”):

- (i) Do organicismo. Ao mesmo tempo que Husserl salientava a importância para a constituição, do corpo, da Ipseidade (*Si*) e das sensibilidades cinestésica e somestésica, descrevia o papel fenoménico do *Se*, do *Aqui*, do *Ali*, e investigava os círculos virtuosos do *Eu posso*.²¹ Strauss (1935) criticava o *organicismo* puro em nome do *Umwelt*, da homeostasia social e da significação.²²
- (ii) Do sujeito e da intersubjectividade. Antes da comunicação não-verbal, do *eye-contact*, da emergência da empatia, deve existir relação, ligação, *reconhecimento*, intersubjectividade, participação não fusional, recíproco sentimento de pertença, ou seja, de humanidade. E um distal, ulterior apelo a princípios como a caridade dialógica davidsoniana e o da epifania, de Katz (“todo o pensável, é dizível em qualquer língua natural”). Fica assim estabelecido um nexo lógico e ontológico entre o tacto, tocar o intangível (sigo a visão, não o argumentário, de Jean-Luc Nancy²³) e o *contacto*.

Como determinar, voltando a Tlön, o regime cognitivo adequado ao sensível? Qual ou quais as mediações? – A *mediação do Quê? (What?)* noemático – o noema Terra, paisagem, território, casa, corpo e as suas qualidades subjectivas sensíveis (verdadeiras, das coisas mesmas)? – A *mediação do Que (That)*, noético e das emoções epistémicas dos verbos e dos enunciados psicológicos, reportados de modo enigmático ao *em-si* por mecanismos ou dispositivos (computacionais?) pré-objectais de preenchimento, pré-adaptados?²⁴

Em resumo. A teoria dos mundos possíveis leibnizianos é adequada a Tlön, desde que suspendamos o juízo face à desinerência a si da mônada,²⁵ à auto-referência.

¹⁹ Tópicos desenvolvidos em Marques, Bacelar-Nicolau (2018).

²⁰ Erwin Strauss (1935): 503; acerca dos gritos das erínias e das “deéas”, Barreno, cit.: 83 passim.

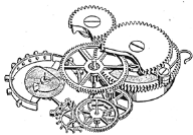
²¹ Merleau-Ponty (1948); compare Grundberger, cit.: 25n - o fazer, o automatismo de repetição e o desconhecimento da morte pelo inconsciente.

²² Strauss, cit., p. 327.

²³ Nancy (2000): 127: “Le corps est l’expérience de toucher indéfiniment à l’*intouchable*, mais au sens ou l’*intouchable*, n’est rien qui soit derrière, ni un intérieur ou un dedans, ni une masse, ni un Dieu. L’*intouchable* c’est ce que ça touche. (...Ce...) que touche, ce par quoi on est touché, c’est de l’ordre de l’émotion.”; e na p. 126: “Un corps c’est donc une tension. Et l’origine grec du mot etc ‘tonus’, le ton. Un corps est un ton.” - não estamos muito longe dos iatromecanistas. Marques, Cabral (2018).

²⁴ Malherbe (1991): 114, 130.

²⁵ Uma breve e esclarecida discussão do tópico consta na Introdução de Adelino Cardoso à sua excelente tradução da *Monadologia*: 21). Suscita acentuadas restrições à analogia ou aplicação do conceito de mônada ao gene, à célula, ao meme e às noções de determinação, progressão e diferenciação (*différance*): “A verdadeira unidade pertence a um estrato mais arcaico do que o ser individual: ela é o requisito de todo o ser real, o elemento primordial ou o princípio de composição de alguma coisa. Longe de ser uma entidade auto-referencial, a mônada define-se por relação ao composto, do qual é naturalmente representativa”. Em questão a individuação, a dualidade simples/composto, a ausência de portas e janelas, a autopoiese e o fecho das mônadas e, porventura, a meta-operação iterativa da linguagem COMPÔR (seminal na gramática chomskiana e respectivas idealidades e materialidades a montante e jusante) – o que e como serão, se a desinerência a si impossibilita processos monádicos de auto-organização, auto-referência e auto-afecção?



à ontologia monadológica²⁶ e aceitemos as heurísticas da complexidade organizada, a auto-organização, a “lei biogenética” fundamental: a ontogenia repete a filogenia. Um contraditório viria de um discípulo de Husserl insuspeito de empirismo, Strauss, na esteira “do sentido dos sentidos”: “(...) *l'expérience corporellement sensorielle est le continu d'ou precede toute expérience vécue et vers laquelle retourne. Dans cette mesure le sensualisme a raison*”.²⁷ Em alternativa, no lugar das sensações externas, viria um processo insensível, por exemplo, as sensações internas, o tacto íntimo (*inner touch*²⁸), o Se, o Si, ou o sentimento de si (o simétrico do sentimento de existência?). Não seremos (teremos) corpos impúdicos em antecipação da perda, do luto por si, palpando às cegas “(...) *l'intangible et l'intouchable, la différance du tact. On peut aussi l'appeler pudeur*”,²⁹ sendo este uma espécie de beleza moral, uma estética que se procura entre a oralidade e a anialidade. Sentimento que cresce – *nihil novi* – com a ansiedade e a depressão, relacionadas entre si como o medo e o pesar.³⁰

Concluo esta parte. Como a póstuma *Monadologia*, de Leibniz, a ficção *Tlön, Uqbar, Orbis Tertius*, de Borges é boa para pensar. Erwin Strauss foi crítico informado, como se sabe, do *organicismo reducionista* e do *behaviorismo*, e relevou, com Aristóteles, a singular propensão para o movimento *espontâneo* de todas as formas de vida animal. Logo, o (Se) sentir (*épreuve, feeling, Empfinden*³¹) está intimamente ligado à tablatura (ou programação) dos actos motivicos de aproximação-evitamento³² e orientado para a entre-expressão, o uso e tono da representação, a empatia³³ e a mentalidade (*mindfulness* e *mentalização*).

3. A ética e a sedução libertária

As fronteiras entre real e virtual, necessário e contingente, inteligível e ininteligível, natural e antinatural, liberdade e necessidade, belo e feio, mundo e imundo, bem e mal, sólido e líquido, vida e morte – foram profundamente revolvidas e dissolvidas nos últimos decénios.³⁴ Nós, os mais velhos, testemunhámo-lo. Assim, muitos epistemas, várias cristalizações conceptuais, foram contestadas e renegadas, incluindo, desde logo, a autoridade de primeira pessoa, o acesso privilegiado à corrente da consciência e o uso dos verbos psicológicos.³⁵ Nega-se a objectividade do objecto

quântico e o determinismo estrito dos sistemas caóticos; as mais elementares formas de vida e o estado de morte biológica só se sabem determinar ou definir por critérios provisórios e convenções (lembro os comas, a teoria assintótica do morrer e a captura pelo Estado dos corpos humanos na sua política de transplantação de órgãos). Estamos em pleno *doublethink* como linguagem dos partidos únicos, messiânicos, totalitários – sucedâneos da Santa Inquisição: hoje em mais geografias, noutras culturas e múltiplas línguas.

Para reconhecer as negações e falsificações da liberdade cabe ler Orwell, está lá tudo: por exemplo, no seu 1984: “Por volta de 2050, ou talvez mais cedo, todo o verdadeiro conhecimento da Anticlíngua terá desaparecido (...) Até o Partido mudará. Mudarão as palavras de ordem. Como será possível dizer ‘liberdade é escravidão’ se for abolido o conceito de liberdade? Todo o mecanismo de pensamento será diferente. Com efeito, não haverá pensamento como hoje o entendemos. Ortodoxia quer dizer não pensar. Ortodoxia é inconsciência.”³⁶ É o acasalamento imbecil e obsceno – mas vulgar – da moral da autoridade com a moral da obediência. F. Gil escreveu um magnífico e desassombrado artigo e sobre as suas diferenças – e contradições antagónicas – com a moral da liberdade. Eu, aqui, proponho um quadro comparativo de três regimes ou Três Modos de Acontecimento: Teatral, Judicial e Médico-cirúrgico.³⁷ Utilizo este artifício para contrastar três modelos de ensinamentos ou lições morais, três regimes de moralidade ou de metanarrativas moralistas, heurísticas válidas nos seus respectivos campos (a que mais se aproxima com os problemas – e não dilemas – da Ética, tal como a defini seguindo Ricoeur, é Medicina & Psísis, claro) (*vide Quadro seguinte*):

²⁶ Sem comprometimento acerca de pontos tão decisivos como o preformismo, a harmonia pré-estabelecida, o paralelismo matéria-espírito, a entre-expressão, a gramática das micropercepções

²⁷ Strauss, lb.: 449.

²⁸ Heller-Rosen (2009).

²⁹ Evocando atrás palavras Jacques Derrida a Jean-Luc Nancy: Derrida (2000): 334.

³⁰ Abraham, cit.: 32.

³¹ lb., p. 43, 337 (para as definições dos termos).

³² Elaborado em Marques, Bacelar-Nicolau (2018).

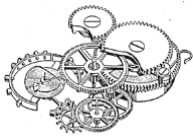
³³ Abraham, lb., p. 329.

³⁴ Acerca da polaridade sólido/líquido e sua simbólica ver Grunberger, cit.: 173 (o bolo fecal, etc.). Para uma reflexão mais compreensiva e recente sobre o narcisismo Green (2013).

³⁵ Ryle (1948): 167.

³⁶ Orwell, cit.: 58-9.

³⁷ Título de uma jornada na Biblioteca Nacional de Portugal, organizada pelos filósofos Jorge Rivera e Bruno Barreiros em 24 Out. 2018.



3 Regimes de narrativa moral e 3 Modos de acontecimento: Teatral, Judicial e Médico-cirúrgico (tentativa de análise comparativa)			
	Teatro	Direito	Medicina & Psis
Regime Moral	Obediência	Autoridade	Liberdade
Moto	"Finge que finges"	Direitos humanos... / Imputabilidade?	De que te queixas? <i>Dic cur hic!</i> =diz porque fazes!
Ícone	Máscara	Balança (Thémis)	Caduceu (Esculápio)
Ethos	Hamartia; Krisis	Justiça? Autoridade legal e procedimental	<i>Oligokairós</i> (Hipócrates: 1º Aforismo...)
Harmonia	Abolida, suspensa...	<i>Tertium datur</i> Harmonia Pré-estabel.	Reparação (<i>natura medicatrix</i>)
Desarmonia	I-mundo; idiotia moral; absurdo; ...	Tiranía; totalitarismo	(Intempérie humoral) <i>Inexpressão</i> . Desintegração
Efeito(s)	Catarse trágica; fungível;...	Punição; infungível; irreversível	Cura, cuidados, etc. "Crescimento"
Materialidade	Simulacro; mimica	Códigos: civil, penal...	Palavra; Ciência; Técnica...
Poder- fontes	Entusiasmo - Dionísio	Poder soberano	"Biopoder" - Apolo

A minha intenção, notar-se-á, foi explorar, aprofundar uma perspectiva que podemos justamente apelidar "Humanidades Médicas" e frequentar os grandes filósofos modernos, os clássicos da Antiguidade, confrontando aspectos das suas interrogações, doutrinas e sistemas. Não é possível evocar o poder e as fontes do poder sem mencionar a violência originária da Religião e da Medicina, nem a esquecer a constatação amarga de Orwell de que o poder consiste em infligir dor e humilhação.³⁸ Foi Leibniz, o polímata de Hanôver, que abriu muitos dos caminhos que hoje trilhamos nas ciências e na filosofia da vida e da mente, incluindo, as noções de dinâmica, organismo, inconsciente, computação, infinitesimal, cálculo binário, análise combinatorial, harmonia monadológica e implicação do infinito no finito..., até à insistência em duas injunções morais elementares, racionalistas e emancipadoras: (i) "diz porque fazes!" – em latim "*dic cur hic!*" – e, (ii) mais vulgar, "põe-te no lugar do outro!"

Em resumo. Com a ajuda de três ícones, a máscara, a balança e o caduceu, construí os meus argumentos nesta necessariamente breve e pessoal incursão subtextual por três metáforas da razão prática e pelas três negações: o *imundo*, a tirania, a ininteligibilidade ou desarmonia. Dizia-me recentemente um amigo e excelente cirurgião³⁹ que "a Medicina é a única disciplina científica em que o não-saber tem de prevalecer sobre o saber": tal deve-se à elevada probabilidade de errar, aos perigos dos dogmas, à rápida caducidade de sistemas e teorias, à infungibilidade dos mitos! Nós médicos, nós terapeutas, sabemos que não sabemos, que

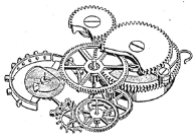
jamais podemos parar de estudar, e, mesmo assim, expomos – em cada caso, cada doente, cada decisão – com cepticismo e esperança, mas sem certezas e muitas vezes sem o repouso de corpo e espírito fisiologicamente indispensáveis. Daqui a importância dos bons hábitos de reflexão, estudo e pesquisa científica e os imperativos da deontologia: decoro, *gravitas*, respeito, submissão ao escrutínio dos pares e do público (*accountability*)!

Finalmente, para melhor situar este discurso na actualidade médico-política: Temos uma inegável responsabilidade social e uma tradição de não maleficência e beneficência que sindicatos e ordens parecem cometidos em desbaratar. Quem viu alguma vez determinados e discutidos – pelos responsáveis, por comissões de qualidade e comissões de ética hospitalares – os serviços mínimos em cada especialidade, cada serviço, etc.?; alguém já avaliou as consequências concretas directas e indirectas, das greves em Saúde, sobre os pacientes e utentes do SNS? Não são violados (por omissão) o princípio hipocrático *primum non nocere* e o dever de civilidade e legal do socorro a pessoa em perigo? Não se incorre na figura de flagrante e deliberada negação do direito constitucional à saúde (ao acesso à saúde) e à assistência na doença? Em oncologia – em hemat-oncologia, a minha especialidade – sempre se pensou que algumas "formas de luta" são ilegítimas e imorais (mesmo se justificadas e legais). Não sei se José Barata subscreveria, na generalidade, estas posições e estes inuendos. Não estão em causa os direitos laborais, designadamente à greve, inclusive em Saúde, mas o *modus faciendi*. Muitos pensamos a este respeito, com efeito, que o primarismo, a miopia, a cupidez, a alienação, a alexitimia, enfim, o narcisismo de morte, abastardaram as narrativas da experiência, da identidade, da "verticalidade", da honestidade, da exigência ética e da beleza moral – e feriram e ferem diária e gravemente, no espaço público, no Estado, mormente no campo da Saúde, a humanidade do e no ser humano.⁴⁰

³⁸ Coisa que os torcionários de todos os tempos e lugares, de direita e de esquerda, leste e oeste, norte e sul, exploram. Para os fundamentalistas do capitalismo financeiro predador, do capitalismo totalitário de Estado e dos respectivos complexos militares, mas também para os fundamentalistas da luta de classes, do terror "religioso" e do alter-mundismo, cumpre generalizar e acentuar que o progresso nesses mundos "(...) será o progresso no sentido de maior dor. As velhas civilizações proclamavam-se fundadas no amor e na justiça. A nossa funda-se no ódio." (Orwell: 270).

³⁹ O Dr. Joshua Ruah (nas vésperas de uma intervenção).

⁴⁰ Cabe fazer a revisitação de Marx com espírito antidogmático e pós-materialista (*sic*, Vintila Horia (1976): 110 e também p. 287, onde refere o trabalhador e p. 303 passim, referências a Orwell) e voltar às obras de Simone Weil. Igualmente, o estudo de Freud e da psicanálise – nomeadamente acerca da fase retentora do carácter, seria útil a alguns políticos, "CEOs" e dirigentes sindicais (carácter anal: estrabo simboliza *capital*, *capital* significa bolo fecal).



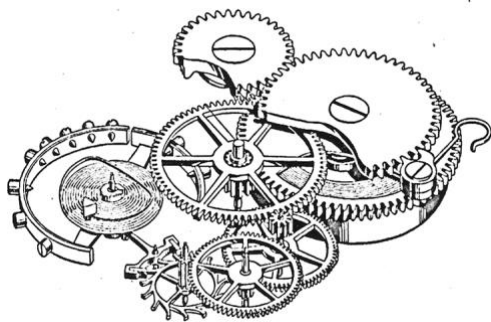
4. Conclusão

Nada disse, deliberadamente, acerca da atitude psicossomática: outros dela trataram melhora do que eu saberia. Considero-a essencial ao acto médico, à intervenção terapêutica. Pouco falei também do anonimato do organismo e do corpo e dos problemas do (se) sentir, da representação mental (nomeadamente a sua estrutura, tónus e uso), do *souci de soi*, do acesso ao sentimento de si, frutos e esteios da possibilidade do *contacto* com outrem. Tenho visto que as achegas empíricas, experimentais e teóricas da dor suportam a interessante tese leibniziana de que a percepção é modo participante e subordinado da expressão. A experiência da dor será, a vários títulos, um bom modelo da psicopatologia da expressão (à maneira de E. Minkowski) e dos “holismos” da percepção e do sentido. Estes, notemo-lo, inibem a propensão à metonímia e à reificação e sugerem (o retorno a) uma partição tri-axial *primária* de (algumas) patologias médicas: patologias da expressão (“psi”, medicina psicossomática), da integração (imune, endócrina) e da regulação (cardiovascular, etc.). Recupero e reavalizo desta maneira a *perspectiva* psicossomática.

Uma expressão francesa muito bonita, que eu li recentemente na introdução de Ernest Jones à obra de Karl Abraham, vai bem com o Zé Barata e o seu empenho na medicina psicossomática entre nós: ele foi na psiquiatria, verdadeiramente, “*un preux chevalier sans peur et sans reproche*”, um valente militante da Ciência e da Política sem receio e sem reprimenda.

Referências Bibliográficas:

- Abraham, Karl. *Teoria Psicanalítica da Libido*. (1970). (dir. trad. Jayme Salomão). Rio de Janeiro, Imago.
- Abraham, Karl. (1911) “Nota sobre a investigação e o tratamento psicanalítico da psicose maniaco-depressiva e estados afins” in *Teoria...*, pp. 32-50.
- Abraham, Karl. (1924) “Breve Estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais” in *Teoria...*, pp. 91-160.
- Barreno, Maria Isabel. *A morte da mãe*. Lisboa, Moraes, 1979.
- Borges, Jorge Luís (1944), “Tlön, Uqbar, Orbis Tertius”, in *Ficções. Jardim dos Caminhos que se bifurcam*, in *Obras* (1989/1998), vol. 1: 447-459 (trad. J. Colaço Barreiros) e (1969). Lisboa, Livros do Brasil, pp. 11-33.
- Cardoso, Adelino (2016). *Introdução a Monadologia*, Lisboa, Colibri.
- Chenavier, Robert (2001). *Simone Weil: Une Philosophie du Travail*, Paris, Cerf.
- Derrida, Jacques (2000). *Le toucher*. Jean-Luc Nancy, Paris, Galilée.
- Freire, João (2018). *Um Projecto Libertário Sereno e Racional*, Lisboa, Colibri.
- Green, André (2013). *Narcisisme de Mort*. Paris, Minuit.
- Gutheil, Th. G., Brodsky, A. (2008). *Preventing Boundary Violations in Clinical Practice*, New York, Guilford Press.
- Heller-Rosen, Daniel (2009). *The Inner Touch. Archaeology of a Sensation*. N. York, Zone Books.
- Horia, Vintila (1976). *Introdução à Literatura do Século XX, Ensaio de Epistemologia Literária* (1978). Lisboa, Arcádia.
- Leibniz, *Monadologia* (introd. e trad. Adelino Cardoso, 2016) Lisboa, Colibri.
- Malherbe, Michel (1991). *Trois Essais sur le Sensible*. Paris, Vrin.
- Marques, M. S. (2016), “O fogo frio e as Morfologias da Evidência: leituras de Fernando Gil”. *Cultura. Revista de História e Teoria das Ideias*, 35: 75-108.
- Marques, M. Silvério. “O Passo do abismo: o desviver, a agonia e a morte digna”. *Philosophica* (2018) 52: 99-113.
- Marques, M. Silvério, Bacelar-Nicolau, Helena (2018), “*Monadologia* § 28, as teorias do organismo e da causalidade na medicina setecentista”, *Livro de Homenagem a José Barata Moura*, org. CFUL, no prelo.
- Marques, M. Silvério, Cabral, Maria de Jesus, “O homem de vidro, o génio de Borges e a distorção da presença”. *Philosophica* (2019) (submetido).
- Merleau-Ponty, J. (1948). *Signes*, “O filósofo e a sua sombra” (in *Sinais* (1962), trad. F. Gil), Lisboa, Minotauro.
- Nancy, Jean-Luc (2000). *Corpus*, Paris, Métailié.
- Orwell, George (1949), 1984, (1985) (trad. Paulo Santa-Rita), Lisboa, Unibolso.
- Ryle, Gilbert (1948) *The Concept of Mind* (ed. utilizada, *O Conceito de Espírito* (1970), trad. Ma. Luísa Nunes, Lisboa, Moraes.
- Stern Daniel N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, New York, Norton.
- Strauss, Erwin (1935), *Du sens des sens* (trad. fr. 1989). Grenoble, Millon.
- Vázquez, Maria Esther (1985). *Eu Borges. Imagens, memórias, diálogos*. Lisboa, Labirinto.



VULNERABILIDADE À DOENÇA: UMA PERSPECTIVA PSICOSSOMÁTICA

VULNERABILITY TO THE DISEASE: A PSYCHOSOMATIC PERSPETIVE

José Antunes,^{*}

Resumo:

A Psicossomática é um campo amplo e interdisciplinar que se ocupa da interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais na regulação do equilíbrio entre saúde e doença. A investigação que fundamenta preconiza uma abordagem personalizada e holística do paciente e a integração de abordagens psicológicas na prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, bem como uma organização multidisciplinar dos cuidados de saúde, capaz de superar os limites artificiais das especialidades médicas. A vulnerabilidade à doença é um dos aspectos que tem merecido a atenção dos investigadores nesta área. Fez-se uma pesquisa na literatura biomédica dos trabalhos de revisão publicados sobre o assunto nos últimos dez anos. Os resultados encontrados mostram que condicionantes genéticas, imunológicas e ambientais, interagem de forma complexa com características de personalidade e do carácter dos indivíduos e com o ambiente social que os envolve condicionando essa mesma vulnerabilidade. Novos métodos e instrumentos de avaliação que suportem intervenções integradas e multidisciplinares são discutidos. As mudanças dos padrões de doença nos países desenvolvidos, com o aumento de doenças crónicas e a mudança nas expectativas dos que procuram cuidados de saúde, impõem uma nova prática que não se pode reduzir ao mero diagnóstico das doenças, entendidas como entidades estáticas e homogéneas.

Palavras-chave: psicossomática, vulnerabilidade psicossomática, instrumentos de avaliação, revisão

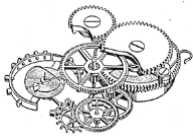
Abstract:

Psychosomatic is a broad and interdisciplinary field that deals with the interaction of biological, psychological and social factors in the regulation of the balance between health and disease. Its extensive research advocates a personalized and holistic approach of the patient and the integration of psychological approaches in the prevention, treatment and rehabilitation of diseases, as well as a multidisciplinary health care organization that can overcome the artificial limits of medical specialties. Vulnerability to the disease is one of the aspects that has received the attention of researchers in this area. We have done a research in the biomedical literature published on the subject in the last ten years. The results show that genetic, immunological and environmental factors interact in a complex way with personality and character traits and with social involvement, conditioning this vulnerability. New methods and evaluation tools that support integrated and multidisciplinary interventions have been proposed. Changes in disease patterns in developed countries, with an increase in chronic diseases and a change in the expectations of those seeking health care, impose a new practice that cannot be reduced to the mere diagnosis of diseases, understood as static and homogeneous entities.

Key-words: psychosomatic, psychosomatic vulnerability, evaluation tools, review.

^{*}1 Psicólogo Clínico
Centro de Respostas Integradas de
Lisboa Ocidental, Equipa de
Tratamento do Eixo Oeiras-Cascais.

Divisão de Intervenção em
Comportamentos Aditivos e
Dependências,
Administração Regional de Saúde de
Lisboa e Vale do Tejo, IP,
Lisboa, Portugal



Introdução

Diversos factores parecem modelar a vulnerabilidade à doença (Fava, Cosci, & Sonino, 2017). Geralmente, a relação entre um factor e uma doença é probabilístico, não determinístico e define-se como uma variável mensurável que deve preceder o resultado e estar associada a um maior risco de desenvolver esse mesmo resultado. O conhecimento destes factores é relevante em termos da prevenção primária, secundária e terciária (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009). A abordagem psicossomática é um campo amplo e interdisciplinar que se ocupa da interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais na regulação do equilíbrio entre saúde e doença fornecendo um quadro conceptual para a investigação científica dos factores psicossociais que afectam a vulnerabilidade individual à doença, o seu curso e resultados. A introdução de métodos estruturados de colheita de dados e a utilização de grupos de controlo nos estudos permitiu elucidar a ligação entre acontecimentos de vida e muitos problemas de saúde abrangendo os sistemas endócrino, cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, as doenças auto-imunes, cutâneas e até neoplásicas (Fava, Belaise, & Sonino, 2010).

A investigação psicossomática, nas últimas décadas, resultou num corpo impressionante de conhecimento, com contribuições relevantes publicadas nas principais revistas médicas e científicas como a *Psychosomatic Medicine*, *Psychosomatics*, *Psychotherapy and Psychosomatics* e o *Journal of Psychosomatic Research* e gerou uma série de subdisciplinas como a psico-oncologia, a psiconefrologia, a psiconeuroendocrinologia, a psiconeurogastroenterologia, a cardiologia comportamental, a psicoimunologia e a psicodermatologia, entre outras, que por sua vez, desenvolveram serviços clínicos, sociedades e revistas científicas (Fava et al., 2017).

As respostas agudas ao stress geralmente não impõem uma grande sobrecarga aos indivíduos devido à existência de mecanismos homeostáticos adaptativos eficazes. No entanto, a longo prazo a exposição crónica ao stress psicossocial pode provocar danos à saúde. Neurotransmissores, neuropeptídeos e hormonas, que medeiam mecanismos e circuitos neuronais responsáveis por sintomas neuropsicológicos e comportamentais são significativamente alterados pelo stress psicossocial (Satsangi & Brugnoli, 2017). Numerosos estudos clínicos demonstraram efeitos adversos dos estressores psicossociais e de acontecimentos estressantes de vida no bem-estar mental, com resultados negativos para a saúde (Meyer & Wirtz, 2017). A abordagem psicossomática propõe uma aproximação ao paciente, feita de forma personalizada e holística, acrescentando a avaliação psicossocial ao exame médico

tradicional e integrando terapias de índole psicológica na prevenção, tratamento e reabilitação de doenças médicas bem como uma organização multidisciplinar dos cuidados de saúde que supere os limites artificiais tradicionais das especialidades médicas (Fava et al., 2017).

Nas últimas décadas, os avanços da medicina forneceram a base para uma abordagem psicossomática. Um dos principais contributos para esse processo foi o reconhecimento das limitações do modelo biomédico e o aparecimento do modelo biopsicossocial da doença (Cosci, 2012). A alteração dos padrões de doença, a interacção complexa de factores biológicos e não biológicos, o envelhecimento da população, a variabilidade inter-individual e as prioridades de saúde tornaram o atendimento médico, centrado principalmente no diagnóstico e tratamento individual das doenças, na melhor das hipóteses desactualizado e na pior até prejudicial. O foco primário na doença, dadas as necessidades de saúde actuais dos pacientes, leva inadvertidamente ao subtratamento ou ao tratamento excessivo, susceptível de causar danos (Fava et al., 2010). Os avanços actuais da abordagem psicossomática têm implicações práticas na pesquisa e na prática médica, particularmente no que respeita ao papel dos estilos de vida, ao desafio dos sintomas medicamente inexplicáveis, às necessidades psicossociais na doença crónica, à procura de tratamentos que vão para além do reducionismo farmacológico e à função do paciente enquanto produtor de saúde. Trata-se de um campo cientificamente rigoroso, diversificado e mais relevante do que nunca do ponto de vista terapêutico (Fava & Offidani, 2010).

Método

Realizou-se uma pesquisa na *PubMed*, que é um mecanismo de busca para acesso gratuito à base de dados MEDLINE de citações e resumos da investigação biomédica, desenvolvida pela *National Library of Medicine* (NLM), utilizando os termos MeSH: “*psychosomatic vulnerability*” e seleccionando as revisões sistemáticas publicadas entre Outubro de 2008 e Outubro de 2018.

Para a estruturação desta análise aplicou-se o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) considerado como indispensável para elaborar uma revisão sistemática ou meta-análise (Liberati et al., 2009).



Os critérios de inclusão foram: serem artigos de revisão sobre vulnerabilidade psicossomática, estarem redigidos em língua inglesa e terem sido publicados nos últimos dez anos. Foram critérios de exclusão: artigos duplicados, artigos de opinião ou de reflexão, artigos baseados em casos clínicos e artigos discordantes com o objectivo da revisão.

Resultados

A pesquisa efectuada resultou na identificação de 22 artigos e na escolha de 19 que respeitavam todos os critérios de inclusão e de exclusão.

A Figura 1 representa o fluxograma da selecção dos estudos e a Tabela 1 apresenta os artigos, os autores e os assuntos relevantes para a revisão.

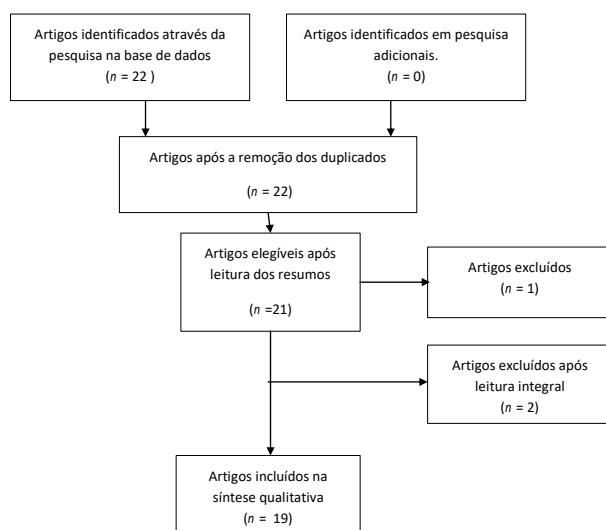


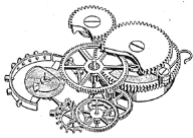
Figura 1. Fluxograma de selecção dos estudos, segundo as normas PRISMA

Título	Autores, Ano	Assunto
1. Relational Ethics and Psychosomatic Assessment.	Barbosa, 2012	Métodos de investigação da vulnerabilidade e deliberação ética
2. Influence of light exposure during early life on the age of onset of bipolar disorder.	Bauer et al., 2015	Exposição à luz solar nos primeiros meses de vida e vulnerabilidade.
3. Neuropsychiatric aid in children born to patients with rheumatic diseases.	Bomba et al., 2010	Avaliação e seguimento de crianças e famílias de doentes com Artrite Reumatóide.
4. Assessment of Personality in Psychosomatic Medicine: Current Concepts.	Cosci, 2012	Avaliação de Personalidade e vulnerabilidade.
5. Olfaction as a marker for depression in humans.	Croy et al., 2012	O olfacto como marcador de depressão.
6. Psychosomatic medicine.	Fava & Sonino, 2010	Uso do <i>The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research</i> (DCPR) e vulnerabilidade.
7. Psychosomatic Medicine is a Comprehensive Field, Not a Synonym for Consultation Liaison Psychiatry.	Fava, Belaise, & Sonino, 2010	Diferenças entre o DCPR e o <i>Manual of Mental Disorders</i> (DSM) na avaliação da vulnerabilidade.
8. Current Psychosomatic Practice.	Fava, Cosci, & Sonino, 2017	Discute e versão revista do <i>The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research</i> (DCPR).
9. Psychosomatic renewal of health care.	Fava & Offidani, 2010	O paciente como produtor de saúde.
10. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review.	Fliege et al., 2009	Trauma precoce e vulnerabilidade na auto-mutilação.
11. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings.	Grassi et al., 2015	Avaliação da vulnerabilidade em cuidados paliativos.
12. Genetic variation of the mineralocorticoid receptor gene (MR, NR3C2) is associated with a conceptual endophenotype of "CRF-hypoactivity".	Kumsta et al., 2018	Abordagem Endofenotípica e vulnerabilidade ao stress.
13. The Relationship Between Vulvovaginal Candidiasis and	Leusink et al., 2018	Sinais e sintomas físicos mal explicados.

Tabela 1. Assuntos dos artigos seleccionados na pesquisa

Discussão

Os artigos encontrados na pesquisa mostram variadas formas de perspetivar a vulnerabilidade à doença. Desde aspectos relacionados com a genética e as influências ambientais até a outros relacionados com a própria organização dos serviços de saúde ou de cuidados muito especializados, como são os paliativos. Questões como as de género, da personalidade, do trauma precoce, da vulnerabilidade por desregulação da imunidade, das respostas ao stress, de situações de doenças específicas ou com sinais e sintomas físicos mal explicados são equacionadas e discutidas. A avaliação dessa mesma vulnerabilidade, através de instrumentos específicos, aparece também analisada em detalhe em vários artigos.



Avaliação da vulnerabilidade

Na medicina clínica, há a tendência a confiar apenas em dados concretos de preferência expressos por números e medições laboratoriais excluindo outras informações como dificuldades e nível de bem-estar. No entanto esta informação pode agora ser avaliada de forma confiável por escalas de avaliação clínica e índices, que foram validados e utilizados na pesquisa e prática psicossomáticas (Fava & Sonino, 2010).

Cosci (2011) refere o interesse clínico crescente pelo papel dos factores de personalidade enquanto factores de vulnerabilidade, moderadores e mediadores da doença e discute uma série de instrumentos que podem ser utilizados na sua avaliação. A alexitimia é actualmente reconhecida como um factor de risco para problemas médicos, psiquiátricos e comportamentais enquanto é sabido que a personalidade de tipo A parece aumentar o risco de doença arterial coronária e a personalidade de tipo D está associada a eventos cardíacos e desfechos cardiovasculares adversos.

O DCPR (*The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*), introduzido em 1995, foi testado em vários contextos clínicos e o seu valor na avaliação psicossomática, independentemente da sua natureza orgânica ou funcional, está largamente documentado (Fava et al., 2010; Fava et al., 2017). O DCPR ajudou a incorporar variáveis psicossociais, que resultaram da pesquisa psicossomática, transformando-as em ferramentas operacionais. Contem 12 categorias que exploram uma variedade de possíveis condições psicológicas e respostas emocionais à doença. Quatro grupos estão relacionados com as formas do paciente perceber, experimentar, avaliar e responder ao seu estado de saúde (comportamento anormal de doença, fobia da doença, tanatofobia, ansiedade decorrente da doença e negação da doença). Outros quatro avaliam situações relacionadas com o conceito de somatização (sintomas funcionais somáticos secundários a doença psiquiátrica, somatizações persistentes e sintomas conversivos). Os últimos quatro ocupam-se de dimensões psicológicas que se encontram frequente e consistentemente em doentes com doença orgânica como são a alexitimia, o comportamento de tipo A, o humor irritável e a desmoralização (Grassi, Caruso, Sabato, Massarenti, & Nanni, 2015). Segundo Fava et al. (2010) o DCPR passou por uma ampla validação e parece ser mais adequado para avaliar o sofrimento psicológico numa variedade de situações médicas do que os critérios do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

Os acontecimentos de vida adversos na infância influenciam a vulnerabilidade às doenças e aparecem associados a ansiedade, agressividade e depressão bem como a problemas de saúde física (Fliege et al., 2009). Uma avaliação da vulnerabilidade à doença não pode prescindir

duma análise cuidadosa dos acontecimentos de vida precoces nomeadamente a exposição a abuso físico, emocional, sexual ou à negligência. Thabrew, Sylva, & Romans (2012) analisam e reveem 43 questionários publicados sobre o assunto recomendando os mais adequados para fins de pesquisa e intervenção clínica.

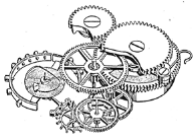
Genética e vulnerabilidade

As abordagens multinível integrando dados moleculares, clínicos, ambientais e de saúde de uma forma interactiva são defendidas por muitos investigadores. A rede de conhecimentos resultante desta conjugação permitirá gerar subtipos de características individuais do genoma, epigenoma, microbioma e exposoma e sinais e sintomas dos pacientes que permitam no futuro tratamentos mais personalizados. Recentemente o conceito de «endofenótipo», enquanto padrão de elementos psicológicos, biológicos e sintomáticos, foi proposto como um meio de identificar subgrupos de pacientes afectados por perturbações psiquiátricas relacionados com o stress. O haplótipo MR 1 do gene que codifica os receptores de Mineralocorticóides (MR, NR3C2) no sistema límbico pode servir como um marcador de vulnerabilidade caracterizado em termos biológicos por níveis reduzidos de cortisol e em termos de sintomas por características observadas na depressão atípica (Kumsta et al., 2018).

O risco aumentado dos doentes com Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) sofrerem de doenças auto-imunes estará relacionado com o gene ANKRD55 associado à PTSD e também a doenças auto-imunes e inflamatórias como a Esclerose Múltipla, a Diabetes Mellitus de tipo 2, a Doença Celíaca e a Artrite Reumatóide (Reber et al., 2016).

Ambiente e vulnerabilidade

A exposição precoce à luz pode influenciar os sistemas circadianos influenciando a resposta a sinais ambientais durante toda a vida. Bauer et al. (2015) estudaram 3896 doentes com Perturbação Bipolar de tipo 1 de 36 cidades em 23 países com diversas latitudes concluindo que mais horas de luz solar, no local de nascimento no início da vida, estão associadas com uma idade mais avançada no desencadear da doença. A redução da exposição à luz solar no início da vida associa-se a um aparecimento mais precoce da doença e a sintomatologia mais grave em termos de distúrbios do sono e de ciclagem rápida. As condições ambientais no início da vida podem de facto aumentar a vulnerabilidade à doença em pessoas com susceptibilidade genética.



Nos países desenvolvidos, o contacto reduzido das crianças com microrganismos poderá estar a comprometer a imunomodulação. Segundo esta hipótese a epidemia de doenças inflamatórias, que atinge as modernas sociedades urbanas, poderá ser devida em parte, ao reduzido contacto com os microrganismos que activam os circuitos da imunomodulação e suprimem a inflamação. A evidência sugere que tanto os derivados como os antigénios bacterianos e helmínticos têm potencial anti-inflamatório e imunorregulador. As alterações da imunomodulação são factor de risco para perturbações do neurodesenvolvimento, distúrbios neuropsiquiátricos e perturbações relacionadas com o stress, assim como para as doenças alérgicas (Lowry et al., 2016).

Género e vulnerabilidade

A maioria dos distúrbios neurológicos, do neurodesenvolvimento, neuropsiquiátricos e psicossomáticos afectam homens e mulheres de forma diferente. As mulheres sofrem mais de Depressão e de Perturbações de Ansiedade, sendo que as diferenças de género aumentam com a idade. Os homens têm um maior risco de desenvolver Perturbações do Espectro do Autismo, Perturbação por Hiperactividade e Deficit de Atenção e Esquizofrenia. Os nascimentos prematuros, tendem a ocorrer com maior frequência no sexo masculino assim como a Síndrome de Down. As Perturbações do Comportamento Alimentar ocorrem mais no sexo feminino. A clarificação de como o sexo neurobiológico e o género sociocultural afectam o cérebro social proporcionará novos conhecimentos que ajudarão na compreensão da vulnerabilidade específica de género às perturbações neuropsiquiátricas (Pavlova, 2016).

Trauma precoce e vulnerabilidade

Numerosas pesquisas evidenciam que os adultos sobreviventes a traumas na primeira infância apresentam um maior risco de sofrer de uma série de distúrbios psicológicos e físicos. As adversidades na infância correlacionam-se com ansiedade e depressão aumentadas, suicídio e automutilação, perturbações por abuso de substâncias, perturbações alimentares, perturbações de personalidade e distúrbios sexuais bem como com síndromes psicossomáticas ou sintomas medicamente inexplicáveis. Os sobreviventes de abuso também utilizam em demasia os cuidados de saúde de rotina, apresentam deficiências de funcionamento no trabalho e problemas na educação dos filhos e mostram revitimização traumática passados anos (Thabrew et al., 2012).

Sintomas medicamente inexplicáveis e vulnerabilidade

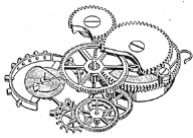
Pacientes com sintomas medicamente inexplicáveis sofrem com padrões persistentes de queixas corporais que não têm subjacente uma alteração física. Estas situações geram impactos nos sistemas de saúde comparáveis com os da ansiedade e da depressão (Fava et al., 2017). A Vulvodínia definida como «dor vulvar de pelo menos 3 meses de duração sem uma causa claramente identificável» aparece frequentemente associada com sintomas físicos medicamente inexplicáveis como acontecem na Fibromialgia, na Síndrome do Cólon Irritável e nas Cefaleias de Tensão. A aceitação de um modelo integrativo, onde a dor é vista como tendo por base factores biomédicos e psicológicos, pode ser mais benéfico que uma preocupação única com as causas médicas. Tratamentos psicológicos habitualmente aplicados noutras situações de sintomas medicamente inexplicáveis também produzem bons resultados em mulheres afectadas por vulvodínia (Leusink et al., 2018).

Sistemas de saúde e vulnerabilidade

Casos complexos, exigindo avaliações multissistemas, abordagens multidisciplinares e múltiplas terapias requerem o desenvolvimento de métodos de investigação e deliberação ética adequados que permitam a identificação precoce dos problemas e uma determinação dos cursos óptimos de acção (Barbosa, 2012). As especialidades médicas lidam mal com sintomas e problemas que saltam as subdivisões de órgãos e sistemas e com as doenças crónicas emergentes que exigem uma abordagem holística. Uma produção de saúde ideal e eficiente depende da mudança do papel tradicional do utilizador, enquanto cliente ou consumidor passivo, para o de um produtor de saúde em parceria com os profissionais. As intervenções psicossomáticas podem responder a estas novas necessidades dentro dos sistemas de saúde e desempenhar um papel importante na sua revitalização (Fava & Sonino, 2010).

Mecanismos moleculares, stress e vulnerabilidade

O stress psicossocial crónico tem sido associado a níveis aumentados de citocinas pró-inflamatórias em circulação. Por outro lado, vários estudos demonstram também, que o tratamento com citocinas pró-inflamatórias, como o interferon



(IFN) -alfa, que activa vias inflamatórias no corpo e no cérebro induz ansiedade e sintomas depressivos (Reber et al., 2016). A compreensão da acção das citocinas sobre os principais componentes do eixo Hipotálamo-Hipófise-Suprarrenal e dos mecanismos de sinalização molecular ao nível das mitocôndrias, por detrás dessa acção, será fundamental para a compreensão das vulnerabilidades dos sistemas de resposta ao stress (Meyer & Wirtz, 2017).

Doença crónica, gravidez e vulnerabilidade

O sofrimento físico e emocional pode interferir com a gravidez e a ligação materno-fetal afectando o desenvolvimento e o acompanhamento do recém-nascido, provocando uma vulnerabilidade acrescida. Uma doença crónica pode ter impacto na vida social das pacientes e nas suas relações com os outros membros da família, incluindo os descendentes, que também pode influenciar o desenvolvimento das crianças. Está bem documentado que uma condição de stress durante a gravidez ou a depressão pré-natal podem desempenhar um papel na ocorrência de partos prematuros, menor peso ao nascer e recém-nascidos com maior vulnerabilidade ao stress. Equipes multidisciplinares devem acompanhar as pacientes com doença crónica e os seus parceiros na gravidez e parentalidade procedendo à identificação precoce de dificuldades no desenvolvimento da criança (Bomba et al., 2010).

O Olfacto como marcador de depressão

A depressão é acompanhada por alterações na rede límbica pré-frontal do cérebro que envolve o cíngulo anterior e posterior, a ínsula, a amígdala, o hipocampo e o tálamo. Estas regiões sobrepõem-se com as regiões responsáveis pelo olfacto. O bulbo olfactivo, que é a estrutura central do processamento olfactivo, projecta-se na amígdala. Esta estrutura, que tem um papel determinante no processamento emocional, apresenta um funcionamento reduzido na presença de depressão. A depressão e o olfacto encontram-se intimamente ligados. A depressão é acompanhada de um reduzido processamento olfactivo e de reduzida activação em áreas cerebrais relevantes. O processo olfactivo torna-se normal durante a psicoterapia e é um bom marcador para o prognóstico da doença. O olfacto pode ser considerado como um marcador de depressão (Croy et al., 2014).

Cuidados paliativos e vulnerabilidade

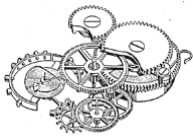
Nos doentes com cancro as perturbações psiquiátricas e psicossociais têm sido apontadas como as maiores consequências da doença e do seu tratamento. Ferramentas multidimensionais como questionários e entrevistas orientadas para as questões psicossociais devem ser usadas no rastreio de perturbações emocionais, ansiedade, depressão, estratégias de enfrentamento desajustadas, desmoralização e preocupações relacionadas com a saúde. A cultura, linguagem, etnia e religião são outros possíveis factores que influenciam pacientes e famílias na percepção da doença, na forma de a enfrentar e nas respostas psicológicas ao diagnóstico de cancro (Grassi et al., 2015). O tratamento de sintomas em cuidados paliativos é difícil. O cuidador mais indicado é um médico que tenha uma orientação psicológica e que seja capaz de assumir a responsabilidade tanto dos cuidados físicos, quanto dos psicológicos (Satsangi & Brugnoli, 2017).

Conclusões

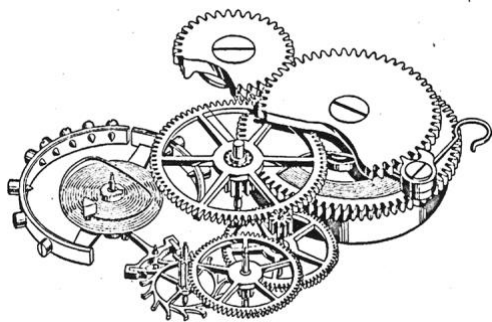
As condicionantes genéticas, imunológicas e ambientais, interagem de forma complexa com características da personalidade e do carácter dos indivíduos e com o ambiente social que os envolve condicionando a vulnerabilidade à doença, o que implica que as intervenções integradas e multidisciplinares sejam imprescindíveis. As mudanças dos padrões de doença com o aumento de doenças crónicas e a mudança nas expectativas dos que procuram cuidados de saúde, impõem também uma nova prática que não se pode reduzir ao mero diagnóstico e tratamento das doenças, entendidas como entidades estáticas e homogéneas. A abordagem psicossomática pode ajudar a responder aos novos desafios que enfrentam os sistemas de saúde e desempenhar um papel importante na sua revitalização, proporcionando cuidados de saúde mais humanizados e integrados capazes de proporcionar melhor saúde e mais bem-estar aos pacientes.

Referências Bibliográficas

- Barbosa, A. (2012). Relational Ethics and Psychosomatic Assessment. In Fava GA, Sonino N, Wise TN (Eds), The Psychosomatic Assessment. Strategies to Improve Clinical Practice. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 32, (pp 223–239). Basel, Karger.
- Bauer, M., Glenn, T., Alda, M., Andreassen, O., Angelopoulos, E., Ardu, R., Baethge, C., ... Whybrow, P. (2015). Influence of light exposure during early life on the age of onset of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 1-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.013



- Bomba, M., Galli, J., Nacinovich, R., Ceribelli, A., Motta, M., Lojacono, A. ... Tincani, A. (2010). Neuropsychiatric aid in children born to patients with rheumatic diseases. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28, 767-773.
- Cosci, F. (2012). Assessment of Personality in Psychosomatic Medicine: Current Concepts. In Fava GA, Sonino N, Wise TN (Eds): The Psychosomatic Assessment. Strategies to Improve Clinical Practice. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 32, (pp 133-159). Basel, Karger.
- Croy, I., Symmank, A., Schellong, J., Hummel, C., Gerber, J., Joraschky, P., & Hummel, T. (2014). Olfaction as a marker for depression in humans. *Journal of Affective Disorders*, 160, 80-86. doi: 10.1016/j.jad.2013.12.026
- Fava, G., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine. *International Journal of Clinical Practice*, 64, 1155-1161. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02266.x
- Fava, G., Belaise, C. & Sonino, N. (2010). Psychosomatic Medicine is a Comprehensive Field, Not a Synonym for Consultation Liaison Psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 12, 215-221. doi: 10.1007/s11920-010-0112-z
- Fava, G., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 13-30. doi: 10.1159/000448856
- Fava, G., & Offidani, E. (2010). Psychosomatic renewal of health care. *Panminerva Medica*, 52, 239-48.
- Fliege, H., Lee, J., Grimm, A., & Klapp, B. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 477-493.
- Grassi, L., Caruso, R., Sabato, S., Massarenti, S., Nanni, M. (2015). Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-6. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01485
- Kumsta, R., Kliegel, D., Lindenc, M., DeRijke, R., & Kloetf. E. (2019). Genetic variation of the mineralocorticoid receptor gene (MR, NR3C2) is associated with a conceptual endophenotype of "CRF-hypoactivity". *Psychoneuroendocrinology*, 105, 79-85. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.09.036
- Leusink, P., van de Pasch, S., Teunissen, D., Laan, E., & Lagro-Janssen, A. (2018). The Relationship Between Vulvovaginal Candidiasis and Provoked Vulvodynia: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine*, 15, 1310-1322. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.07.011
- Liberati, A., Altman, D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P., Loannidis, J., Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and metaanalyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *British Medical Journal Online*, 339, b2700. doi: 10.1136/bmj.b2700
- Lowry, C., Smith, D., Siebler, P., Schmidt, D., Stamper, C., Hassell Jr., J., ... Rook, G. (2016). The Microbiota, Immunoregulation, and Mental Health: Implications for Public Health. *Current Environmental Health Reports*, 3, 270-287. doi: 10.1007/s40572-016-0100-5
- Meyer, T., & Wirtz, P. (2018). Mechanisms of mitochondrial redox signaling in psychosocial stress-responsive systems. New insights into an old story. *Antioxidants & Redox Signaling*, 28, 760-799. doi: 10.1089/ars.2017.7186
- Pavlova, M. (2016). Sex and Gender Affect the Social Brain: Beyond Simplicity. *Journal of Neuroscience Research*, 1-16. doi: 10.1002/jnr.23871
- Reber, S., Langgartner, D., Foertsch, S., Postolache, T., Brenner, L., Guendel, H., & Lowry, C. (2016). Chronic subordinate colony housing paradigm: A mouse model for mechanisms of PTSD vulnerability, targeted prevention, and treatment. *Psychoneuroendocrinology*, 74, 221-230. doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.08.031
- Satsangi, A., & Brugnoli, M. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Annals of Palliative Medicine*, 7, 75-111. doi: 10.21037/apm.2017.07.01
- Thabrew, H., Sylva, S., & Romans, S. (2012). Evaluating Childhood Adversity. In Fava GA, Sonino N, Wise TN (Eds): The Psychosomatic Assessment. Strategies to Improve Clinical Practice. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 32, (pp 35-57). Basel, Karger. doi: 10.1159/000330002



O PROBLEMA MENTE-CÉREBRO E A PSIQUIATRIA THE MIND-BRAIN PROBLEM AND THE PSYCHIATRY

Jorge Gonçalves^{1*}

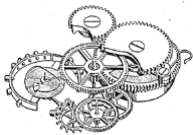
Resumo

O problema mente-cérebro adquire grande importância para uma psiquiatria que se quer científica, integrando a teoria e a prática. O referido problema consiste em explicar as correlações, investigadas pelas Neurociências, entre os estados mentais e os estados neuronais. A psiquiatria toma normalmente como pressuposto uma ontologia fiscalista/materialista. De acordo com esta ontologia tudo é físico ou sobrevém no físico. Como inserir a mente nesta ontologia? O problema tem duas vertentes: a causalidade mental e o chamado problema da consciência. O primeiro consiste em saber se a mente tem influência causal no cérebro. O segundo consiste em explicar como e porquê pode o cérebro originar a experiência consciente. Este último problema subdivide-se nos chamados problemas "fáceis", referentes às propriedades funcional-cognitivas da consciência e no problema "difícil" (*hard problem*) referente à experiência subjetiva ou consciência fenoménica. Enquanto que nos problemas "fáceis" é possível integrar a mente numa explicação reducionista da Natureza, já o problema "difícil" coloca em causa o fiscalismo: a subjetividade, ou o ponto de vista da primeira pessoa, parece ser inexplicável a partir das descrições neuronais. São brevemente analisadas algumas tentativas de solução: "o ilusionismo", o naturalismo dualista, o pampsiquismo e o cosmopsiquismo. Conclui-se que a explicação reducionista e o naturalismo dualista são os modelos de maior utilidade para a Psiquiatria.

Abstract

The mind-brain problem acquires great importance for a psychiatry that wants to be scientific, integrating theory and practice. This problem consists of explaining the correlations, investigated by neurosciences, between mental states and neuronal states. Psychiatry usually takes as a presupposition a physicalist / materialist ontology. According to this ontology everything is physical or supervenes on the physical. How to insert the mind in this ontology? The problem has two aspects: mental causality and the so-called problem of consciousness. The first is whether the mind has a causal influence on the brain. The second is to explain how and why the brain can originate conscious experience. This latter problem is subdivided into so-called "easy" problems, referring to the functional-cognitive properties of consciousness and the "hard" problem concerning subjective experience or phenomenal consciousness. While the "easy" problems it is possible to integrate the mind into a reductionist explanation of Nature, the "hard" problem calls into question physicalism: subjectivity, or first person's point of view, seems to be inexplicable from neural descriptions. Some tentative solutions are briefly analyzed: "illusionism", panpsychism and cosmopsychism. It is concluded that reductive explanation and naturalistic dualism are the most useful models for psychiatry.

^{1*} Psicólogo PhD,
Professor da Faculdade de
Ciências Sociais e Humanas,
Universidade NOVA de Lisboa,
Lisboa, Portugal.



Introdução

A relação mente-cérebro está no centro da ciência que estuda as perturbações mentais, a psiquiatria. O médico tem como função aliviar ou curar o sofrimento dos seus pacientes. Neste sentido, nenhum problema é apenas físico ou apenas mental. Por exemplo, uma doença de pele pode ter uma causa física, mas na medida em que interfere com a estética pessoal tem uma dimensão psicológica. No entanto, em termos teóricos a divisão entre o físico e o psicológico tem grande interesse, para a psiquiatria se ela quiser ser uma ciência completa e não apenas um conjunto de práticas de intervenção. O problema em filosofia remonta ao antigo pensamento da Índia e da China, mas neste artigo refiro-me aos seus desenvolvimentos mais recentes. Por mente podemos pensar aqui, inicialmente, como sendo constituída pelos predicados psicológicos que habitualmente usamos na psicologia do senso comum (ex.: “*ter medo*”, “*sentir dor*”, “*refletir sobre um assunto*” etc.). Mais à frente entrarei em especificações necessárias à compreensão do presente problema. O problema apresenta-se em como explicar as correlações neuronais existentes entre o cérebro (sistema nervoso) e a mente. Estas correlações são estabelecidas pelos métodos de investigação do EEG e da imagiologia, entre outros. Se bem que para efeitos práticos as correlações possam ser suficientes (por exemplo, para determinar o efeito de um psicofármaco) elas são insatisfatórias em termos explicativos. Em ciência procura-se uma conexão mais profunda que a simples correlação entre fenómenos.

Explicação reducionista

O problema aqui está em como explicar as correlações dentro de uma ontologia fisicalista. Por fisicalismo entendo a tese que tudo o que existe é físico ou sobrevém¹ ao físico. Esta tese está intimamente relacionada com a ciência, no entanto, a ciência por si só é compatível com ontologias não fisicalistas (McTaggart, 1906). Tomemos o exemplo da metafísica cristã segundo a qual a realidade última é Deus que criou o mundo, cujas leis podem ser descobertas pela ciência. Dentro desta metafísica poderemos aceitar a existência de uma alma imaterial. No entanto, a metafísica fisicalista (ou materialista²) é a que está mais conectada com a medicina. Poderemos

sintetizar assim o chamado “monismo fisicalista”: existe uma realidade que se poderá chamar “natureza” que é independente da mente humana, que já existia muito antes da mente humana e continuará a existir se a mente humana um dia desaparecer. A mente humana poderá conhecer objetivamente, de modo progressivo, a Natureza, inclusive a si mesma como parte dessa mesma Natureza. O resultado desse conhecimento é que a realidade última são as micropartículas subatômicas elementares: quarks, léptões, bósons de calibre que têm certas propriedades: massa, carga, spin, *momentum*. Todas as outras realidades observáveis devem, se o fisicalismo estiver correto, ser redutíveis ao nível elementar³. Não só as ciências naturais, biologia e química, como igualmente a psicologia e outras ciências sociais deverão ser, em última análise, redutíveis à microfísica. Esta redução poderá ser realizada pelo menos em princípio, porque na prática poderá nunca ser efetuada. No problema que nos ocupa o que importa será a redução da mente ao cérebro, ou seja, explicar como os estados que designamos como mentais se reduzem, em última análise, a estados neuronais.

Vejamos, entretanto, primeiro como se processa a visão reducionista da Natureza em geral (Kim, 2005). Para reduzir uma propriedade o primeiro passo consiste em fazer uma análise funcional dessa propriedade, ou seja, em determinar qual é o papel causal dessa propriedade. Em seguida procura-se um realizador físico dessa propriedade. Por último, elabora-se uma teoria explicativa de como esse realizador efetua o papel causal atribuído à propriedade. Tomemos o clássico exemplo do gene, analisado de forma esquemática e simplificada. O monge Mendel inferiu que deveria haver algo nos seres vivos responsável pela transmissão dos caracteres hereditários, e denominou esse algo de “gene”⁴, ou seja, a unidade fundamental da hereditariedade. Os cientistas tentaram descobrir o realizador físico desse gene, encontraram a molécula do ADN e explicaram pela teoria da biologia molecular como essa molécula transmite caracteres. Então a propriedade “transmissão de caracteres hereditários” fica explicada redutivamente uma vez que é assegurada a nível do físico. Nenhum facto extrafísico é necessário para se perceber porque os filhos herdam certas características dos pais. Por este processo teremos uma explicação reducionista da

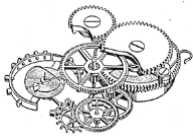
¹ Uma das definições de “sobreviniência” (*supervenience*) em Kim (2011) p.9 “O mental sobrevém no físico na medida em que coisas (objetos, acontecimentos, organismos, pessoas e assim) que são exatamente semelhantes em todas as propriedades físicas não podem diferir no que diz respeito a propriedades mentais. Ou seja, indiscernibilidade física implica indiscernibilidade psicológica.” (Esta tradução e as seguintes são da minha autoria.)

² Alguns autores marxistas (Pato, 2016) quando falam de “materialismo” referem-se a uma realidade independente da mente

humana que designam como “matéria”, o que quer que seja essa matéria. Esta posição seria melhor designada como “realismo do mundo exterior”.

³ Segundo alguns talvez nunca se consiga determinar o nível elementar da física.

⁴ Na verdade Mendel falou em “fator hereditário”, vindo o termo “gene” depois. Para o exemplo apresentado, não é relevante.



Natureza por diferentes níveis, em que a biologia se reduz à química e esta finalmente à microfísica.

Se aplicarmos este procedimento à mente que resultados poderemos obter? Para começar note-se que a *explicação* reducionista não é uma forma eliminativismo ou reducionismos. Não se pretende afirmar que a mente não existe e deve ser eliminada do discurso científico, reduzindo-se as explicações científicas a uma linguagem neurológica. Existem diversos níveis e modos de funcionamento correspondentes. No âmbito da psiquiatria, há terapias que funcionam a nível verbal, outras a nível do comportamento e outras que recorrem ao uso de psicofármacos. Uma explicação reducionista como a que estou a apresentar não desqualifica nenhuma dessas terapias, apenas visa saber se elas são explicáveis dentro do âmbito de uma ontologia fisicalista. Segundo o procedimento descrito o primeiro passo da explicação reducionista é determinar o papel causal da propriedade a reduzir. Tomemos por exemplo a memória que pode ser definida, deste modo, como a capacidade de adquirir, reter e evocar informações. Esta função tem sido dividida em subfunções específicas e têm sido descobertas diversas regiões cerebrais que realizam essas subfunções específicas. Algumas dessas funções podem ser realizadas em dispositivos de Inteligência Artificial ou em animais. Será possível efetuar da mesma maneira uma explicação redutiva de toda mente humana, pelo menos em princípio?

A minha posição (e de outros autores) é a que dá uma resposta negativa esta questão. Uma parte da mente é suscetível de análise funcional e por conseguinte de explicação redutiva ao físico. A nível da mente consciente esta parte foi designada de diversos modos pelos filósofos: “consciência de acesso” (Block, 2002), “consciência psicológica” ou *senciência* (*awareness*) (Chalmers, 1996), “Propriedades cognitivo-funcionais” (Kim, 2005). Chalmers (1995) designou como “problemas fáceis” aqueles problemas aos quais é possível responder com uma análise funcional, ou seja, dar uma explicação reducionista, como é o caso destas capacidades:

“a habilidade para discriminar, categorizar e reagir a estímulos ambientais, a integração da informação através de um sistema cognitivo, a capacidade de relatar a ocorrência de estados mentais, a habilidade de um sistema para ter acesso aos seus próprios estados internos, o foco da atenção, o controle deliberado do comportamento, a diferença entre sono e vigília.”
Chalmers, (1995).

Chamou-lhes “fáceis” não no sentido que não envolvam grande complexidade cognitiva, mas no sentido que

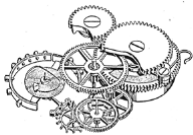
em princípio é possível dar uma solução reducionista neuronal ou computacional, de acordo com os princípios acima enunciados. Como foi dito anteriormente, tal não significa que essa explicação reducionista seja sempre concretizada na íntegra, mas em princípio é sempre possível concretizá-la. Por exemplo, sabemos que devem existir no cérebro determinadas áreas que são responsáveis pela capacidade de relatar o estado de paixão amorosa embora possamos não conseguir identificar completamente que áreas são essas.

Estes estados fáceis contrastam com o chamado “problema difícil” (*hard problem*) que consiste em saber como é possível que a subjetividade ou consciência fenoménica possa ter surgido da matéria. Os seres humanos e os animais, pelo menos alguns, têm um sentir interior que não se reduz à funcionalidade. Uma enumeração de algumas dessas experiências subjetivas poderá ser a seguinte: experiências visuais, auditivas, tácteis, olfativas e gustativas; experiências de quente e frio; dores.; fome, comichão, cócegas, orgasmo; experiências propriocetivas; imagens mentais; pensamento consciente; emoções; sentimento de si (Chalmers, D.J. (1995).

Causalidade mental

Quando colocamos a mão num objeto muito quente sentimos uma dor forte e retiramo-la rapidamente. Este exemplo servir-nos-á para ilustrar os dois problemas da relação mente-corpo (Kim, 2005), o problema da causalidade mental e o problema da irreducibilidade da consciência fenoménica ou subjetividade. Começamos pelo problema da causalidade mental que pode ser assim enunciado: o mental tem influência causal no físico? No caso referido poderíamos afirmar que a causa de retirarmos a mão do objeto foi a dor que sentimos, portanto, a direção da causalidade vai do mental para o físico. Esta seria a posição do chamado “fisicalismo não-reducionista”: as propriedades mentais não são redutíveis ao físico, mas mesmo assim têm eficácia causal. Kim (2005), no entanto, argumenta que esta posição é indefensável porque ela implicaria uma dupla causalidade. O ato de levantar a mão teria uma dupla causa: neuronal (física) e mental (dor). Neste caso não se pode aceitar a causalidade dupla como sendo uma sobredeterminação causal (como, por exemplo, em História). A verdadeira explicação está em aceitar que se a dor é redutível ao neuronal é a causa neuronal que provoca o levantar da mão: o toque no objeto quente estimulou o neurónio sensitivo, que levou o impulso até a medula. Na medula, um neurónio associativo mandou uma resposta ao músculo através do neurónio motor. Esta é a descrição da eficácia causal que respeita a explicação

⁵ “Reduccionismo” é diferente de “explicação reducionista”, ver Kim, 2005.



reducionista e o fisicalismo. A explicação não reducionista não é compatível com o fisicalismo.

Se aplicarmos ao caso da psiquiatria quando um paciente toma um fármaco estamos perante uma causalidade do físico para o mental; a causalidade do mental para o físico corresponde à psicoterapia; a causalidade do mental para o físico às influências da psicoterapia sobre o cérebro. Podemos falar destes tipos de causalidade por uma questão de economia da linguagem, mas na verdade a única causalidade que existe é do físico para o físico. As propriedades mentais sobrevivem ao físico, mas não têm directamente poderes causais.

Resolver o difícil problema da consciência

O problema da causalidade mental não coloca então problemas quando a explicação reducionista funciona para as propriedades mentais. No entanto, essa explicação não parece funcionar para a subjectividade ou consciência fenoménica. Que argumentos temos a favor disso? Trata-se apenas de uma intuição vaga? Os filósofos desenvolveram diversos argumentos baseados em experiências de pensamento⁶ dos quais referiremos aqui apenas os dois mais conhecidos. O primeiro é o argumento da conceitabilidade também conhecido como o “argumento do zumbi”. Para entender este argumento podemos começar por imaginar um robô muito perfeito que seja indistinguível de um ser humano. No entanto, é-nos fácil conceber que esse robô não tem subjectividade nem as sensações⁷ que acima referimos. Se retira rapidamente a mão do fogo pensamos que não sente dor e que apenas possui um mecanismo que permite fazê-lo, medindo a temperatura, por exemplo. Do mesmo modo, se em vez de um robô tivermos um zumbi de carne e osso, idêntico a um ser humano, poderemos conceber que ele não tem subjectividade? Se respondermos afirmativamente isso significa que concebemos uma criatura que é física e funcionalmente igual a um humano, mas não tem consciência logo a consciência não se pode explicar redutivamente. Claro que se pode afirmar que esse ser não existe, mas aqui é suficiente que se possa conceber que existe. Se concebo um ser igual a mim menos a consciência fenoménica é porque não percebo como é que a consciência deriva necessariamente do meu cérebro.

O outro argumento é conhecido como o “espectro invertido” que pode ser assim descrito “eu consigo conceber que o que aparece para mim quando vejo verde é o que aparece para ti quando vês vermelho”. Teremos então a

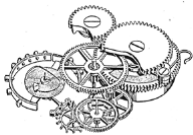
mesma resposta, suponhamos a expressão “é verde”, a um mesmo estímulo, mas sendo sensações subjectivas (*qualia*) diferentes. Se inspecionássemos os cérebros também não conseguiríamos detectar essa diferença de sensações. Mais uma vez a análise físico-funcional deixa de fora a reacção subjectiva ou estado de consciência fenoménica. Estes argumentos têm suscitado muitas respostas e contra-respostas, mas aqui irei assumir que eles são válidos e que de facto não é possível explicar redutivamente a consciência fenoménica.

Fazendo o ponto da situação até aqui temos que o projecto de explicar redutivamente a mente se concretiza quando se trata de propriedades mentais que são passíveis de uma análise funcional, mas falha quando se aborda a subjectividade e as propriedades fenoménicas da consciência. Claro que as correlações neuronais da experiência subjectiva continuam a verificar-se e para alguns estas correlações são suficientes, nada mais havendo para explicar. No entanto, diversos filósofos pensam que uma correlação bruta torna o fenómeno da consciência misterioso e difícil de assimilar no quadro do naturalismo científico. Surge assim a questão de como explicar que haja consciência fenoménica ou subjectividade no mundo. Diversas perspectivas surgiram, apresento aqui apenas aquelas cuja linha de pensamento que me parece ser mais promissora.

Perante esta crise do fisicalismo ou materialismo, uma das soluções poderá ser a de aceitar que o fisicalismo apenas permite explicar redutivamente grande parte dos estados mentais, mas não todos (Kim, 2005). Esta posição é frustrante porque o que deixa de fora, a subjectividade, é demasiado importante para ficar sem explicação. Outra posição é o chamado “ilusionismo” (Frankish, 2016) o argumento que a subjectividade é definível em termos que não incluam referência a ela própria (Chalmers, 2018). É uma posição análoga à que explica porque Deus parece que existe, não existindo. No entanto, esta posição parece-me indefensável pois a subjectividade é o que sentimos de mais imediato e mais facilmente aceitamos a negação do mundo exterior que afirmar que não existe (que apenas parece que existe) “o que é ser eu”. A posição que penso ser mais correcta é a de colocar hipóteses metafísicas alternativas ao fisicalismo, discutindo qual será mais a mais plausível e compatível com a ciência contemporânea. Falarei aqui de três posições não-fisicalistas que não são incompatíveis com a ciência e que se forem verdadeiras permitirão explicar a consciência subjectiva, embora não redutivamente.

⁶ Uma experiência de pensamento é uma experiência que não se podendo realizar na realidade apenas se imagina e a partir da qual se tenta extrair conclusões.

⁷ Em filosofia é usado o termo *qualia* (singular: *quale*) que pode ser definido como o sentir de qualidades fenoménicas, por exemplo, a “vermelhidão” do vermelho.



O dualismo naturalista (Chalmers, 1996) resolve o problema considerando que consciência fenoménica é um primitivo natural (como a massa, a gravidade ou a energia) que sobrevém no mundo físico, não sendo físico. A consciência é uma propriedade não física do cérebro e que sobrevém nele. Chalmers define sobreveniência do seguinte modo:

“As propriedades-B sobrevêm nas propriedades-A se não há duas situações possíveis indiscerníveis em relação aos seus factos-A diferindo ao mesmo tempo nos seus factos-B”. (Chalmers, 1996) p. 31.

No caso o B seria consciência fenoménica e o A o cérebro. Repare-se que o inverso da definição não é verdadeiro: poderemos ter situações indiscerníveis em relação aos factos-B mas divergindo nos factos-A. Por exemplo, uma dor igual pode ser diferente neurologicamente. Chalmers distingue ainda uma sobreveniência lógica, conceptual ou automática em que os factos-A implicam os factos-B (ex.: as propriedades biológicas sobrevêm logicamente nas propriedades físicas) e uma sobreveniência natural, empírica ou nómica que é uma sobreveniência mais fraca, que é empírica ou seja que se verifica, mas podia não se verificar. Chalmers fornece a imagem que “quando Deus fez o mundo teve de ter mais trabalho”. A consciência fenoménica está neste último caso: depois de Deus fazer o mundo físico necessitou de acrescentar a consciência fenoménica pois o seu aparecimento não se seguiu automaticamente. Como a consciência é um conceito primitivo faz parte da estrutura do universo e por isso não precisa de ser explicado como surgiu, simplesmente está aí como o próprio universo físico. Poderão ser determinadas, de acordo com Chalmers (1996), leis psicofísicas que conectam a estrutura e a organização do sistema nervoso com as variações da consciência fenoménica. No entanto, essa conexão não é causal, não se pode, por exemplo, dizer que é por causa de sentir dor de dentes que vou ao dentista. A experiência subjectiva de dor ocorre em paralelo com os factos neuronais mas não é causada por eles. Isto levanta a questão do epifenomenalismo da consciência, que é contra-intuitivo. No entanto, Chalmers considera que embora seja contra-intuitivo o epifenomenalismo pode ser verdadeiro. Por outro lado, considera que o dualismo naturalista não é necessariamente epifenomenalista. Uma das razões que apresenta é que a causalidade ainda é um tema em aberto e poderá não ser toda do tipo de causalidade física, fundada no contacto espacial. É o que veremos na descrição de uma outra alternativa ao fisicalismo, o pampsiquismo.

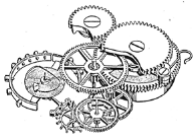
Para compreender o pampsiquismo (Chalmers, 2018) é necessário saber que as partículas elementares da matéria são descritas em termos puramente relacionais. Definem-se umas em relação às outras e não por suas propriedades

intrínsecas. A hipótese que os pampsiquistas sustentam é que elas possuem propriedades intrínsecas que são subjectivas ou fenoménicas. Se essa hipótese for verdadeira a consciência fenoménica estará distribuída por todo o Universo, não precisando de ser explicada redutivamente. Uma objecção que tem sido feita a esta posição é o chamado “problema da combinação”. De acordo com a hipótese, a consciência subjectiva já estaria a nível das micropartículas, poderemos então falar de um microexperencialismo (Kastrup, 2017) mas nesse caso com explicar a macroexperiência, por exemplo, nos seres humanos? Como explicar que miríades de microconsciências formem a macroconsciência que é a nossa? O problema segundo alguns é tão difícil como o próprio “problema difícil” que visa resolver. Por isso alguns abandonaram esta solução e avançaram para outra forma conhecida como “cosmopsiquismo”.

Kastrup apresentou em dois artigos (Kastrup, 2017) (Kastrup, 2018) uma solução para o problema difícil da consciência a que chamou “cosmopsiquismo idealista”. Esta solução é um tipo de idealismo objectivo tal como o foram platonismo ou o hegelianismo. No entanto, não tem nenhuma dimensão mística ou religiosa, dado que não pressupõe nenhuma componente finalista ou ética. A hipótese que coloca é a de que o universo seja consciente como um todo, sendo as consciências individuais partes desse todo. A analogia que faz é com o campo quântico e um subtítulo para o seu modelo é “o universo na consciência”:

“(…) existe apenas a consciência universal. Nós, assim como todos os outros organismos vivos, somos apenas aliados dissociados da consciência universal, cercados como ilhas pelo oceano dos seus pensamentos. O universo inanimado que vemos ao nosso redor é a aparência extrínseca desses pensamentos. Os organismos vivos com os quais compartilhamos o mundo são as aparências extrínsecas de outros desvios dissociados da consciência universal. Como tal, a busca pela consciência artificial se resume à busca pela abiogénese. O conceito atualmente vigente de um mundo físico independente da consciência é uma abstracção intelectual desnecessária e problemática.” (Kastrup, 2017) p.16.

A consciência vem assim logicamente em primeiro lugar, mas não a consciência individual. Kastrup faz uma comparação com a situação patológica conhecida como Perturbação Dissociativa de Identidade (APA, 2014). Tal como nesta perturbação há uma consciência que se subdivide em diversas que têm relativa autonomia, o mesmo aconteceria como Universo como um todo. O problema difícil deixa de colocar-se porque o corpo dos outros são a expressão do seu pensamento interno. Ficaria também assim solucionado o chamado “problema das outras mentes”, (ou seja, como



podemos saber se os outros têm mente?) e mesmo o problema da empatia, do conhecimento dos outros. Se há apenas uma consciência universal estamos sempre na mesma consciência embora os centros de consciência pareçam ser exteriores uns aos outros.

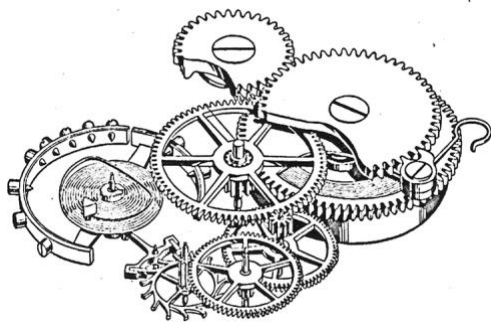
Conclusões

Estas hipóteses metafísicas, sobretudo o pampsiquismo e o cosmopsiquismo, parecem pouco plausíveis e mesmo extravagantes. No entanto, qualquer solução para o problema difícil da consciência enfrenta as mesmas dificuldades. O fisicalismo não consegue explicar como a subjectividade surge a partir do não-subjectivo. Uma corrente que não desenvolve aqui, o emergentismo, também não é convincente porque o hiato entre a matéria e a consciência fenoménica é demasiado grande para que se possa tornar inteligível qualquer forma de “emergência” (Strawson, 2006). Se podemos dizer que uma propriedade é emergente se aparece num sistema sem aparecer nos componentes desse sistema, a verdade é que as propriedades emergentes têm de ter alguma relação minimamente inteligível com o sistema donde emergem.

Voltando à questão inicial, a Psiquiatria poderá ter no método do Reduccionismo Funcionalista um sólido apoio teórico. As funções mentais e as relações de causalidade mente-cérebro podem assim ser explicadas pelo método anteriormente descrito. Quanto ao problema difícil, o problema de saber como a subjectividade surge a partir do cérebro, embora o cosmopsiquismo me pareça uma hipótese bastante coerente apesar de ousada, o dualismo naturalista poderá ser mais facilmente assumido pela Psiquiatria. Chalmers (1996) esmiuçou o seu modelo, apresentando três princípios: 1) princípio de coerência estrutural: há uma coerência entre a estrutura da consciência fenoménica e a estrutura da consciência funcional sendo esta explicável do ponto de vista neurocognitivo; 2) princípio da invariância organizacional: dois sistemas com a mesma organização funcional terão experiências qualitativas idênticas. O importante é a organização funcional e não o suporte físico que realiza essa organização. Um robô que tenha a mesma organização funcional de um ser humano terá as mesmas experiências qualitativas; 3) duplo aspecto da informação: a informação tem um aspecto físico e um fenoménico. Este modelo pode perfeitamente integrar as correlações observadas entre o cérebro e a consciência sem necessidade de introduzir nenhuma hipótese mais afastada dos dados observáveis, como no caso do pampsiquismo e do cosmopsiquismo.

Referências Bibliográficas:

- McTaggart, J. (1906) *Some Dogmas of Religion*. London: Edward Arnold Press.
- Kim, J. (2011). *Philosophy of Mind (third edition)*. Boulder, CO: Westview Press.
- Pato, A. (2016). *Materialismo e idealismo na física no final do século XIX e início do século XX a partir de Materialismo e Empirio-criticismo de Lênine. O caso exemplar da interpretação bohriana da Mecânica Quântica*. Paris: Nota de Rodapé Edições.
- Kim, J. (2005) *Physicalism, Or Something Near Enough*. Princeton: Princeton University Press.
- Block, N. (2002) Concepts of Consciousness. In D. J. Chalmers (ed.), *Philosophy of Mind: Classical and Contemporary Readings* (pp. 206-218). Oxford University Press.
- Chalmers, D.J. (1996) *The Conscious Mind*. New York: Oxford University Press.
- Chalmers, D.J. (1995). Facing up to the problem of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 2 (3): 200–21.
- Frankish, K. (2016) Illusionism as a theory of consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 23 (11–12), pp. 11–39.
- Chalmers, D.J. (2018) The Meta-Problem of Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, 25, No. 9–10, 2018, pp. 6–61.
- Chalmers, D.J. (2017) Panpsychism and Panprotopsyism. In G. Bruntrup and L. Jaskolla, (eds.) *Panpsychism* (pp. 19–47). Oxford University Press.
- Kastrup, B. (2017) An ontological solution to the mind–body problem. *Philosophies* 2, 10; doi:10.3390/philosophies2020010
- Kastrup, B. (2018). The Universe in Consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, Vol. 25, No. 5-6, pp. 125-155.
- American Psychiatric Association, APA (2014). *DSM-5: guia de referência rápida dos critérios de diagnóstico*; ed. João Cabral Fernandes - 5ª ed. - Lisboa: Climepsi.
- Strawson, G. (2006). Realistic monism: Why physicalism entails panpsychism. *Journal of Consciousness Studies*, 3 (10-11):3-31.



PERTURBAÇÃO DE SINTOMAS NEUROLÓGICOS FUNCIONAIS: O DIÁLOGO MENTE-CORPO

FUNCTIONAL NEUROLOGICAL SYMPTOMS DISORDER: THE MIND-BODY DIALOGUE

Bárbara Almeida¹, Carolina Machado¹, Cristina Fragoeiro¹, Catarina Fonseca^{2*}

Resumo

Introdução: As perturbações de sintomas neurológicos funcionais (PSNF) são síndromes que ocupam uma zona cinzenta entre a psiquiatria e neurologia. Com este trabalho, as autoras pretendem realizar uma revisão narrativa sobre as PSNFs. **Métodos:** Foi efetuada na PubMed uma pesquisa usando os termos “neurological functional disorder”, “conversion disorder” e “hysteria”; foram seleccionados os artigos escritos em inglês, publicadas nos últimos 10 anos e cujos resumos correspondiam aos objectivos do trabalho. Foram também consultados livros de texto de psiquiatria. **Resultados:** A conceptualização das PSNFs tem sofrido várias alterações ao longo dos séculos, o que se verifica não só nas suas várias designações (histeria, conversão, psicogénica), como também na diferente categorização e critérios de diagnóstico entre as principais classificações psiquiátricas. O diagnóstico é clínico: os doentes apresentam sintomas neurológicos, que não são compatíveis com nenhuma lesão orgânica e apresentam sinais positivos no exame físico. Existem dois grandes tipos: motora e sensorial. O pilar do tratamento das PSNFs assenta na psicoterapia, sendo as mais estudadas a terapia psicodinâmica e a cognitiva comportamental; a fisioterapia é recomendada nas PSNFs motoras. O prognóstico dependerá da duração dos sintomas, idade e comorbilidades psiquiátricas. **Conclusão:** As PSNFs são doenças complexas que exigem um diálogo multidisciplinar. A intervenção precoce poderá reverter o quadro e prevenir a cronicidade e incapacidade associada.

Palavras-chave: Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais; Conversão; Histeria.

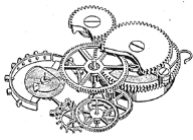
Abstract:

Introduction: Functional Neurological Disorders (FNDs) are syndromes that occupy a grey area between psychiatry and neurology. With this work, the authors intend to perform a narrative review on FNDs. **Methods:** We performed a search on PubMed using the terms “neurological functional disorder”, “conversion disorder” and “hysteria”; we selected the articles written in English, published in the last 10 years and whose abstracts fulfilled the objectives of the work. We also consulted psychiatry text books. **Results:** FND’s conceptualization has altered over centuries, which can be seen not only in its various names (hysteria, conversion, psychogenic), but also by its different categorizations and diagnostic criteria in the main psychiatric classifications. The diagnosis of FND is clinical: on physical exam patients present with signs and symptoms that are incompatible with organic disease or are inconsistent across different parts of the examination, and present also positive signs. There are two main types: motor and sensitive. Treatment is based on psychotherapy, with psychodynamic and cognitive-behavioral approaches being the most studied; physiotherapy is recommended for motor FNDs. The prognosis depends on symptom duration, age and psychiatric comorbidities. **Conclusion:** FNDs are complex diseases that demand a multidisciplinary dialogue. Early intervention may change the prognosis, preventing its evolution to chronicity and disability.

Key-words: Functional Neurological Disorder; Conversion; Hysteria.

*¹ Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos, E.P.E., Porto, Portugal

² Médica Especialista em Psiquiatria, Hospital Magalhães Lemos, E.P.E., Porto, Portugal



Introdução

A perturbação de sintomas neurológicos funcionais (PSNF) é uma entidade controversa, ainda mal compreendida, que ocupa uma área cinzenta entre a psiquiatria e a neurologia, sendo que alguns autores a descrevem como uma doença “órfã” (Edwards & Bhatia, 2012; Rommelfanger et al., 2017).

Esta entidade caracteriza-se pela presença de sintomas que afetam a atividade motora ou sensorial e que sugerem uma doença física (neurológica), mas que, após uma investigação clínica, se exclui que possam ser explicados por um estado físico geral ou pelos efeitos diretos de uma substância. Os sintomas não são produzidos intencionalmente, não se tratando por isso de uma perturbação factícia ou simulação (Figueira, Afonso, & Sampaio, 2014).

A PSNF é uma doença com elevada prevalência, disfuncionalidade marcada e com evolução crónica na maioria dos casos. A sua etiopatogenia é ainda desconhecida e não existem, ainda, orientações e intervenções terapêuticas claras e globalmente satisfatórias para estes doentes (Rommelfanger et al., 2017).

Breve conceptualização histórica

A PSNF é uma entidade antiga, com séculos de história. Têm-lhe sido atribuídas diferentes designações, que espelham as várias teorias desenvolvidas sobre a sua etiologia: histeria, conversão, psicogénica, pseudocrises e funcional.

A primeira referência à PSNF terá sido realizada no papiro egípcio de Khun (2.000 anos A.C.). Os sintomas eram atribuídos a movimentos anómalos do útero, que comprimia os restantes órgãos do corpo. O tratamento consistia na aplicação de aromas desagradáveis na parte superior do organismo, com o intuito de afugentar o útero e por fumigações vaginais com ervas aromáticas, para o atrair para a região pélvica (Ruiloba, 2015). Séculos mais tarde, Hipócrates (460-370 A. C.) atribui também os sintomas ao órgão reprodutivo feminino, que secaria e perderia peso devido à abstinência sexual. O útero mover-se-ia pelo organismo, causando sintomas nos vários órgãos (coração, intestino, garganta). A palavra histeria deriva, assim, do grego *hystera*, que significa útero. Tratava-se, portanto, de uma doença exclusiva do sexo feminino-conceptualização que se manteve por vários séculos (Fabião, Fleming, & Barbosa, 2011; Ruiloba, 2015).

Na Idade Média, esta patologia, como muitas outras, é associada à bruxaria: os sintomas de PSNF eram consequência de um pacto com o demónio. A resolução do problema, no âmbito da teologia, passava pelo exorcismo ou morte na fogueira (Fabião et al., 2011).

O Renascimento trouxe novas teorias sobre esta entidade. Paracelso (século XVI), inicia uma corrente contra a etiologia demoníaca e propõe uma origem psicogénica e fantasiosa da histeria (Ruiloba, 2015). Thomas Sydenham (século XVII) desenvolve importantes noções: defende que a histeria é uma patologia multifactorial, determinada por factores físicos e psicológicos, considerando-a uma das mais comuns das doenças crónicas, presente em ambos os sexos (Cordeiro, 2009).

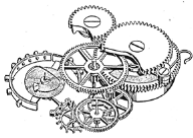
William Cullen (século XVIII) teoriza que a histeria nasce de uma alteração do sistema nervoso. Este autor introduz em 1769, pela primeira vez, o termo “neurose” ao referir-se a perturbações que não implicavam uma lesão de um órgão e tinham, assim, origem numa desregulação funcional dos nervos.

Contudo, o sistema reprodutor feminino voltará, anos mais tarde, a ter um papel preponderante na histeria. A Teoria Reflexa (neurose reflexa), vigente no século XIX, defendia que o cérebro e os órgãos reprodutores femininos estariam ligados (via espinal medula) e que, a irritação dos últimos, era responsável pela histeria. Esta ideia englobava, não só o útero, mas também ovários e clitoris. Estes pressupostos conduziram a histerecatomias, ovariectomias e clitoridectomias ou cauterizações do clitoris, como tratamento. Neste sentido, médicos ginecologistas integravam o quadro de técnicos de asilos psiquiátricos, com o propósito de realizar os referidos procedimentos cirúrgicos (Fabião et al., 2011).

Paul Briquet, em 1859, publica o seu tratado sobre histeria. Nesta obra, baseada na observação de centenas de casos, argumenta que a histeria é uma doença do sistema nervoso- neurose do encéfalo, relacionada com a expressão das emoções e paixões; reconhece que é uma doença de ambos os sexos, apesar de mais prevalente na mulher (Cordeiro, 2009).

Indissociável da história da histeria, Jean-Martin Charcot (1825-1893) introduz a hipnose e a concepção que, para além de uma vulnerabilidade biológica, existiam causas psíquicas na génese dos sintomas histéricos. As suas aulas de neurologia em Salpêtrière, referência obrigatória na história desta entidade, influenciaram o estudo e teorias posteriores, nomeadamente Pierre Janet e Freud (Cordeiro, 2009; Fabião et al., 2011).

O termo dissociação foi apresentado por Janet (1859-1947) e consistia num mecanismo de redução da consciência e divisão da personalidade, por intolerância a experiências dolorosas; este processo estaria na base da histeria. Contudo, este sofrimento advinha de uma fraqueza moral e não, como defendido por Freud, de um conflito intrapsíquico (Fabião et al., 2011).



Freud (1856-1939), retoma o conceito de conversão histerica e propõe que esta entidade tem origem na transposição (conversão) de um conflito intrapsíquico em sintomas motores ou psíquicos. Este conflito (de natureza sexual) estaria assim reprimido, não acessível ao consciente, protegendo desta forma o doente. O tratamento inicial proposto por Freud foi a hipnose, abandonado anos mais tarde e substituído pela associação livre. Anna O. constitui um dos mais célebres casos de histeria, publicados por Freud e Breuer (Sadock, Sadock, & Ruiz, 2017).

Verificou-se assim, no final do século XIX, a um movimento que passa a centrar a etiologia das PSNFs na esfera psíquica, afastando-se das teorias biológicas. Muitos dos pressupostos desenvolvidos nessa época, mantêm-se nas classificações psiquiátricas do nosso século.

Atualmente, assistimos a importantes mudanças nesta área. O paradigma da causa exclusivamente psíquica está a ser questionado pela crescente literatura no campo da neuroimagem (ver infra a secção Etiologia). Neste sentido, surgem também novas modalidades de tratamento, como a fisioterapia e estimulação cerebral transcraniana. Verifica-se também um movimento para o abandono dos termos conversão, histeria e psicogénica. A designação *funcional* tem ganho substancial força na literatura científica, pois, segundo diversos autores, é termo neutral e com menor carga pejorativa e estigmatizante associada (Rommelfanger et al., 2017).

Classificação e categorização

Na Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID 10), publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1992, a perturbação conversiva estava integrada no grupo das “Doenças Dissociativas (Conversão).” A actual edição CID10, publicada em 2016, mantém a mesma organização, mas adicionou os seguintes subtipos: sintoma ou défice motor, convulsões e sintoma ou défice sensorial. Apesar de alguns autores defenderem também a integração desta entidade na secção das Doenças do Sistema Nervoso, na nova edição publicada em 2018 (CID11), e que entrará em vigor em 2020, esta patologia está apenas categorizada nas Doenças Mentais, do Comportamento e Neurodesenvolvimento. Encontra-se no grupo das Perturbações Dissociativas e é designada por Perturbação Dissociativa de Sintoma Neurológico, com vários subtipos: com alterações visuais, auditivas, vertigo, crises não epiléticas, com sintomas cognitivos, entre outros (Levenson & Sharpe, 2016).

A classificação *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (DSM5), publicada pela *American Psychiatric Association* em 2013, mantém a designação das

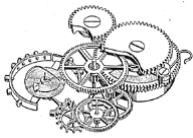
edições anteriores de Perturbação Conversiva, mas adicionou como sinónimo Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais. Nesta classificação, ao diagnóstico de PSNF podem ser adicionados os seguintes especificadores: sintoma (por exemplo com paralisia, sintomas da deglutição, anestesia, entre outros); tempo de evolução (agudo ou persistente); stress psicológico associado (presente ou ausente). Para além da introdução do sinónimo PSNF, outras três grandes alterações foram introduzidas nesta edição: deixa de ser necessário a presença de um factor stressor no início do quadro, *la belle indifférence* e os ganhos secundários são omitidos como características comuns; e a descrição dos sinais positivos no exame neurológico e a realização de exames complementares de diagnóstico (os últimos apenas em casos particulares), são necessários para o diagnóstico. Nesta classificação, ao contrário da CID10, a PSNF não está integrada no grupo das perturbações dissociativas (Lehn et al., 2016; Levenson & Sharpe, 2016; Sadock et al., 2017).

Existem duas grandes categorias de PSNFs: motoras e sensoriais. No primeiro grupo encontram-se o tremor, crises epiléticas não conversivas, paralisia, distonia, entre outras. Na categoria das PSNFs sensoriais, as mais comuns são a anestesia, hiperestesia e parestesia (Espay et al., 2018). Alguns autores defendem ainda a existência de PSNFs cognitivas (por exemplo queixas mnésicas). Este último subtipo está previsto na CID11, mas não no DSM5. Nalguns manuais, há referência aos subtipos viscerais, em que predomina a alteração do sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático); neste grupo inclui-se a pseudociese, diarreia e retenção urinária (Figueira et al., 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Podem ser ainda classificadas em positivas ou negativas – com ganho ou perda de função, respectivamente (Greiner, Schnider, & Leemann, 2016).

Epidemiologia

As PSNFs são doenças comuns e debilitantes. Têm uma prevalência de 50 casos por 100 000 habitantes e uma incidência de 4 a 12 casos por 100 000 habitantes por ano. Estima-se que 5.4% dos doentes em consulta externa de neurologia em centros terciárias têm o diagnóstico de PSNF e que 1 a 10% dos doentes internados em Serviços de Neurologia padecem desta perturbação. O diagnóstico nalgumas situações é difícil e complexo e, no caso das crises não epiléticas, estima-se que o diagnóstico correcto é estabelecido, em média, ao fim de 7 anos de investigação (Baslet, 2012; Greiner et al., 2016).



A sua expressão é mais acentuada no género feminino, correspondendo a cerca de 60-75% dos casos (Espay et al., 2018). A idade de início é no final da adolescência ou princípio da idade adulta, sendo raro o aparecimento antes dos 10 anos ou depois dos 35 anos (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A comorbidade com patologias orgânicas é significativa, sendo que 5-10% dos doentes com crises não epiléticas têm epilepsia. Adicionalmente, cerca de dois terços dos doentes com PSNF apresentam concomitantemente patologia psiquiátrica (O'Neal & Baslet, 2018). Neste grupo as mais frequentes são as perturbações depressivas, ansiosas e a perturbação de stress pós-traumático (Cottencin, 2014). No entanto, este facto não deve conduzir os clínicos a minimizar e/ ou ignorar queixas neurológicas que os doentes com patologia psiquiátrica possam apresentar, erro designado por *Diagnostic Overshadowing* (Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007).

Etiologia

A etiologia das PSNFs não é actualmente clara. Parecem haver alguns factores predisponentes como: traços disfuncionais da personalidade, disfunção familiar e presença de doença orgânica (como por exemplo epilepsia). Alguns autores, incluem também o défice intelectual (baixo Quociente de Inteligência) e pertença a grupo socioeconómico baixo (Saraiva & Cerejeira, 2014). A literatura é igualmente inconclusiva quanto à ocorrência de eventos traumáticos (sexual ou não sexual) na patogénese das PSNFs. Efectivamente, a história de trauma é mais comum em doentes com PSNF comparativamente a grupos control. Esta associação é mais notória na perturbação de crises não epiléticas- alguns estudos avançam que 90% dos doentes com este subtipo sofreram algum tipo de trauma (abuso ou negligência em idade precoce, abuso sexual, violência doméstica, história de *bullying*, envolvimento em acidentes, entre outros) (Reuber, Howlett, Khan, & Grunewald, 2007). Em conformidade com estes resultados, os doentes com perturbação de crises não epiléticas apresentam maior comorbidade com perturbação de stress pós-traumático, com percentagens que variam entre os 22% - 100%. Adicionalmente, parece também haver uma correlação com perturbação de personalidade cluster B (Beghi et al., 2015).

Literatura crescente tem demonstrado que existem diferenças funcionais e estruturais no sistema nervoso central de doentes com PSNF. Sumariamente, estudos de neuroimagem estrutural evidenciam: diminuição do volume dos núcleos lentiforme, talâmico e caudado, e aumento do córtex pré-frontal bilateralmente em PSNFs motoras; atrofia cortical das regiões motoras e pré-motoras no hemisfério direito e

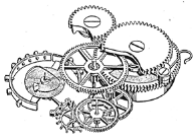
atrofia cerebelar bilateral na perturbação de crises não epiléticas. No entanto, estas alterações poderão ser secundárias, sendo ainda necessários estudos sobre o seu papel na etiopatogenia das PSNFs (Espay et al., 2018; Hallett, 2016; O'Neal & Baslet, 2018).

Estudos funcionais demonstram, por outro lado, que doentes com PSNFs parecem activar de forma diferente o seu sistema nervoso central. Por exemplo, indivíduos com PSNFs motoras apresentam hipoactivação de vias neuronais corticais e subcorticais; doentes com PSNF visual parecem ter hipoactivação no córtex visual primário e de associação; maior activação da amígdala na presença de estímulos emocionais; conectividade anormal entre as áreas motoras suplementares e límbicas. Estes estudos levantam a hipótese de que as PSNFs poderão ter, em parte, origem em alterações nas áreas envolvidas na regulação emocional e no planeamento, execução e interpretação/ atribuição de movimentos (Hallett, 2016; O'Neal & Baslet, 2018).

Diagnóstico

O diagnóstico de PSNF assenta no exame físico: o doente apresenta sintomas incompatíveis com a anatomia e funcionamento do sistema nervoso central e periférico; são também inconsistentes e incongruentes ao longo do exame físico; estes sintomas atenuam ou desaparecem com manobras de distração; e, por último, estão presentes sinais positivos (como o sinal de Hoover, sinal do abductor, entre outros). O diagnóstico é positivo e não de exclusão, não sendo necessários exames complementares de diagnóstico. Estes, quando são realizados, deverão ser dirigidos e limitados. A realização de uma investigação exaustiva aumenta a incerteza e preocupação dos doentes; adicionalmente, poderão ser descobertos achados acidentais que promovem mais investigação e realização de procedimentos invasivos, provavelmente desnecessários. Em casos mais complexos pode ser necessário a realização de exames complementares, como seja o vídeo-electroencefalograma nas crises não epiléticas ou o electroencefalograma com potenciais visuais evocados na cegueira (Edwards & Bhatia, 2012; Hallett, 2016).

A literatura indica que o diagnóstico de PSNF pode ser feito de uma forma confiável, sendo a taxa de falsos diagnósticos estimada em 4% (Cottencin, 2014; Espay et al., 2018). Importante referir que a *la belle indifférence* classicamente associada a esta entidade, está na maioria dos casos ausentes – os doentes, globalmente, apresentam-se preocupados e angustiados com os seus sintomas (Hallett, 2016).



A comunicação do diagnóstico

A transmissão do diagnóstico ao doente e familiares é um importante e decisivo momento na orientação terapêutica dos doentes com PSNFs, sendo que uma comunicação empática e clara pode ser em si terapêutica (Stone, 2016).

O clínico deve assegurar ao doente que este tem uma doença, mas que esta não advém de alterações orgânicas. Alguns autores defendem mesmo que os achados do exame físico devem ser explicados ao doente de forma a demonstrar a inexistência de substrato orgânico. Isto não significa que não exista uma doença; pelo contrário, o técnico deve reconhecer e validar o sofrimento e disfuncionalidade secundários à PSNF. A postura a adoptar deverá ser empática e contidora, e não acusatória e de desvalorização do quadro clínico. Termos como “psicogénica”, “pseudocrise”, “cismas” (entre outros) devem ser evitados, pois são pejorativos e podem ser interpretados pelo doente como simulação. Se o doente se sentir desvalorizado e incompreendido nas primeiras avaliações, poderá ocorrer o “nomadismo médico”: fenómeno que consiste na ida a vários técnicos, especialidades médicas ou mesmo diferentes hospitais, à procura de uma resposta para o seu quadro. Resposta essa que lhe foi transmitida inicialmente, mas de forma errada. É importante, assim, a promoção de uma comunicação clara e empática, e o estabelecimento de uma boa relação terapêutica - estes são pilares fundamentais no tratamento das PSNFs. Uma abordagem precoce e não invasiva pode alterar positivamente o prognóstico (Cottencin, 2014; Espay et al., 2018).

Tratamento

A literatura é clara quanto à abordagem das PSNFs: esta deverá assentar numa perspectiva holística, por oposição à visão dualista cartesiana clássica. Os clínicos deverão integrar no tratamento os aspectos biológicos (genética, alterações anatómicas e funcionais), intrapessoais (temperamento, cognições, emoções) e interpessoais (dinâmicas familiares, contexto socio-laboral). O tratamento engloba três modalidades: psicoterapia, psicofarmacologia e terapias físicas (Ali et al., 2015; Cottencin, 2014).

Na psicoterapia, as mais estudadas e referenciadas na literatura são a psicoterapia dinâmica e cognitivo-comportamental (Edwards & Bhatia, 2012; Greiner et al., 2016).

A teoria psicodinâmica defende que nas PSNFs existe um conflito intrapsíquico que é “convertido” e expresso simbolicamente no sintoma neurológico. O tratamento consiste em abordar o contexto vivencial em que surgiu o sintoma e situações no passado semelhantes; explorar quais as áreas e

de que forma o sintoma interfere e, também, como reagem os outros à sua situação. Estes tópicos são importantes para perceber quais os ganhos secundários que a doença trouxe ao doente e que podem estar a condicionar a sua manutenção. O foco na biografia do doente, nomeadamente experiências precoces e dinâmicas familiares, poderão elucidar qual o conflito do doente e o possível simbolismo/ significado do sintoma. A análise de experiências traumáticas, a ser realizada, deverá ser cuidadosa pois pode induzir uma grande desorganização e regressão no doente (Cottencin, 2014; Kaplan, 2014; Sharma, Jones, & Factor, 2017).

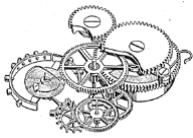
O objetivo da terapia é assim promover uma melhor capacidade de mentalização no indivíduo, nomeadamente, reconhecer os seus desejos, conflitos e emoções, permitindo a sua comunicação pela palavra e não exclusivamente pelo corpo. Pretende também auxiliar o doente a construir uma narrativa mais coerente sobre si (Hinson, Weinstein, Bernard, Leurgans, & Goetz, 2006; Kaplan, 2014).

O tratamento psicofarmacológico centra-se apenas no tratamento das comorbilidades psiquiátricas, por exemplo antidepressivos no caso de um episódio depressivo ou perturbação ansiosa. Não é recomendada a prescrição de fármacos para o sintoma da PSNFs (fármacos antitremor no tremor funcional, é um exemplo), devendo o clínico reduzir a medicação ao indispensável e evitar poliprescrições (Espay et al., 2018; Greiner et al., 2016).

A fisioterapia está indicada nas PSNFs motoras, sendo que em 2015 um consenso de especialistas do Reino Unido publicou um artigo em que suporta e recomenda este tratamento (Nielsen et al., 2015). A terapia ocupacional e terapia da fala são outras modalidades com respostas favoráveis nas PSNFs motoras (Espay et al., 2018).

Novas abordagens, com respostas globalmente favoráveis, têm sido estudadas, como a Estimulação Eléctrica Transcutânea e a Estimulação Magnética Transcraniana. A sedação com agentes anestésicos para tratamento de doentes com PSNFs, foi uma técnica usada no final da Segunda Guerra Mundial. Actualmente, este procedimento está novamente a ser investigado, com alguns autores defendendo a aplicabilidade da sedação com propofol em PSNFs graves (Stone, Hoeritzauer, Brown, & Carson, 2014).

Resultados promissores têm sido obtidos em centros especializados em PSNFs, que assentem numa abordagem multidisciplinar, com cooperação entre as diferentes áreas. Alguns autores desenvolveram, inclusivamente, *consultas combinadas*, com a presença simultânea de neurologia e psiquiatria no processo terapêutico (Cottencin, 2014; Kranick, Gorrindo, & Hallett, 2011).



Prognóstico

As PSNFs têm globalmente mau prognóstico, com marcada disfuncionalidade (laboral e social), curso crónico e agravamento progressivo (O'Neal & Baslet, 2018).

Estudos epidemiológicos sugerem que algumas PSNFs motoras, como o tremor funcional, estão associadas a pior qualidade de vida e maior incapacidade, em comparação com doenças "orgânicas", como a Doença de Parkinson. Também neste sentido, estudos de follow-up com indivíduos com perturbação de crises não epiléticas, demonstram que estes pacientes apresentam níveis mais baixos de qualidade de vida, comparativamente a doentes com epilepsia refratária (Rommelfanger et al., 2017).

Os fatores de bom prognóstico são: idade jovem, diagnóstico precoce, os sintomas paralisia, afonia e cegueira, e dos quais é possível entender o seu "simbolismo" e "contar uma história" ao longo do processo psicoterapêutico. Os fatores associados a mau prognóstico são: longa duração dos sintomas, presença de doença física co-mórbida, traços disfuncionais da personalidade, existência de ganhos secundários e os sintomas tremor e crises não epiléticas (Kaplan, 2014).

Conclusões

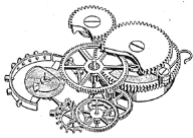
A PSNF é uma doença comum e incapacitante, com uma etiopatogenia ainda pouco compreendida. Num artigo publicado em 2017 na revista *Lancet*, Keynejad e colegas alertam para o desinteresse da psiquiatria nesta área, por oposição à crescente investigação da neurologia; questionam mesmo se esta não será uma questão "reprimida" e um "ponto cego" da psiquiatria (Keynejad, Carson, David, & Nicholson, 2017). Como descrito ao longo deste artigo, a abordagem às PSNFs deve ser integradora e holística, e não com clivagem entre as diferentes especialidades. É assim necessária uma intervenção multidisciplinar, com diálogo e cooperação entre as várias áreas envolvidas, auxiliando o doente, a também ele, melhor compreender e comunicar as suas angústias.

Conflito de interesses:

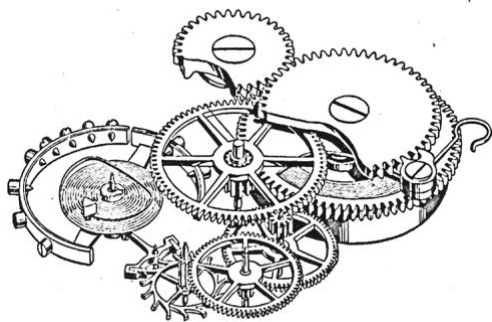
As autoras não têm conflito de interesses a declarar.

Referências Bibliográficas:

- Ali, S., Jabeen, S., Pate, R. J., Shahid, M., Chinala, S., Nathani, M., & Shah, R. (2015). Conversion Disorder- Mind versus Body: A Review. *Innovations in clinical neuroscience*, 12(5-6), 27-33.
- Baslet, G. (2012). Psychogenic nonepileptic seizures: a treatment review. What have we learned since the beginning of the millennium? *Neuropsychiatr Dis Treat*, 8, 585-598. doi:10.2147/ndt.s32301
- Beghi, M., Negrini, P. B., Perin, C., Peroni, F., Magaouda, A., Cerri, C., & Cornaggia, C. M. (2015). Psychogenic non-epileptic seizures: so-called psychiatric comorbidity and underlying defense mechanisms. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2519-2527. doi:10.2147/NDT.S82079
- Cordeiro, J. C. D. (2009). *Manual de Psiquiatria Clínica* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cottencin, O. (2014). Conversion disorders: psychiatric and psychotherapeutic aspects. *Neurophysiol Clin*, 44(4), 405-410. doi:10.1016/j.neucli.2013.09.005
- Edwards, M. J., & Bhatia, K. P. (2012). Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. *Lancet Neurol*, 11(3), 250-260. doi:10.1016/s1474-4422(11)70310-6
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., . . . Morgante, F. (2018). Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*, 75(9), 1132-1141. doi:10.1001/jamaneurol.2018.1264
- Fabião, C., Fleming, M., & Barbosa, A. (2011). Functional somatization: a conceptual review. *Acta Médica Portuguesa*, 24(5), -686. doi:10.20344/amp.511
- Figueira, M. L., Afonso, P., & Sampaio, D. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Greiner, C. A., Schneider, A., & Leemann, B. (2016). Functional neurological disorders: a treatment-focused review. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(08), 234-240.
- Hallett, M. (2016). Functional (psychogenic) movement disorders - Clinical presentations. *Parkinsonism & related disorders*, 22 Suppl 1(0 1), S149-S152. doi:10.1016/j.parkreldis.2015.08.036
- Hinson, V. K., Weinstein, S., Bernard, B., Leurgans, S. E., & Goetz, C. G. (2006). Single-blind clinical trial of psychotherapy for treatment of psychogenic movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord*, 12(3), 177-180. doi:10.1016/j.parkreldis.2005.10.006
- Kaplan, M. J. (2014). A psychodynamic perspective on treatment of patients with conversion and other somatoform disorders. *Psychodyn Psychiatry*, 42(4), 593-615. doi:10.1521/pdps.2014.42.4.593
- Keynejad, R. C., Carson, A. J., David, A. S., & Nicholson, T. R. (2017). Functional neurological disorder: psychiatry's blind spot. *The Lancet Psychiatry*, 4(3), e2-e3. doi:10.1016/S2215-0366(17)30036-6
- Kranick, S. M., Gorrindo, T., & Hallett, M. (2011). Psychogenic movement disorders and motor conversion: a roadmap for collaboration between neurology and psychiatry. *Psychosomatics*, 52(2), 109-116. doi:10.1016/j.psym.2010.12.017
- Lehn, A., Gelauff, J., Hoeritzauer, I., Ludwig, L., McWhirter, L., Williams, S., . . . Stone, J. (2016). Functional neurological disorders: mechanisms and treatment. *J Neurol*, 263(3), 611-620. doi:10.1007/s00415-015-7893-2
- Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2016). The classification of conversion disorder (functional neurologic symptom disorder) in ICD and DSM. *Handb Clin Neurol*, 139, 189-192. doi:10.1016/b978-0-12-801772-2.00016-3
- Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A., Brown, M., Sparkes, C., Farmer, R., . . . Edwards, M. (2015). Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 86(10), 1113-1119. doi:10.1136/jnnp-2014-309255
- O'Neal, M. A., & Baslet, G. (2018). Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *American Journal of Psychiatry*, 175(4), 307-314.
- Reuber, M., Howlett, S., Khan, A., & Grunewald, R. A. (2007). Non-epileptic seizures and other functional neurological symptoms: predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *Psychosomatics*, 48(3), 230-238. doi:10.1176/appi.psy.48.3.230
- Rommelfanger, K. S., Factor, S. A., LaRoche, S., Rosen, P., Young, R., & Rapaport, M. H. (2017). Disentangling Stigma from Functional Neurological Disorders: Conference Report and Roadmap for the Future. *Front Neurol*, 8, 106. doi:10.3389/fneur.2017.00106
- Ruiloba, V. R. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*.
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel.



- Sharma, V. D., Jones, R., & Factor, S. A. (2017). Psychodynamic Psychotherapy for Functional (Psychogenic) Movement Disorders. *J Mov Disord*, 10(1), 40-44. doi:10.14802/jmd.16038
- Stone, J. (2016). Functional neurological disorders: the neurological assessment as treatment. *Pract Neurol*, 16(1), 7-17. doi:10.1136/practneurol-2015-001241
- Stone, J., Hoeritzauer, I., Brown, K., & Carson, A. (2014). Therapeutic sedation for functional (psychogenic) neurological symptoms. *J Psychosom Res*, 76(2), 165-168. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.10.003
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*, 19(2), 113-122. doi:10.1080/09540260701278937



RAINHA VICTORIA, MÃE DE TODOS, MÃE DE NINGUÉM. QUEEN VICTORIA, MOM OF EVERYBODY, MOM OF NOBODY.

Mariana Costa Martins¹, Luís Delgado²*

Resumo:

No presente artigo propomos refletir sobre período vitoriano, enquanto contexto de mudanças e desenvolvimentos científicos ao nível da Psicologia. Dá-se relevo à pessoa e símbolo que deu o nome a este período e o moldou – a Rainha Victoria, através de uma análise psicodinâmica e psicossomática da própria. Victoria foi uma figura materna castradora para os seus descendentes e os seus súbditos (simbolicamente, também seus filhos). Como modelo dos valores da época e adepta do progresso, Victoria teve um papel importante na cultura e nas estruturas psicológicas predominantes durante o seu reinado (neuróticas e melancólicas, à sua semelhança). Nesse sentido, deixou influências na Psicologia e Psicoterapia (em particular, na Psicanálise) enquanto ciências em pleno desenvolvimento na altura.

Palavras chave: Experiência do parto; Analgesia; Vinculação materna; Luto; Contexto Histórico.

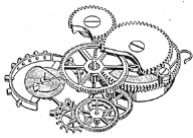
Abstract:

In this article we propose to deepen our understanding on the Victorian Era as the movement that led to changes and scientific development in Psychology. By giving relevance to its main symbol and person who gave the name to this era, and molded it – Queen Victoria, by doing a psychodynamic and psychosomatic analysis of her own. Victoria was a castrating mother figure to her children and her subjects (who likewise, were symbolically her children). As a model to the values of her time, and supporter of progress, Victoria had an important role to the culture, and psychological structures that were predominant during her reign (neurotic and melancholic, in her likeness). In this way, she also influenced Psychology and Psychotherapy (particularly, Psychoanalysis) as sciences in progress at her time.

Keywords: Labour Experience; Analgesia; Maternal Attachment; Mourning; Historical context.

* ¹Mestre em Psicologia Clínica,
ISPA, IU,
Lisboa, Portugal.

²Doutor em Psicologia,
Professor do ISPA, IU,
Lisboa, Portugal.



Introdução

A época vitoriana, como o nome indica, foi o período de tempo referente ao reinado da rainha Victoria (1837-1901) do Reino Unido. É conhecido por ter sido um período progressista especialmente na indústria e na ciência, mas ao mesmo tempo detentor de uma cultura marcada por rituais de luto e repressão sexual a nível das relações amorosas.

O moralismo por detrás desta repressão tinha o mesmo intuito que o investimento no progresso: o futuro da sociedade; o conhecer a biologia humana por detrás da procriação; a contenção no sentido de refletir e considerar quantos filhos o casal desejaria ter. Foi um período marcado por fortes crenças religiosas que contrastavam com a ascensão de ideologias agnósticas que permitiam o desenvolvimento de certas áreas da ciência até então censuradas por ideais estritamente religiosos (Adams, 1999; Mason, 1994; Mathieson, 2012).

O contexto europeu e vitoriano foi essencial para o desenvolvimento teórico e prático da Psicologia e da Psicanálise, pois “A subjetividade da época freudiana emanava de uma sociedade que gerava o recalque e a culpa, formando neuróticos.” (Mendes, 2006, pp.27).

A Psicologia foi construída e estruturou-se de forma muito diversa encontrando-se entre os elementos empíricos os sintomas neuróticos, como os sonhos e atos falhos da vida quotidiana, o automatismo psíquico (como acontece por exemplo, na escrita automática), mas também os já populares na altura: hipnotismo e o espiritismo (e o estado de transe mediúnico), (Ellenberger, 1970; Berg, 1970; Crabtree 1993).

Ao apontar o significado sexual das neuroses, Freud teve o mérito de dar um passo em frente, para além das técnicas populares da altura (como a hipnose). O papel determinante da sexualidade no conteúdo do material reprimido foi uma descoberta importante da Psicanálise. Por isso, Freud reivindicou para a Psicanálise a descoberta de algo que passara despercebido até então: a etiologia sexual das neuroses e o inconsciente (Rocha & Rocha, 2017).

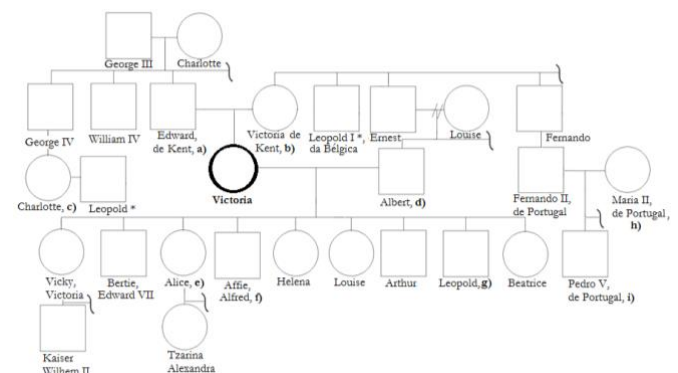
Assim, compreender o período vitoriano é também contextualizar o nascimento da Psicanálise, e o que antecedeu ao desenvolvimento da mesma. Ou seja, a um movimento de uma relação mais complexa, aprofundada e dinâmica entre corpo e mente, entre conteúdos conscientes e inconscientes. Será, portanto, interessante compreender a pessoa e o símbolo que deu o nome a este período e que o marcou – a Rainha Vitória, e o que a levou a ser a principal influência da época.

Para conhecer a pessoa e não só a figura pública, foi essencial uma análise numa perspetiva dinâmica da pessoa em si, assim como uma análise ao nível da psicossomática,

procurando compreender como através desta rainha foram quebradas determinadas barreiras ao nível das vivências das mulheres no que diz respeito à gravidez e maternidade.

Para cumprir tal objetivo, foi benéfica uma seleção das principais biografias e autobiografias desta rainha, fugindo assim aos rumores, interpretações variadas dos mesmos eventos, e romances históricos ficcionados. Esta seleção foi possível através da lista de biografias presente em “The Biography Book”, Burt (2001), de onde retirámos como principais fontes de informação a autobiografia escrita por Hibbert (2000) e a biografia de Longford (1964), entre outras obras que as apoiaram e complementaram.

A vida de Alexandrina Victoria, 1819 – 1901.

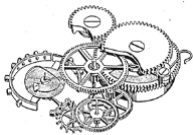


- a) 1820, pneumonia.
- b) Março de 1861.
- c) 1817, a dar à luz.
- d) 14 de Dezembro 1861, febre tifoide
- e) 14 de Dezembro 1878, causada pela própria.
- f) Julho de 1900.
- g) 1853, de hemofilia.
- h) 1853, no parto da sua 10ª gravidez.
- i) 11 de Novembro de 1861, febre tifoide.

Figura 1 – Seleção de parte da árvore genológica da Rainha Victoria, retirada de Longford (1984). Legenda abaixo, como principais perdas / falecimentos na família.

Alexandrina Victoria de Saxe-Coburg e Gota e Hanover, nasceu no Palácio de Kensington em 1819, foi criada e protegida como filha única e herdeira do trono. Viveu isolada durante a sua infância e adolescência. Habitualmente, não lhe era permitido sair nem frequentar com regularidade a corte do seu tio, o rei William IV.

O seu pai, o Duque de Kent, morreu de pneumonia quando ela tinha apenas 8 meses de idade. Enquanto vivo



ainda realçou como a sua esposa estava determinada a dar-lhe, o “nutrimento maternal” – referindo-se ao processo de amamentação, habitualmente feito por amas.

Cresceu sem pai mas rodeada de tios. Nenhum dos tios contribuiu para a criação de um bom modelo de relações amorosas, sendo a geração dos seus pais e tios marcada por mortes, divórcios e interesses de poder. Foi para a afastar desses interesses que foi criado um sistema de restrições à sua volta.

Descreveu a sua infância como triste e entediante, uma vez que até aos 17 anos (quando se tornou rainha) não estava sequer autorizada a descer escadas sem dar a mão a um adulto e, ainda, dormia no mesmo quarto que a mãe. No quarto ao lado, dormia a Baronesa Lezhen, a governanta que a acompanhou durante muitos anos (Longford, 1964). Victoria cresceria ressentindo a própria mãe por esta exigência de proximidade sufocante e constante.

Após a ascensão ao trono é confrontada com a questão do casamento, sobre a qual escreve: “Receava sequer pensar em casamento, estava demasiado habituada a fazer as coisas à minha maneira, pensava que nunca iria concordar com quem quer que fosse” (Longford, 1964, pp. 106).

Quando é informada que o seu primo Albert estaria de visita, não cede de imediato, escrevendo “posso vir a gostar dele como amigo, primo, irmão, mas não mais...” (Longford, 1964, pp.125), e ainda transmitindo ao seu Tio Leopold (promotor desta união) que, “anseio que fique compreendido que não serei culpada de quebrar qualquer promessa, pois nunca prometi nada” (Hibbert, 2000, pp.54).

Já coroada, recebe então o seu primo a 10 de Outubro 1839, no dia seguinte escrevia “Albert é deveras charmoso, e tão excessivamente bonito, com olhos azuis como os meus”. A 14 de Outubro refere, “contei ao Lord M que vou pedir Albert em casamento”, e em 15 de Outubro faz o pedido e escreve “Oh! Sentir que fui e sou amada por um anjo como Albert, é uma euforia que não consigo descrever. Ele é perfeição – perfeição em tudo” (Hibbert, 2000).

Na noite de núpcias escreveu: “tive uma dor de cabeça tal que nem consegui comer, e no resto da noite fui obrigada a deitar-me no meio do quarto azul, no sofá, mas, doente ou não, nunca passei uma noite assim”, (Hibbert, 2000, pp.64). No dia a seguir escreveu “de facto, não dormimos muito” (Hibbert, 2000, pp.64).

Os dois encontraram um interesse em comum – a música – e uma complementaridade de personalidades e fragilidades. Se Victoria era impulsiva e supersticiosa, Albert era educado, gentil e melancólico. Se a infância de Victoria tinha sido solitária e com restrições, a de Albert foi livre, e

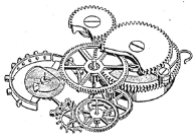
caracterizada por uma relação privilegiada com o seu irmão mais velho, de quem fora inseparável. Se Victoria não teve pai, Albert, por seu lado, não teve mãe. Tendo ficado marcado pelo divórcio dos pais e a pela morte da sua mãe pouco tempo depois (Longford, 1964). Tal como Victoria, Albert repugnava os casos de infidelidade e separações que tanto atormentaram a sua família, e estava determinado a ser melhor. Esta foi a razão da constante procura deste casal pela pureza e pela perfeição, não só um no outro, mas nos filhos (McDowell, 2013).

Porém, tal como a rainha receava, nem sempre houve total concordância, pois foi o marido que a convenceu a finalmente dispensar Lezhen dos seus serviços, o que a mesma fez com um grande sofrimento, tendo sido esta uma das principais razões geradoras de conflito no casal (Longford, 1964).

Victoria mal refere a mãe nos seus diários, a não ser para mencionar “a necessidade de falar com ela sobre... ela sair do palácio” (Hibbert, 2000).

A sua primeira gravidez aconteceu na altura em que procurava individualizar-se e separar-se da mãe (McDowell, 2013). Detestou estar grávida, e os partos originaram um grande sofrimento para a rainha, tanto que em 1853 iniciou o uso de anestésicos da época e sobre os mesmos escreveu “O Dr. Snow deu-me o benedito clorofórmio e o efeito foi imensamente calmante, tranquilizador e agradável.” (Mendonça, 2016, pp.48). Não se interessava pelos bebés (nem mesmo os seus filhos). Nas suas palavras, achava-os “incapazes de fazer mais do que meros movimentos semelhantes aos que fazem as rãs” (Hibbert, 2000, pp.92), e sobre a amamentação referiu ter uma repugnância total pelo processo. Relacionou-se com cada um dos seus filhos, e em especial com as filhas, de forma bastante controladora e diferenciada (McDowell, 2013).

A sua primogénita, “a preciosa Vicky”, foi a menina dos olhos de Victoria e Albert. Já Alice herdou os traços melancólicos e morreu jovem num aniversário da morte do seu pai após se expor propositadamente à doença responsável por adoecer e matar uma das suas filhas (e neta de Victoria). Helena e Louise (as filhas do meio) foram libertas de tantas obrigações políticas, foram descritas como espíritos livres. Porém, a primeira teve tendência para a obesidade e drogas, e a segunda para escândalos (Packard, 1999), tal como o seu irmão Bertie, que em nada correspondeu às expectativas puritanas dos pais (McDowell, 2013). Em cartas, Victoria confidenciou a Vicky o que pensava sobre as suas outras filhas, dizendo, “são amáveis mas não me confortam” (Hibbert, 2000). Já a pequena Beatrice (a mais nova), viveu na sombra da mãe, cumprindo funções semelhantes às de uma secretária



pessoal até esta morrer (Packard, 1999). “Beatrice ajudou-me a ler telegramas a seguir ao chá, já que a minha visão está tão má” (Hibbert, 2000, pp.332).

Aquando da realização de um retrato, Victoria pediu que a versão pública do mesmo fosse feita de modo a que ela tivesse uma expressão séria (“como uma rainha deveria ter”). Na mesma altura pede um retrato com uma expressão mais amistosa e sorridente para oferecer aos filhos. Porém, pouco conforto esse retrato trouxe aos seus filhos, pois não se assemelhava à mãe que conheciam (Longford, 1964).

Em Março de 1861, Victoria perde a sua mãe e sofre um surto nervoso, marcado pela culpa de não ter aproveitado as oportunidades para corresponder ao amor que a sua mãe sentia por ela, que só descobriu através dos diários que a mãe lhe deixou (Longford, 1964).

Em Dezembro do mesmo ano, Albert morre de tifoide - doença que o casal começou a recear obsessivamente após a morte de Pedro V de Portugal (vítima da mesma doença em Novembro). “Não precisávamos desta morte tão fresca, neste ano tão triste, neste inverno triste, tão diferente daquilo que até então conhecemos”. Pedro era como um filho para Albert - um rei jovem, inteligente, culto, educado e filho de Fernando (seu primo direito). Pedro, no fundo, era o filho que Victoria e Albert desejavam que Bertie fosse. Perante esta perda, Albert, já num estado frágil, ficou mais instável, alternando entre momentos de esperança e crises onde achava que a tifoide iria também de certeza matá-lo, acabando por morrer a 14 de Dezembro de 1861 (Longford, 1964; Lopes, 2016).

Aquando da morte do marido, Victoria foi carregada ao colo para fora do quarto onde Albert morrera, e fica apática até ouvir chegar os seus filhos, alarmados pelo choro compulsivo da mãe, que lhes suplicou “Não me vão abandonar? Vão todos ajudar-me?”. Mais tarde, escreve sobre este momento: “nunca esquecerei o quão lindo o meu querido parecia ali deitado com o sol a tocar a sua cara, os seus olhos com um brilho estranho, como se estivessem pousado em objetos que nunca tinha visto & não a olharem para mim”. (Longford, 1964, pp.300).

Para a rainha, a morte do marido era resultado de trabalho a mais, de preocupações, de aborrecimentos e do que se passou em Curragh (Longford, 1964), onde Bertie manteve uma relação com uma prostituta, o que levou Albert (já doente) a ir ao encontro do filho, numa noite chuvosa, para falar seriamente sobre o seu comportamento e a importância de deixar relações casuais e casar (McDowell, 2013). A culpa pela morte do pai recaiu sobre Bertie, o filho mais velho. “Bertie partiu o coração do papá” (Longford, 1964, pp. 314).

Numa carta enviada a Vicky, a 27 de Dezembro de 1961, escreve “Oh, aquele rapaz – por muita pena que sinta

dele nunca voltarei a olhar para ele sem estremecer, não sabe que eu sei de tudo, o teu adorado papá disse-lhe que eu não poderia saber dos detalhes repugnantes” (Hibbert, 2000, pp.158).

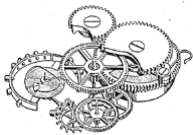
As perdas sucessivas de 1861 marcaram fortemente Victoria. Ficou tímida, púdica, entrando num dito “coma emocional”, marcado por explosões histéricas com momentos de grande melancolia, escrevendo “Como é que estou viva depois do que experienciei?”. Passou a usar preto diariamente e todos os dias pedia para prepararem uma das vestes do marido, pronta a vestir, para ser posta no quarto que tinha pertencido ao mesmo e que manteve preservado tal e qual como ele o deixou. Passou a ter insónias e pesadelos terríveis, e sobre a sua vivência à noite escreveu “Que terrível é ir para cama! Que contraste em relação ao ternurento amor de um ente querido. Completamente solitário!” (Longford, 1964, pp.308).

Demorou quatro anos a voltar a realizar serviços públicos (Longford, 1964), e o seu sofrimento foi principalmente expresso nas cartas à sua filha mais velha, Vicky: “O que vai ser de todos nós? Deste infeliz país, da Europa, de todos? Para vocês todos, a perda de tal pai é totalmente irreparável”, (Hibbert, 2000, pp. 156); “Oh! Fatigada, fatigada fica a pobre cabeça que não tem um ombro onde descansar nesta vida desgraçada! A minha miséria – meu desespero aumenta diariamente, de hora em hora” (Hibbert, 2000, pp.160).

Mesmo muitos anos depois da morte do marido (14 de Dezembro de 1899), escreve no diário “Já passaram trinta e oito anos desde da terrível catástrofe que arruinou e mudou a minha vida, e me privou do meu anjo da guarda, o melhor dos maridos e o mais nobre dos homens!” (Hibbert, 2000, pp.340).

John Brown foi o escolhido por Albert para apoiar Victoria quando ele morresse. Em Brown a rainha encontrou de novo vontade de viver. Um homem bonito, inteligente mas brusco, e que se tornou uma das suas companhias favoritas. Se Albert via os costumes religiosos como apenas um meio de praticar boas morais (e não como um dogma), com Brown a rainha começou a questionar e a debater esse mesmo assunto, ouvindo as opiniões que o mesmo tinha sobre a religião e as crenças que daí advêm (Longford, 1964).

Quando Victoria expressava preferência por alguém, fazia questão de manter essa pessoa por perto, não se inibindo de usar o poder para o conseguir, tal como escreve a 11 de Agosto, 1888: “Estou a fazer arranjos para nomear Abdul munshi, pois penso que foi um erro trazê-lo enquanto criado (...) Fiz esta mudança acontecer, uma vez que ele estava



ansioso por voltar para a Índia (...). Porém, desejo particularmente reter os seus serviços.”, (Hibbert, 2000, pp.313).

Na realidade, a rainha conheceu Abdul Karim, (de 24 anos, alto e esperto), quando este foi seu criado após a morte de Brown, aperfeiçoando a arte deste de despertar a imaginação da rainha. Perante a sua preferência por Abdul, fez arranjos para que a família do mesmo viesse desde da Índia para junto dele, e ordenou que fossem destruídas todas as fotos onde ele estivesse a servir à mesa. Nomeou-o primeiro munshi e depois secretário da Índia, aprendendo com o ele idiomas, sociologia e religião. Sobre o papel de Abdul na vida pessoal de Victoria, mais do que ajuda prática nas tarefas e deveres diários da rainha, Abdul, à semelhança de Albert e Brown, tornou-se uma figura da qual Victoria dependeu emocionalmente. A sua ausência foi vivida como um facto perturbador: “por agradável que seja Abdul voltar para a Índia amanhã, lamento-o, pois será muito difícil estudar sozinha, e ele é habilidoso e útil de variadas maneiras”(Hibbert, 2000, pp.313). Esta amizade (tal como a amizade com Brown) em muito desagradou as pessoas à sua volta (inclusive os seus filhos). Contudo, a rainha não cedeu à pressão que sofreu para dispensar a ambos dos seus serviços (Longford, 1964, Hibbert, 2000).

Em relação aos seus netos, tal como em relação aos filhos, também houve preferências a registar. Salientou-se o primogénito de Vicky, o Kaiser Wilhem II. Como se pode ver nesta sua carta a Wilhem, 5 de Janeiro 1896: “Como tua avó que tem mostrado sempre tanto afeto e sobre a qual o exemplo sempre falaste com os maiores dos respeitos, sinto que não posso deixar de expressar um forte lamentar pelo telegrama que enviaste” (Hibbert, 2000, pp.332).

Por sua vez, a sua neta predileta foi Alexandra (filha de Alice e última Tzarina da Rússia) pela qual sempre mostrou especial afeto e preocupação, tal como escreveu a 23 Junho, 1894, Hibbert, 2000, pp.329:

“ (...) tão nova e provavelmente colocada num trono inseguro, a sua querida vida em cima do seu marido constantemente ameaçado e sem possibilidade de a ver a não ser raramente. É uma grande ansiedade adicional nos meus últimos anos! Oh! Como desejo que não tivesse de perder a minha querida Alicky”.

Devido à sua idade avançada, Victoria viu morrer Brown, 3 dos seus 9 filhos, e muitos netos (Longford, 1964). “Oh, Deus! Perdi também o meu querido e pobre Affie! O terceiro dos meus filhos adultos a partir, para além dos meus adorados genros. É duro aos 81 anos!” (Hibbert, 2000, pp.346).

Morreu a 22 de Janeiro de 1901, rodeada pelos filhos e netos. Antes de morrer, (com o seu médico de um lado da cama, Wilhem do outro e Bertie presente mas mais afastado), pediu para ser enterrada vestida de branco, com um véu de noiva, ao lado do marido, com um camisa do mesmo e com pedaço de cabelo de Brown colocado em segredo (Longford, 1964).

A era vitoriana: o luto e as mudanças sociais.

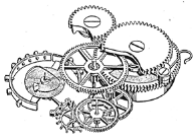
O período Vitoriano foi um período caracterizado por mudanças sociais intensas e por uma cultura de pureza e de pudismo, que tinha como base a repressão sexual e as crenças religiosas. Estes valores predominantemente familiares visavam refletir no futuro da sociedade, em prol do progresso da mesma (Adams, 1999; Mason, 1994).

Victoria e Albert, através da imagem pública que promoviam, enquanto casal e pais encaixaram-se como modelo destes valores puritanos (McDowell, 2013). A sua influência é visível quando Victoria torna popular o vestido de noiva branco (ainda hoje usado), simbolizando a virgindade e a pureza das noivas. “Ela usou um vestido de cetim branco aparado com renda Honiton inglesa e um colar de diamantes” (Longford, 1964, pp. 142).

Dentro desta procura pela pureza, existe ainda outra ligação específica entre o período vitoriano e a rainha que lhe deu o nome - a imagem que tinham da prostituição, e da prostituta como uma mulher impura, errante e perturbada. Perturbação essa assinalada na altura como uma perturbação provinda dos órgãos sexuais das mulheres (Mathieson, 2012; Monteiro, 1998; Nead, 1990).

Este modelo de relações amorosas (e sexuais) promovido pelo casal real inglês esteve muito presente nas expectativas que tinham dos seus filhos, genros e noras (McDowell, 2013) - “Alexandra [esposa de Bertie] é amável, que perfil tão bonito e refinado, e que conduta deveras feminina, que fez a mais favorável impressão” (Hibbert, 2000, pp. 166). Enquanto familiares da maioria da realeza da Europa, essa influência não ficou dentro das fronteiras do Reino Unido. Por exemplo, aquando da coroação de Pedro V de Portugal, Albert escreveu-lhe “Precisas de uma rainha que desse a toda corte e ao lar, a plenitude e normalidade que não pode ser esperada de um celibatário. A rainha devia ser jovem, bonita, pura, bem-educada e instruída, não ser beata nem mimada. Julgamos ter encontrado uma pessoa com estes requisitos [referindo-se à futura rainha D. Estefânia]”, (Lopes, 2016, pp.261).

Esta procura de perfeição e recato resultou de um modelo cristão e burguês para promover uma imagem da



família real que fosse aceite, amada e idolatrada pelos seus súbditos. Para que tal estratégia fosse eficaz, houve uma diferença significativa entre as verdadeiras vivências deles enquanto casal (inclusive a nível sexual), entra a sua realidade familiar íntima, e aquilo que era transmitido para o público. Para serem vistos um casal harmonioso e moralmente adequado, e como pais carinhosos e capazes, houve vários assuntos que ficaram ocultos na altura para preservar tal imagem (por exemplo, a forma exigente, controladora, conflituosa e autoritária com que Victoria e Albert educavam os filhos, assim como as escapadelas e escândalos de Bertie e de outros membros da família), (McDowell, 2013).

O conhecido intenso e mórbido luto vitoriano (muito presente na história de Victoria na forma como esta lida com a perda do marido, e na forma como desejou ser enterrada) surge nesta época também como um prolongamento dos ideais da sociedade do que seriam as virtudes cristãs e da classe média-alta (bourgeois). À sua imagem ("a rainha viúva"), o preto estabeleceu-se como a cor de referência a ser usada, mesmo quando não se estava de luto. E quando as mulheres estavam de luto pelos maridos, era esperado das mesmas que seguissem a seguinte etiqueta durante pelo menos quatro anos: usar vestidos apenas pretos, véus pretos para cobrir a cara, e joias com pedaços de cabelo do marido. Este tornou-se a norma a ser seguida, pois foi o que fez Victoria quando ficou viúva (Bedikian, 2008; Schor, 1994.).

Sobre a literatura vitoriana, regista-se um contraste entre a política e a filosofia (ciências em pleno desenvolvimento nesta altura) e o oposto, o interesse pelo sobrenatural e a procura de contacto e comunicação com o mesmo (Walker, 1912). Há ainda a salientar o Romantismo como estilo literário. Um estilo baseado nos ideais introduzidos pela Revolução Francesa, que assumem o ser humano como transcendente. São intensificados os conceitos de estrutura cristã de céu, inferno e de vida eterna (Frye, 1968).

Nas ciências, regista-se o contributo particular de Victoria e Albert na anestesiologia obstétrica, tendo sido impulsionadores do uso de clorofórmio para aliviar a ansiedade e a dor da rainha nos seus últimos partos. Tendo em conta o receio e antecipação que a rainha sentia em relação ao perigo e à experiência dolorosa que simbolizavam o parto, Albert contactou com os médicos especializados nesta área. Este referido uso de anestésicos por parte da rainha, permitiu dar rosto a esta questão, até então privada de tais progressos devido aos valores religiosos da época. Por esta razão, e em forma de homenagear o seu contributo, a técnica ficou conhecido como o parto à la reine, (Mendonça, 2016; Tavares, 2013).

Estas circunstâncias da sua história pessoal, leva-nos também a analisar, ao nível psicossomático, as experiências desta rainha durante as suas múltiplas gravidezes, e o impacto destas mudanças na experiência física e emocional das parturientes.

Victoria no parto e na maternidade.

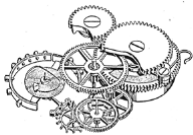
Para Victoria e para todas as mães, a gravidez e o parto foram e são ainda atualmente, uma fase importante no seu ciclo de vida. Onde surgem complexas adaptações e transformações físicas e psicológicas próprias, para que cada mulher seja capaz de mobilizar os seus recursos e enfrentar o stress e dor associados ao momento do parto, que é, frequentemente avaliado como uma forma de ameaça física, mas também emocional (Costa Martins, 2015).

É possível observar registos destas ditas transformações quando a rainha escreve no seu diário após o nascimento dos primeiros filhos, "os homens nunca pensam, ou seriamente pensam, o quão difícil tarefa é para nós mulher passar por isto muitas vezes (...) [Albert] é um cuidador capaz (já eu não, pois a bebé é muito pesada para eu a carregar)" (Hibbert, 2000, p.92). "Tenho sofrido tanto de uma tristeza que me sinto deveras miserável, e eu sei o quão difícil é lutar contra ela. Pergunto-me muito a quem o nosso bebé será mais semelhante.", (Hibbert, 2000, p.93).

Nos casos semelhantes ao de Victoria, ou seja, de mulheres com um número elevado de filhos, as experiências negativas dos primeiros partos podem organizar-se como traumáticas e condicionadoras das vivências da mesma mulher nos partos seguintes (Niven, 1988; Figueiredo, Costa & Pacheco, 2002).

Existem fatores sociodemográficos, culturais, somáticos e psicológicos que têm impacto na dor do parto, e na variabilidade inter e intra individual da sua expressão (Melzack, 1993). Também se nomeiam como fatores impactantes na história de cada gravidez a estabilidade da relação com o companheiro, um investimento positivo na gravidez, e as relações com outras figuras significativas (Lang, Sorrel, Rodgers & Lebeck, 2006). Por estas razões, na literatura a vinculação e a ansiedade no parto aparecem frequentemente como constructos associados entre si.

Especificamente, esta ansiedade está associada a um forte desejo vincutivo de proximidade, de proteção e de tranquilização, e ao uso de estratégias para lidar com a insegurança e a perturbação emocional associada ao parto (Costa Martins, 2015; Mikulincer & Shaver, 2007).



Por estas razões, a literatura aponta para que quanto mais elevados forem os níveis de ansiedade, maiores também serão os níveis de percepção da dor no parto (McWilliams, Coz & Enns, 2000; MacDonald & Kingsbury, 2006), também sendo esperada uma menor percepção da parturiente de controlo sobre a dita dor (Meredith, Strong & Feeney, 2006).

Sobre o controlo da dor, é importante salientar a evidência encontrada por Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Küstner & Eckert (2005), de uma ligação entre um estilo evitante e o uso de fármacos: O maior consumo de analgésicos pode ser entendido como uma tentativa de minimizar a dependência dos outros e de suprimir efeitos negativos através de automedicação.

Ao analisarmos a história de vida desta rainha, e o seu discurso emocional sobre os seus partos (Hibbert, 2000), é possível compreendê-la de forma dinâmica e psicossomática. No fundo, como o seu desejo de afastamento da sua figura da materna, a relação de forte dependência com o marido (relação essa nem sempre harmoniosa especialmente no que dizia respeito aos filhos), foram fatores que tiveram impacto no sofrimento descrito pela própria no que diz respeito aos partos e maternidade.

Por sua vez, a exigência e distância emocional que a sua posição enquanto rainha impunha, levaram-na a lidar com os seus partos de forma particular. Colocou-se a si e à sua saúde em primeiro lugar (e não se sacrificou totalmente perante os seus fetos, como era costume na época), e no fundo protegeu-se através da medicação, evitando assim mostrar publicamente a sua fragilidade.

Esta questão torna-se mais evidente, quando em prol da sua procura de conforto na anestesia, Victoria foi tão longe ao ponto de no momento do parto da sua última filha, o seu médico ao ir ao seu encontro, deparou-se com Albert a administrar ele próprio as gotas de clorofórmio. Isto, numa provável tentativa de se “automedicar” e ganhar autonomia numa competência que na altura era não só recente como também deveria estar delegada apenas ao médico, e, ignorando o perigo da substância (Tavares, 2013).

Conclusão

O ressentimento e a rivalidade que sentia pelo sufoco e pressão causados pela mãe, assim como a constante procura de uma figura masculina que lhe proporcionasse afeto e segurança, caracterizaram o conflito edipiano (tal como definido por Freud, 1905 /1969) que marcou a vida desta rainha. Perante a perda precoce do pai, Victoria foi procurando substitutos do mesmo nos seus ministros e outros homens que a serviram e faziam-lhe companhia, dos quais se tornava

intensamente dependente, solicitando permanentemente a presença dos mesmos. Exemplos destas relações foram o seu primeiro Primeiro-Ministro (Lord M), o próprio marido, Albert, John Brown e por fim Abdul (Longford, 1964).

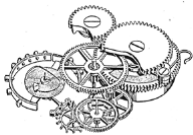
Porém, essas relações de dependência que criava, não a impediram de ter uma postura individualizada, determinada, autoritária, com recursos e resiliência, levando-a a ter um dos reinados mais longos e prósperos. Esta autoconfiança advém provavelmente da relação que Victoria teve com a sua mãe ao longo da sua primeira infância, onde recebeu bons nutrientes não apenas físicos, mas sobretudo emocionais (Longford, 1964), levando à internalização de um bom objeto. À semelhança dessa primeira vinculação, Victoria irá focar as suas vinculações seguintes no olhar, e na sensação de segurança proporcionada pela constante presença desse mesmo objeto.

Há também a registar na relação que estabeleceu com o marido, a sublimação, ou seja, a transformação das pulsões sexuais dispondo-as a favor do trabalho cultural (criação de arte, por exemplo), (Laplanche & Pontalis, 1974). Este processo ocorre perante uma integração de um objeto total (não clivado entre bom e mau) sobre o qual existe uma tentativa de reparar o mesmo através da criação e recriação do mesmo (Segal, 1986). Por exemplo, tocarem piano juntos no início da relação, ouvirem-se um ao outro nesses momentos, foi o que os uniu como interesse e linguagem em comum, e no fundo como uma tentativa de investir um no outro, mostrarem um ao outro os seus mundos e gostos (Longford, 1964; Hibbert, 2000).

No funcionamento psíquico desta rainha observa-se momentos conversivos que decorrem da transposição de um conflito psíquico e numa tentativa de resolução deste em sintomas somáticos, motores ou sensitivos (por exemplo, dores localizadas) (Laplanche & Pontalis, 1976), como a dor de cabeça e indisposição que sentiu na noite de núpcias perante a ansiedade que acumulou ao longo do dia (Hibbert, 2000).

Observando ainda mais aprofundadamente o panorama familiar desta rainha (Figura 1) é possível colocar como hipótese que o seu enorme receio pelo parto tem uma razão de ser- uma vez que a sua prima Charlotte (também destinada a ser rainha do Reino Unido), morrera precisamente a dar à luz. Outra prima que Victoria viu morrer pela mesma razão, foi D. Maria II de Portugal, sua contemporânea conhecida como “a boa mãe”.

Acrescenta-se ainda ao medo que sentia, o isolamento que a gravidez a obrigava. Afastada dos seus deveres de rainha (que a aproximavam do seu pai), e o impedimento de passar mais tempo com o marido. Nessas alturas era como se voltasse ao isolamento que vivenciara durante a sua infância,



e como se os seus próprios bebés despertassem fantasmas e fantasias relacionados com a fragilidade que ela própria sentira nessa altura.

O facto de ter rejeitado identificar-se com a sua própria mãe, assim como a ansiedade associada ao parto, tiveram um papel importante na dificuldade com que lidou com os seus filhos. Teve tendência para a depressão pós-parto (evidenciada no seu diário após os nascimentos dos primeiros filhos). Delegou a amamentação e restantes cuidados para as amas-de-leite, ao contrário da sua mãe (Longford, 1964; Hibbert, 2000). Estes teriam sido momentos de handling, holding essenciais para a construção de uma relação segura entre a mãe e o bebé (Winnicott, 1941/2000). Regista-se também a hipótese de Victoria sentir o seu peito como um objeto sexual, como algo que pertencesse a Albert. Para a jovem rainha, a amamentação só iria deteriorar o seu seio erótico, e consequentemente o deteriorar também desejo do marido por si (McDowell, 2013).

A intensidade e ambivalência da relação amorosa que viveu com o marido ter-se-á expressado numa melancolia igualmente intensa perante o luto do mesmo. A sombra do objeto cai sobre o ego por uma identificação com o objeto de amor perdido. O ego da pessoa melancólica torna-se mais pobre. Nesse sentido Freud refere que “Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão de (...) auto-envelhecimento.”, (Freud, 1917/1969, pp.250).

O luto de Victoria, acompanhou em harmonia e conteve o luto de todas as famílias atingidas pela perda de entes queridos na época perante as frequentes doenças e guerras. O resultado foi uma era com uma tonalidade negra, tal como as fotografias da altura. Por isso, pode dizer-se que foi (literalmente e figurativamente) a avó de toda a Europa, uma figura materna castradora para os seus descendentes e os seus súbditos (simbolicamente, também seus filhos) e para toda a sociedade europeia. E que Albert e Victoria, enquanto casal, imprimiram um modelo para sociedade sobre a sexualidade e as relações parentais (McDowell, 2013).

Em suma, é possível identificar áreas onde esta rainha exerceu acompanhamento e influências diretas, como ocorreu no caso da anestesiologia (Tavares, 2013). Porém, será também se pode considerar a sua influência indireta noutras ciências em pleno desenvolvimento na altura. Como a Psicologia, promovendo uma desconexão dos valores religiosos que impediam progressos nestas áreas, dos quais a Psicanálise também se desconectou. Em especial, acompanhou e

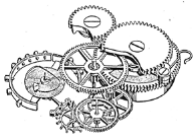
promoveu a saúde física e mental das mulheres, em particular, das mães. Acompanhou também a própria tendência para uma postura de repressão sexual em público, melancólica, neurótica e consequentemente virada para o mundo interno e os seus conteúdos.

Apesar de nunca ter sido referenciada diretamente por Freud, a marca que Victoria deixou na história e na sociedade da época terão influenciado o pensamento do mesmo. Pois segundo o mesmo, “algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo (...) de maneira que, desde do começo, a psicologia individual (...) é ao mesmo tempo, também psicologia social” (Freud, 1921/1969, pp.81). Em suma, numa análise de um indivíduo haverá sempre componentes de origem social a ter em conta. E, assim sendo, a influência da sociedade vitoriana (particularmente inibidora) terá tido um impacto importante nas primeiras análises de neuroses realizadas pelos primeiros psicanalistas.

Há um instinto de inibição e privação, inerente à existência humana, em prol de uma convivência em sociedade, e como tal, a sociedade molda a natureza do indivíduo. Por vezes é essa mesma inibição de instintos mais agressivos e primitivos que está na origem de neuroses e infelicidade (Freud, 1930/1969), marcadas por um retorno desses mesmos impulsos e desejos inconscientes, sendo esse retorno do recalcado o processo pelo qual elementos (nunca aniquilados pelo recalçamento), tendem a reaparecer e conseguem-no, contudo, através de sintomas, lapsos, sonhos (Laplanche & Pontalis, 1976).

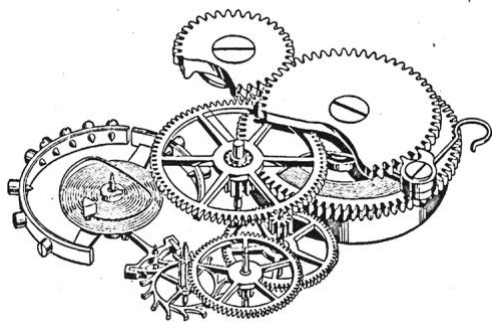
Em suma, houve sinergias mútuas entre a época que se vivia e a história desta rainha melancólica. O seu legado foi um resultado da fragilidade de uma rainha jovem, e da perda de um amor vivido na intimidade na sua plenitude de afeto, juventude e sexualidade. Porém, se enquanto esposa valorizou a sexualidade, em oposição, enquanto mãe e rainha adotou um modelo parental autoritário e castrador, procurando transmitir como exemplo para os seus filhos e súbditos, uma imagem da sua família como pura, ideal, recatada.

Esta incoerência entre o que era mostrado e o que era vivido na intimidade pode atribuir-se: ao próprio contraste da altura entre as vincadas crenças religiosas da época e a ascensão do agnosticismo (visível na abordagem não dogmática da religião em certos temas por parte do casal real); a uma estratégia política (para preservar a monarquia), mas também à maneira de ser desta rainha – rejeitante, austera, pouco maternal, pouco afectiva para com os filhos e súbditos sobre quem exercia poder e controlo.



Referências Bibliográficas

- Adams, J.E. (1999). Victorian sexualities. In Tucker, H.F. (Ed.) *A companion to victorian literature and culture* (pp. 125-38). MA: Blackwell.
- Bedikian, S. (2008). The death of mourning: From victorian crepe to the little black dress. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 57 (1), 35-52.
- Berg, J. H. (1970). *Psicologia profunda*. São Paulo: Mestre Jou.
- Burt, D. (2001). *The biography book*. SB, California: Greenwood Publishing Group.
- Costa Martins, J.M (2015). *A expressão dolorosa do parto e o seu tratamento. Dimensão psicobiológica na abordagem anestésica. Dissertação de Doutoramento*, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Crabtree, A. (1993). *From Mesmer to Freud: Magnetic sleep and the roots of psychological healing*. Tennessee: Yale University Press.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books.
- Figueiredo, B., Costa, R. & Pacheco, A. (2002). Experiência de Parto: alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 20(X), 203-217.
- Freud, S. (1969). [Três ensaios sobre a teoria da sexualidade]. In J. Strachey (Ed., & Trad.). (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII, 117-231). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905)
- Freud, S. (1969). [Luto e melancolia]. In J. Strachey (Ed., & Trad.). (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, 245-265). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917)
- Freud, S. (1969). [O mal-estar na civilização]. In J. Strachey (Ed., & Trad.). (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI, 77-148). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930 [1929])
- Freud, S. (1969). [Psicologia de grupo e análise de ego]. In J. Strachey (Ed., & Trad.). (J. Salomão, Trad.), Edição Standard Brasileira das *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII, pp. 79-154). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1921)
- Frye, N. (1968). *A study of English romanticism*. UK: Random House.
- Hibbert, C. (2000). *Queen Victoria in her letters and journals*. Gloucestershire: Sutton Publishing.
- Lang, A.J., Sorrell J.T., Rodgers C.S. & Lebeck, M.M. (2006) Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3):263-270.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B (1976). *Vocabulário de psicanálise* (3ªed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Longford, E. (1964). *Queen Victoria: Born to succeed*. NY, New York: Harper & Row, Publishers.
- Lopes, M.A (2016). *D. Fernando II. Um rei avesso à política*. Lisboa: Temas e debates.
- Mason, M. (1994a). *The making of victorian sexual attitudes*. Oxford: Oxford University Press.
- Mathieson, C. (2012). Introduction: sex, courtship and marriage in victorian literature and culture. *Victorian Network*, 4(12), 1-9.
- MacDonald G. & Kingsbury, R. (2006). Does physical pain augment anxious attachment? *Journal of Social and Personal Relationships*, 23,291-304.
- McDowell, L. (director). (2013). *Queen's Victoria children* [DVD]. UK: BBC.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. & Enns, M.W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *The Clinical Journal of Pain*, 16(4), 360-364.
- Melzack R (1993). Labour pain as a model of acute pain. *Pain*, 53(2), 117-120.
- Mendes, E. (2006). Sigmund Freud e as intersecções entre a psicanálise e a cultura. *Reverso*, 53, 23-28.
- Mendonça, M.T. (2016). Anestesiologia, da magia à atualidade. *Gazeta Médica*, 1(3), 46-57.
- Meredith, P., Strong, J. & Feeney, J.A. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*, 120(1-2), 44-52.
- Mikulincer M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. New York, Guilford Press.
- Monteiro, M. C. (1998). Figuras errantes na época vitoriana: A perceptora, a prostituta e louca. *Fragmentos*, 9(1), 61-72.
- Nead, L. (1990). *Myths of sexuality: representations of women in victorian Britain*. Oxford: Basil Blackwell.
- Niven C: (1988). Labour pain: Long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6, 83-87.
- Packard, J. (1999). *Victoria's daughters*. NY, New York: St. Martin's Press.
- Rocha, G. & Rocha, L. (2017) Uma história social do conceito de feminilidade na psicanálise de 1910 a 1930. *Scientiae Studia*, 14(1), 121-144.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Küstner, U. & Eckert, J. Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-728.
- Schor, E. (1994). Bearing the dead: *The british culture of mourning from the enlightenment to Victoria (literature in history)*. Princeton: Princeton University Press.
- Segal, H. (1952). A psycho-analytical approach to aesthetics. *The International Journal of Psychoanalysis*, 33, 196-207.
- Tavares, J. (2013). *História da anestesia portuguesa*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Anestesia.
- Walker, H. (1910). *The literature of the victorian era*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. (D. Bogolometz, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1941).



DO CONGELAMENTO A UM OUTRO LUGAR: QUANDO O LUGAR DO INVISÍVEL SE CORPORALIZA

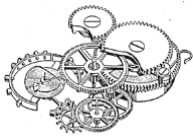
*FROM FREEZING TO ANOTHER PLACE:
WHEN THE PLACE OF INVISIBLE IS EMBODIED*

Ana Sotto-Mayor¹*

Resumo:

Neste artigo são apresentadas algumas reflexões sobre a ligação entre corpo e funcionamento mental no trabalho clínico, partindo da hipótese de Antonio Imbasciati de o primeiro objecto interno ser “mau”, ligado ao desconforto e dor físicos. O funcionamento mental nasce e mantém um funcionamento protomental ligado ao corporal, tendo como princípio o “evitamento da dor”, através da eliminação e/ou transformação dessa dor. O “bom” objecto interno nasce da relação com satisfatória com o meio envolvente, mas torna-se consistente pelo prazer da operacionalidade psíquica. E é na relação dialéctica destes objectos que a sua transformação integrando o princípio da realidade torna possível o crescimento da mente. Na clínica este protomental organiza-se numa transferência, inconsciente, que muitas vezes não é acessível à consciencialização, através de palavras, parecendo manter-se numa espécie de realidade à parte.

^{*1} Psicóloga,
Psicanalista,
Psicodramatista



Gostaria de prestar aqui homenagem a José Barata que com o encanto da sua inteligência viva e profunda, mesmo na sua ausência a sua sabedoria nos faz estar aqui reunidos. Obrigada pela edição do seu livro.

DO CONGELAMENTO A UM OUTRO LUGAR: QUANDO O LUGAR DO INVISÍVEL SE CORPORALIZA¹

Ultimamente tenho-me vindo a aperceber com maior clareza, no meu trabalho clínico, de dois planos simultaneamente dinâmicos: um ao nível da corporalidade e um outro ao nível das palavras. Não me refiro à comunicação corporal e aos seus sinais que, muitas vezes indiciam a organização de uma transferência. Este corpo a que me refiro é mais subtil, mais silencioso e surge-me muitas vezes como uma duplicidade. A Psicanálise tem estudado os movimentos destrutivos que existem no psiquismo humano, que terá como um dos objectivos impedir a mudança, o estabelecimento de uma relação de privacidade, onde o Eu subjectivo é valorizado, e, nesse sentido, o oculto é uma das formas que este movimento destrutivo assume. Mas, nalguns pacientes não é este aspecto maligno de reacção à mudança que me parece central, mas algo mais incipiente, como se se tratasse de um espaço que ganhou forma e corpo, ao lado de um outro. Isto tem-me remetido para as ligações entre corpo e psique; não como o corpo é representado, nem para as manifestações corporais do psiquismo, mas na forma como o ser nasce no corpo.

Num trabalho de ligação entre a teoria psicanalítica, a investigação sobre o desenvolvimento da primeira infância e o desenvolvimento das estruturas cognitivas, Antonio Imbasciati trouxe-me um novo aspeto: o lugar do corpo na própria construção da mente, não só ao nível das sensações e do aparelho perceptivo, nem do corpo como comunicação, mas da corporalização da mente nos seus componentes mais psíquicos: os objetos internos, os fantasmas, os afetos, a construção da alteridade e das várias representações mentais que fazem parte do self.

No seu livro *Nascimento e Construção da Mente* (1998), Imbasciati hipotetisa uma teoria de um sistema protomental, onde conceitos como objeto interno e fantasma são concebidos como atividades cognitivas. Nesta obra faz uma revisão, extensíssima, da literatura psicanalítica e das investigações sobre a primeira infância, interligando conceitos da maioria dos autores que fazem parte da minha formação enquanto analista. Salvaguarda, no entanto, que novos conhecimentos, sobre o período fetal, poderão modificar a sua

teoria, em especial a questão de que o primeiro objeto interno possa ser um “mau objeto”. Sabemos que a observação de crianças, sobretudo na primeira infância, nos ajuda a entender a transferência, tornando mais clara a leitura dos movimentos psíquicos inconscientes.

O que este autor traz não é propriamente novo, contudo, propõe uma ligação entre o desenvolvimento das estruturas perceptivas e cognitivas com o desenvolvimento de um aparelho mental, trazendo com clareza o lugar do corpo e a corporalidade das operações psíquicas, nas descrições minuciosas que faz sobre os desenvolvimentos concomitantes que permitem o crescimento da mente. Usando como modelo de análise o modelo informático, procura o início das primeiras operações mentais ou protometais no surgir de um sinal significativo, que destoa num conjunto homogêneo. Assim, chega à hipótese de que o primeiro objecto interno é “mau”, porque o que retira o recém-nascido de um estado de submersão em sensações não diferenciáveis, é a dor, nomeadamente, a da fome. Esta dor, este desconforto, que desencadeia toda uma série de sinais, que destoam a nível físico, surge de forma periódica e ritmada, e da mesma forma é amenizada ou desaparece por acção dos cuidados que são prestados ao bebé. Mas o surgir deste sinal produz a primeira figura-fundo, ou seja, algo se destaca e que vai dar início a operações mentais, ou melhor, protometais.

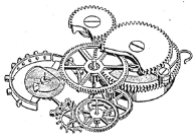
Como princípio de sobrevivência do organismo o primeiro movimento será, então, evitar a dor. A mente vai, a partir desta dor, tentar evitá-la, suprimi-la. E para isso, a primeira atividade protomental é, segundo Imbasciati, alucinatória (algo que não possui ligação com um objecto externo). Por exemplo, quando tendo fome o bebé faz movimentos de sucção, antes de começar a chorar, está a procurar resolver o seu desconforto, alucinando que ele próprio se está a alimentar.

Diz Imbasciati: “Inicialmente, a mente funciona segundo este princípio e, portanto, o aparecimento e desenvolvimento das funções mentais são fruto de uma luta entre um crescimento de funções vitais e a imediata, quase simultânea, tendência para a destruição das mesmas.” (Imbasciati, A., 2002, p. 131)

Apresento em seguida uma vinheta clínica, necessariamente incompleta por questões de confidencialidade.

Uma jovem mulher, bonita, de porte altivo e distante, que sinto simultaneamente aterrorizada e expectante, vem ter comigo porque a sua vida “congelara”: sem forças, tolhida pelas sequelas de uma doença autoimune, vivia em constante inquietação, num terror iminente. Falava sozinha, porque em

¹ Artigo baseado numa comunicação apresentada no Congresso de Psicossomática, em 2 Abril 2019.



presença de outrem o pensamento bloqueava, “deixava de ter pensamentos”, dizia.

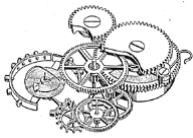
Com essa doença autoimune, as crises de dores, na sequência de processos inflamatórios, sucediam-se sem resolução fácil, num estado de isolamento desesperado, sem queixas verbalizadas. Tinha corrido vários centros da especialidade, que, segundo a paciente lhe teriam dito que a doença não tinha cura, só tratamento paliativo. Os recursos medicamentosos podiam amenizar ou não a progressão, sendo que para ela as desvantagens dos efeitos secundários eram maiores do que os benefícios conseguidos. Esta doença tinha um componente hereditário, por via materna. Quer ela quer a mãe, tinham lesões em órgãos que definiam um futuro inexorável de limitação e dor. As análises, com valores demasiado altos indicavam a contínua perigosidade da doença.

Raio de Lua, nome escolhido por mim para a nomear, e que por si fala da minha contratransferência. Raio, que pode ser um vislumbre de luz, um fenómeno meteorológico que mata, um calão que expressa uma surpresa negativa; Lua, algo que surge na escuridão, ilumina e não é suficiente, sendo esteticamente um objeto belo e misterioso; Raio de Lua um nome que reenvia para o meu imaginário índio, de filmes vistos e revistos de uma densa poesia e melancolia de um futuro incerto num povo que era livre, guerreiro, enigmático e belo, mas que foi sendo dizimado em nome de um poder que ainda hoje assola todo o nosso planeta. Não pude deixar de pensar porque me surgiu este nome com o qual nomeio uma mulher inteligente, bonita, altiva, aterrorizada e como a associação de duas palavras ameniza e altera o significado de cada uma em separado. Acontece o mesmo com a palavra “paixão”: se a separarmos em “com” “paixão”, reenviando também para o universo sensitivo de como é vivida a paixão, reenvia-nos para o corpo; as duas palavras juntas transformam o corpo em alma ou psíquico e passa a ser a nossa capacidade de entendermos o sofrimento dos outros: com tristeza, com cuidado, sabendo que essas dores não são nossas mas poderiam ser. Surge-me a expressão “Que raio de vida”, bem portuguesa e que fala da revolta perante uma doença diagnosticada, rara, incurável.

Nos primeiros tempos, nos seus longos silêncios, eu sentia a sua expressão ora aterrorizada ora provocadora, Raio de Lua foi-se tranquilizando, à medida que eu ia dando voz às suas vivências, antigas e presentes. Gradualmente, as crises começaram a espaçar-se, as dores tornaram-se menos intensas, o quarto sem janelas menos apetecível. Deixou de falar só consigo própria, ainda que as palavras continuassem sem lhe sair com facilidade associativa na minha presença, levando-me a interrogar sobre o que me manteria como uma figura, simultaneamente, confiável e aterrorizadora. O que a manteria num mundo só dela, não partilhável?

Durante muito tempo, parece-me que o mais importante para ela era ter alguém que a olhava e que lhe acudia, quando se sentia desamparada. Eu podia observar que recebia as minhas interpretações, frequentemente em silêncio, mas que as digeriria e tornava suas. Ainda que só as verbalizasse de tempos a tempos, as suas vivências iam sendo, progressivamente, expressas de forma mais viva, mais rica e ia ousando criar espaços próprios na sua vida quotidiana, com mais firmeza e ousadia. Podemos pensar em Rosenfeld quando nos diz que os pacientes são pacientes com os terapeutas, repetindo muitas vezes o que querem que seja entendido, e que só quando não havendo resposta desistem, colocando-se em reacção terapêutica negativa. É também este um dos autores que refere que se o paciente consegue levar o analista a assumir determinado papel e que isso pode levar a um impasse no percurso do trabalho analítico. (Rosenfeld, 1988, p. 67) Para Rosenfeld é no contexto de um interesse genuíno e na compreensão das verdadeiras necessidades do paciente que este se pode sentir acompanhado: “A meu ver, um dos factos mais importantes que tem de ser levado em consideração a respeito da experiência traumática é que o paciente teve de enfrentar tudo sozinho, às vezes durante um tempo considerável. Muitas vezes, ele só sobreviveu graças a fortes reacções de defesa tais como a negação, cisão e despersonalização. Assim, quando o paciente ousa recorrer a um analista em busca de ajuda, ele espera que este compartilhe as terríveis experiências que lhe são insuportáveis.” (Rosenfeld, 1988, p. 68/69)

Penso que Raio de Lua me queria a “olhar” para ela, atenta, mas dando-lhe o espaço para se poder aproximar e afastar como não o pôde fazer anteriormente. O meu olhar, era não só realmente os meus olhos, mas também as minhas palavras, com as quais por vezes me dava a sensação de se sentir embalada e amparada. A necessidade de manter a sua individualidade, de construir um espaço próprio, remetendo-me para uma posição essencialmente de suporte, num processo de proximidade/afastamento. Por vezes a unificação destes dois aspectos surgia ora sob a forma de uma rivalidade que se expressava numa atitude mais agressiva, altiva e desvalorizante, ora sob a forma de uma maior fluidez na expressão verbal, acompanhada por vivências de desamparado misturadas com expressões corporais de doçura. A aceitação dessa agressividade, transformando-a com humor, era recebida por ela com alívio e prazer rompendo momentaneamente com esta oscilação entre predadora e perseguida. Posso pensar que, como suporte, deixei-a aninhar-se em mim, aceitando o que ela me pedia, o que lhe permitiu manter a onipotência da imortalidade. Mas, ao mesmo tempo, este suporte trouxe-lhe aspectos novos: um primeiro terá sido que a dependência não era mortal e que podia ser satisfatória; possibilitou-lhe desenvolver aspectos da



sua personalidade, na sua vida quotidiana e na relação com os outros, nomeadamente, aceitando viver alterações no seu corpo.

Pensar na dor, como o primeiro motor do nascimento do psiquismo, não é conceptualmente fácil. Parece um fado ou um destino dramático e quando se lê Imbasciati, isso vai surgindo de quando em quando nas descrições que faz dos bebés e que nos levam a ter imagens de bebés saudáveis. Usa a dor como sinónimo de desconforto, de frustração, inicialmente físico, e depois cada vez mais mental e subjectivo, como sinal que ganha informação, que abala um estado homogéneo. "O Prazer é já o resultado de operações mentais de aprendizagem e de utilização de experiências" (Imbasciati, Antonio, 2002, p. 143), e, como tal, conjuga o prazer pela própria operacionalidade psíquica. Assim, da mesma forma, algo novo que abale a organização anterior cria desconforto e é que este desconforto que vai ter de ser eliminado pela destruição do novo ou pelo desenvolvimento de um maior nível de operações mentais. O toque, as sensações doces e contentoras são o que ajuda a criar o externo suportável e a diferenciação entre as várias percepções.

É a partir da fusão alucinatória com o objeto externo que se começa a construir o primeiro embrião de Si, como contendo recursos mentais de sobrevivência, e é pela suficiente e em doses estáveis da frustração deste processo alucinatório, que a realidade emerge como significante. Sempre que um sinal novo surge é vivenciado, no sistema protomental, como perigoso e cria turbulência, a que podemos chamar raiva, fúria, frustração, zanga, ódio e medo. Mas, esse mesmo sinal cria também o espaço de um potencial novo, de algo que sobressai na repetição. "As primeiras operações mentais, na medida em que são utilizadas para esconjuram o mal – na realidade, são utilizadas para suportar a dor da espera –, são vivenciadas como boas e pertencentes a si próprio, por isso, o indivíduo tenderá a retê-las para si e a desenvolvê-las cada vez mais: as operações mentais, mesmo as inadequadas, mas que produzem alívio momentâneo, são o primeiro bem que o bebé possui. Elas próprias são um «bom objecto»." (Imbasciati, A., 2002, p. 137)

Imbasciati refere quatro formas de conhecimento: a Percepção, a Recordação, a Imaginação e a Alucinação, descrevendo como se constituem. Na sua perspectiva não existem formas puras, a alucinação nunca está completamente ausente, sendo o que altera e torna desadequado o nosso conhecimento tanto da realidade externa como interna. Faz sentido então pensar que Raio de Lua me percebe e me alucina quando se interessa e sente que sou algo de importante para ela, que me recorda como sendo uma boa experiência e que começa a imaginar-se como contendo algo de importante e interessante a conhecer. Tudo isto significa um nível de diferenciação entre dentro e fora, que parecia

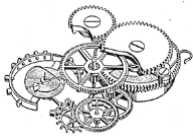
conseguido ao nível racional, mas se mantinha confundido ao nível de uma corporalidade matriz. De facto, numa das últimas vezes que a vi, mercê de condições de vida que tem vindo a desenvolver, diz, olhando para o divã: "Ali nem pense que me deito... consigo aí atrás. Não, não me deito". Digo-lhe que por vezes temos medo do que mais desejamos. Raio de Lua nunca tinha exprimido este desejo. Nem eu nunca lhe tinha oferecido o espaço analítico do divã.

Não sei se Raio de Lua vai avançar para um processo analítico, não sei se vai optar por enfrentar e conhecer a sua doença, que parece ter ocupado um lugar significativo no seu mundo interno. O seu imenso medo da loucura e o seu contacto precoce com ela, leva-me a pensar que a corporalidade surgiu como uma forma muito presente, ainda que indizível por palavras, remetendo para um lado de terror. Sendo este lugar marcado pela constante vivência de desprotecção que mantém presente uma infância atribulada. Os factos podem ser relatados, até subjectivizados, mas o corpo não.

O que acontece para que uma experiência emocional, suficientemente boa, se transforme num traço mnésico estável que permita lidar com os maus objetos internos? Como se sai do congelamento como sobrevivência para uma temperatura que permita a flexibilidade sem se perder a membrana protetora e estruturante? Como se constroem os bons objetos e, principalmente, como se mantêm?

António Imbasciati, na sua obra acima referenciada diz: "(...) devemos colocar o problema de como e porque é que as relações estruturam os afectos. É necessário então, examinar não apenas o «como», isto é, as modalidades relacionais, mas também e «porque é que» esta experiência – que, como qualquer experiência, não pode começar senão a partir dos sentidos – vem a ser elaborada nas estruturas mentais primárias a que chamamos afectos. É sobre este ponto que versa o nosso trabalho: quais são as operações mentais, aliás, protomental, que organizam a experiência primária." (Imbasciati, A., 2002, p. 116-117)

A questão dos ritmos, dum tempo adequado, suficientemente bom, para que se possa produzir a desilusão em relação aos processos alucinatórios e o surgir de um traço mnésico da existência de algo exterior que produz esse apaziguamento do desconforto, parece-me essencial para pensarmos a interpretação. Esta questão do quando, como e porquê interpretar tem sido muito trabalhada em psicanálise. Mas o que me parece muito interessante, é que Imbasciati nos traduz o inconsciente em linguagem metafórica de processos cognitivo/afetivos nascentes no corpo tendo esta questão dos ritmos trazido um novo contexto onde pensar a teoria da técnica. Assim, o processo de recepção dos movimentos tanto conscientes quanto inconscientes, detetando o seu ritmo, pode dar uma indicação da dinâmica restauradora da mente da



paciente, tanto dos aspetos construtivos quanto dos destrutivos, por vezes extremamente subtis, escapando de ser detetados. Estes ritmos, ou oscilações, sempre existentes na vida adulta, são observáveis ao nível de um funcionamento protomental e na sua transformação ou não em operações mentais.

É com a recorrência destes movimentos e o surgir de uma maturação dos aparelhos neurológicos perceptivos e a constituição de um traço mnésico de satisfação, pelo alcance de novos recursos, que a estabilidade de uma constituição própria vai sendo alcançada e as operações mentais se tornam mais complexas. No adulto, a integração desta zona de funcionamento psíquico infantil com os seus componentes maduros, desenvolvidos e racionais, foi o que Freud preconizou como o cerne da cura psicanalítica. Ogden fala na criação da subjectividade do sujeito histórico. Diz: “No momento em que o bebé se torna capaz de vivenciar a si mesmo como intérprete das suas percepções, ele nasce enquanto sujeito.” (Ogden, 1990, p. 54) E enquanto sujeito pode construir formas mais adequadas de lidar não só com o meio externo como principalmente com o interno. Diz este autor que: “De forma paradoxal, a ideia da morte na perspectiva esquizo-paranóide é menos absoluta do que no contexto da posição depressiva. Na posição esquizo-paranóide a ausência nunca é permanente. Sempre há a possibilidade de recriação onipotente do objecto ausente.” (Ogden, 1990, p. 56). Uma pessoa que “não sente”, que “não vive”, mas também “não morre”, vai-se escapando aos limites da sua finitude.

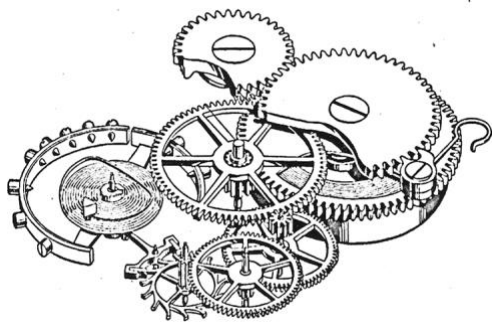
Podemos pensar que nesta narrativa estão presentes os meus conteúdos até, eventualmente, alucinatórios, ou seja, com a distorção que me pertence. É comum a descrição dos analisandos não coincidir com a dos analistas, excepto no ponto essencial que é o sentimento de que foi um trabalho que levou ao crescimento.

Sem dúvida, que cada pessoa que nos leva à aventura de um processo analítico ou psicoterapêutico nos faz visitar espaços nossos que se mantêm em aberto. E, na minha liberdade associativa, revivi as minhas brincadeiras de índios e cowboys, onde era à vez índia ou cowboy.

É esta liberdade associativa que vai permitir o encontro e o desencontro. É neste movimento que duas mentes se constroem, desenvolvem, diferenciam e se tornam mais capazes de conhecer o mundo e, como diz Imbasciati: “(...) a operação base do pensamento, isto é, a capacidade de estabelecer laços. (p.148), de os manter e recordar permite a «capacidade de estar só” (Winnicott), acompanhado.

Referências Bibliográficas:

- Imbasciati, A. (1998). La teoria del protomental, In *Nascimento e construção da mente*, Manuais Universitários, Climepsi Editores.
- Ogden, T. H. (1990). *The Matrix of the Mind: Object Relation and the Psychoanalytic Dialogue*. Edição Brasileira. Kamac Books
- Winnicott, D. (1958). La capacite d'être seul, In *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Payot, Paris.
- Rosenfeld, H. A. (1987). *Impasse e Interpretação: factores terapêuticos e antiterapêuticos no tratamento psicanalítico de pacientes neuróticos, psicóticos e fronteiros*. Imago Ed.



DEIXAR PAUZINHOS NO CAMINHO

LEAVING SMALL STICKS ON THE WAY

Ana Vasconcelos*

Resumo

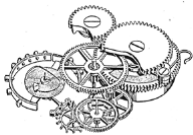
Como o pai do conto narrado por Pascal Quignard, que deixou pauzinhos no caminho para que o filho não se perdesse quando regressasse do cume da montanha onde era suposto deixar o seu idoso pai e pudesse encontrar o caminho para sua casa, também José Barata nos deixou pauzinhos para nos transmitir o modo como se manifesta o adoecer somático. Adoecer este que, nos fez compreender José Barata, perde a sua função de ser uma tentativa da unidade de vida se manter coesa para não morrer. “Adoeço para não morrer”, disse Fernando Pessoa! Mas, pela somatização, se torna num momento frio, sem capacidade para sentir, para pensar e para tornar consciente o sentido do viver.

Pauzinhos que nos guiam através da sua compreensão sábia sobre a mentalização e sobre como é sempre o sonho que comanda a vida, nunca abdicando do pensamento complexo para, fenomenologicamente, pensar os sistemas não lineares, dinâmicos e cooperativos para os quais nos deixou metáforas simples e cheias de afecto.

Pauzinhos que nos deixou porque sabia que o pensamento de cada um precisa do pensamento dos outros para se expandir e poder continuar a cooperar com o dos outros e que é, sempre, a relação afectiva que está no centro de uma cooperação verdadeiramente empática que se sintoniza com as necessidades e os desejos do outro.

* Pedopsiquiatra

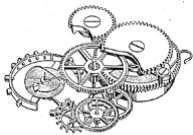
Palavras-chave: Fonagy, vinculação, intersubjectividade, almofadinha.



Hoje, para um pedopsiquiatra com formação psicanalítica e atento aos novos contributos da Neuropsicanálise, mais do que o porquê da psicopatologia, o que, verdadeiramente, importa é compreender a visão do mundo dos nossos pacientes, dos pequeninos aos grandes, a partir do seu mundo interno para que se possa partilhar com eles algo do seu mundo sem sermos sentidos como um perigo.

José António Barata ajudou-me

1. a melhor compreender o mundo interno dos meus pacientes, crianças, adolescentes com um cuidado atento pelo seu espaço mental potencial, território da capacidade de sonhar com desejo;
2. a melhor compreender esse mundo interno como um sistema complexo de Edgar Morin, dando uma especial atenção em não integrar a complexidade numa simplificação que complica em vez de abrir caminhos para os verdadeiros fenómenos do complexo e em permitir um olhar empático que respeite o devaneio, o sonhar acordado nas palavras de ontem de António Coimbra de Matos;
3. a melhor compreender que a constituição desse mundo interno se alicerça no jogo das interações precoces das relações interpessoais que dá origem à intersubjectividade e à subjectivação com uma mentalização que torna consciente o significado das relações afectivas, constituição que exige que o pedopsiquiatra tente manter com a criança uma verdadeira e autêntica cooperação que, com uma escuta empática, possa gerar, como disse Peter Fonagy uma mentalização, ou, como disse ontem António Coimbra de Matos, se abre à conjugação de com o outro;
4. a melhor compreender que toda a psicopatologia infantil e da adolescência exige que, a qualquer tipo de determinismo, psíquico ou biológico, se contraponha a procura da singularidade, o que exige que se questionem as concepções de causalidade de um novo modo, fora dos critérios da DSM-V;
5. a melhor compreender como são perigosas as causalidades lineares que põem um quadro clínico a ser relacionado com acontecimentos passados, tornando o retrospectivo como explicativo e que podem levar a falácias, a tomar os efeitos como as causas, a tomar relações de correlação por relações de causalidade;
6. a melhor compreender o papel da plasticidade neuronal que, libertando de um determinismo exclusivamente pré-programado, abre a porta à contingência do encontro relacional das primeiras ligações afetivas, dos primeiros modelos educacionais no devir da criança, permitindo que, cada criança, com o seu potencial e independentemente da sua psicopatologia, possa ser o agente da singularidade da sua evolução e do seu devir;
7. a melhor compreender que o devir de cada criança com um estado psicopatológico está para além do que é equacionado pelo seu neurodesenvolvimento pois, o humano, graças aos mecanismos da plasticidade, que são operadores da liberdade, está biologicamente determinado para não ser totalmente determinado biologicamente, abrindo-se a uma dimensão criadora, na direcção de um devir aberto;
8. a melhor compreender que o trabalho psicoterapêutico de um pedopsiquiatra com uma criança é o de lhe permitir tornar-se o autor e o actor de um devir cada vez mais único e individual, de modo a garantir-lhe um espaço de liberdade do qual se possa apoderar para se poder inventar, sempre de forma singular e para que, apoiada no que a determina, possa ir além do que a determina;
9. a melhor compreender que as pessoas, crianças, adolescentes, progenitores, só se importam com o que tu sabes até saberem o que tu te importas com elas;
10. a melhor compreender a importância de dizer não a um saber fixo, procurando sempre respeitar o princípio de incompletude de Godel e o princípio da incerteza de Heisenberg;
11. a melhor compreender como pensar os conceitos com um pensamento curioso e associá-los, como lembra a Patrícia Câmara no seu artigo, *Considerações sobre o impensável – revisitando o pensamento de José António Barata*, com os que vamos encontrando pelo caminho. Como eu fiz, neste texto que vos estou a ler;
12. a melhor compreender a importância de ter alguma distância de Descartes e aproximar-me de Espinosa, da sua ideia de que a mente é uma ideia do corpo, uma potência do pensar de um corpo que tem uma potência de agir, unindo, no conatus, esforços da pessoa para perseverar no seu ser, com a sua individualidade, o que procura como bom e útil para



si e que a faz mover-se na escolha de relações afectivas positivas, considerando que o conhecimento (a razão) é o afecto quando transformado na causa adequada de si mesmo. (Ética, parte III prop. 6)

13. e finalmente, ir tentando sempre melhor compreender, no trabalho psicoterapêutico com os nossos pacientes, o conceito de JAB de “almofadinha interna” que, amparando, ajuda a para poder viver o impensável de forma a tornar mais suportável a dor da queda.

Por estas 13 ajudas entre muitos, muitos outros, que José António Barata me deixou no meu caminho para me guiar e com tudo o que nos transmitiu com o seu conhecimento sábio nunca abdicando de pensar o complexo com metáforas simples mas cheias de afecto, como é a sua “almofadinha interna”, lembrei-me do conto narrado por Pascal Quignard, passado em 1640, na província de Nagoya onde o Senhor que mandava tinha decretado que, sendo os velhos de mais de 60 anos eram bocas inúteis, deviam ser abandonados na montanha. Assim, para a história que nos interessa e para cumprir essa ordem do Senhor do Poder um filho tem de subir até ao cume de uma montanha com o pai às costas para aí o deixar morrer. Enquanto o filho subia a encosta, o pai, receando que o filho se perdesse no seu caminho de regresso, teve a ideia de ir partindo pequenos pauzinhos, lançando-os para o caminho. Chegados ao cimo da montanha, numa pequena clareira, onde havia 2 rochedos que faziam uma espécie de abrigo, depois de fazer uma cama de folhas para o seu pai se poder deitar sobre elas, voltando-se para ele, diz-lhe:

- Meu pai, despeço-me de si.

O pai, baixando a cabeça, diz-lhe:

- Meu querido, como temo que te percas no regresso, espalhei sobre o caminho pauzinhos que parti. Só tens de seguir esses fragmentos...

Então o filho, desaba em soluços, volta a pôr o pai às suas costas e, durante a noite, prudentemente, volta e regressa à sua aldeia.

A história destes dois homens, este momento de intensa emoção e de conjugação entre ambos pelos afectos que os unia e os fazia cuidar um do outro é, para mim, um bom exemplo de um momento de grande autenticidade relacional, deste pai, a deixar pauzinhos no caminho e do filho a carregar o pai às costas de regresso à aldeia, contra a ordem do Poder. E mostra, creio, que tinham, os 2, uma almofadinha interna que, quando foi preciso, também nas palavras de José António

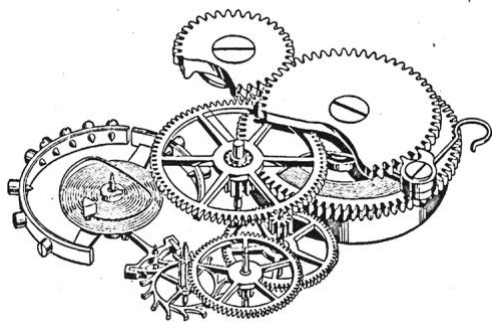
Barata, citadas pela Patrícia Câmara, no seu artigo que já citei, foram até ao fim, “doa a quem doer”.

José António Barata deixou-nos muitos pauzinhos no nosso caminho, pauzinhos para nos transmitir o modo como se manifesta o adoecer somático, mas, sobretudo, pauzinhos que pôs no meu, no nosso caminho porque sabia que o pensamento de cada um, na sua individualidade única, precisa do pensamento do Outro para se expandir e poder continuar a cooperar com os outros.

Obrigado, José António Barata por todos os pauzinhos que nos deixaste no nosso caminho e que nos permitem dizer não à servidão voluntária que abunda no nosso tempo e que tanto nos ameaça.

Referências Bibliográficas:

- Espinosa, B. (1677). *Ética*. Relógio D'Água (reed. 1992).
- Câmara, P. (2017). Considerações sobre o impensável – revisitando o pensamento de José António Barata. *Revista-portuguesa-de-psicossomática*, 3, online. ISSN 2183-9344.
- Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*, Anthony W. Bateman, M.A., FRCPSych, and Peter Fonagy, Ph.D., F.B.A., FMedSci, FAcSS.
- Quignard, P. (2005). *Dernier royaume, II ; Sur le jadis*, Poche, Folio.



A AUSÊNCIA DA VERGONHA COMO SOBREPOSIÇÃO AO OLHAR (D)O OUTRO

**THE ABSENCE OF SHAME AS AN OVERLAP
TO LOOK AT (FOR) THE OTHER**

Isabel Mesquita^{1*}

Resumo:

Pretende-se uma reflexão sobre a ausência da vergonha e a sua relação com o funcionamento que apela à hiper verdade crua e desafetada, distante da relação empática, denunciando um distanciamento da competência reflexiva concomitante com o evitamento do olhar sobre o próprio ao mesmo tempo que arrogantemente nega o olhar do outro. Esta ausência da vergonha que tem subjacente a onipotência que privilegia a ação sobre o outro sem faculdade antecipatória da consequência da mesma.

Palavras-chave: ausência da vergonha, onipotência, hiper verdade, desafeto.

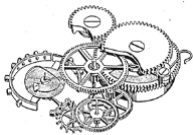
Abstract:

We intend to reflect on the absence of shame and its relationship with the disaffected truth, distant from the empathic relationship, revealing a detachment of the reflexive ability concurrent with the avoidance of looking at oneself inner experience and at the same time an arrogant behavior denying the other's observation. This absence of the shame underlies the omnipotence which privileges the action over the other revealing the absence of the anticipatory faculty to see its consequence.

Keywords: absence of shame, omnipotence, hyper truth, disaffected.

^{*1} Psicóloga,
Professora Auxiliar do
Departamento de Psicologia da
Universidade de Évora

Psicanalista
pela Associação de Psicanálise
e Psicoterapia Psicanalítica



A AUSÊNCIA DA VERGONHA COMO SOBREPOSIÇÃO AO OLHAR (D)O OUTRO.¹

A vergonha foi desde sempre um tema central no pensamento psicanalítico, associada a feridas narcísicas e ao sentimento de inferioridade resultante, inicialmente relacionada a conflitos edipianos que remetiam para o sentimento de menor valor, inferioridade da imagem sexuada, o sentimento de ser excluído e rejeitado mas, como o edipiano está interligado com o pré edipiano, rapidamente começou a ser vista como nascente da não resposta e não validação da necessidade de afeto, portanto à ausência do reconhecimento.

Mas, como se sabe, desenvolvemo-nos emocionalmente através do olhar do outro e no olhar o outro, como refere J. Benjamin (1995), desenvolvemo-nos no reconhecimento mútuo. A partir do momento em que o bebé começa a ter uma noção de si próprio e da existência do outro confronta-se com os limites do self e da sua dependência. A partir do momento em que percebe que mentes diferentes partilham os mesmos estados, também começa a desenvolver a consciência de que podem ter discordâncias a esse nível (Beebe e Lachmann, 1992).

Assim, é neste ser olhado e olhar que surge também o sentimento de vergonha, pela idealização do outro, pela desvalorização sentida do outro para com o próprio e pela não validação das necessidades. Destarte, a vergonha está articulada a um self não validado que se inferioriza e se amesquinha perante o olhar do outro, antecipando este como sempre crítico e do qual nada de bom se pode esperar, vive-se com o sentimento de impossibilidade de encontrar outros suficientemente bons (Winnicott, 1965).

Em verdade, ainda que existam estes que se envergonham e inferiorizam perante imagens idealmente construídas de outros, qual reflexo de figuras parentais também elas idealizadas, subjugando-se e anulando muitas vezes o próprio desejo em função do reconhecimento, valoração e afeto; outros há então que impulsionados por uma sociedade do aspetismo (como designada por alguns sociólogos), do afirmar o valor e o poder a qualquer custo, esses negam a ferida e desmentem a necessidade do outro. São estes os da não vergonha qual cultura narcísica atual que amesquinha o outro fazendo desse um mero reflexo da sua superioridade, como capa de desmedida inferioridade e de desamparo sentidos, que para os mais atentos põe a

descoberto uma tamanha necessidade de dependência de ordem infantil.

Mas, como sabemos, nestas áreas do funcionamento mental tudo é do domínio da intensidade, e por isso, outros ainda, mais doentes trespassam o outro, tal qual arrogância psicótica (Bion, 1961) cuja onipotência não reconhece limites próprios nem, consequentemente, os do outro. Na ausência de vergonha não há a ressonância do outro no próprio, apenas a ação unidirecional sobre o outro, revelada na manifestação do poder e no suplantar da sua existência – há um eclipse do outro e ocupa-se o seu lugar. Poderíamos pensar que nestes indivíduos há uma lógica absolutista que se poderá traduzir desta forma: “Eu quero afetar-te, mas não quero que nada que digas ou faças me possa afetar. Eu sou o que sou e tudo é o que é!”. Estamos no domínio da concretude mental.

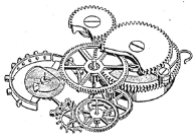
A propósito da crónica de Paulo Moura da antena 1 sobre o caso do assassinato do jornalista Jamal e da atitude do presidente americano Trump ouvi-o referir que, passo mais ou menos a citar, “estamos na era da hiper verdade, onde já não é necessário ocultar desejos odiosos e egoístas vai-se para além da verdade”. Assim, se revela o poder, não se mede o impacto que essa hiper verdade e hiper confrontação têm, “revelo-me crua e desmedidamente porque estou ausente de vergonha!”. Importa a revelação do poder próprio, sem a preocupação com o seu efeito lesivo no outro, porque esse outro não conta, não há contas a prestar, porque a onipotência do Eu tolda o Super-eu.

Trata-se aqui de modalidades de funcionamento introjetivo (Blatt, 2008) estremo, preocupados apenas com o seu self e concomitante sustentação independentemente da função que o outro cumpre, a relação com sujeitos está desprezada. Designámos este funcionamento de evitante desnarcizante. (Mesquita, 2013), onde lidera a completa negação da necessidade do outro, a preocupação é sempre com coisas e não com pessoas, com racionalizações e não sentimentos.

Não pode haver ressonância do outro no próprio porque isso remete para as fragilidades tidas como avassaladoras. A lógica interna está alterada e é desta ordem - eu não me descubro com o outro e na relação, eu encontro o meu self falsamente edificado na inexistência do outro - o que conduzirá à morte psíquica porque o self fica impedido de se desenvolver.

Diríamos que o comportamento de ausência de vergonha em termos cognitivos situa-se ao nível do pré-

¹ Artigo baseado numa comunicação apresentada na Sociedade Portuguesa de Psicossomática a 5 de dezembro de 2018.



operatório, na denominação de estádios de Piaget (1981), já que no operatório se desenvolve a capacidade de manter simultaneamente duas perspetivas em mente, a do próprio e a do outro, o que não acontece nestes casos, tendo como efeito a ausência de competência empática. Aqui, funciona-se numa disjunção exclusiva (Mesquita, 2013) ou eu ou o outro, nunca eu com o outro porque o fantasma da dependência assola a genuína representação do self esse frágil que se julga facilmente amesquinhado e dominado ou até aniquilado.

A ausência de vergonha desenvolve-se numa cultura alicerçada na inexistência da necessidade de co-construção que rapidamente transpõe o lema do “yes we can” para “yes I can”, reinando a prepotência, a impossibilidade de adiar a satisfação, onde o imediato é o alimento, onde se pode trespassar o outro para suprir as próprias necessidades, sem olhar o outro e consequentemente sem atender ao olhar desse. Neste caso não há antecipação da consequência, o outro nem está no lugar da sua função especular (leia-se de espelho) como no narcisismo descrito acima, o outro não está em lugar nenhum porque o lugar sou eu onnipotentemente construído, desmedido, descontido de limites internos ou externos, vulgo - sem eira nem beira, cujo funcionamento assenta numa equivalência psíquica da ordem de - “a realidade é como eu a vejo”!

Não há a mínima empatia com o próprio porque essa não foi sentida na relação com figuras significativas, não se desenvolveu e o self fica cristalizado em imagens grandiosas defensivamente edificadas, sem possibilidade de transformação porque não entram em verdadeira relação com sujeitos de subjetividade. Assim, emergem grandes deuses em reinos de ninguém porque nesses reinados não existem sequer outros enquanto sujeitos.

Deste modo, a ausência da vergonha não é senão denuncia de uma impossibilidade de contacto consigo, porque o vazio é grande, e obviamente a impossibilidade de contacto com o outro. O distanciamento em relação ao interno é revelador de um desnorte tal que se alicerça em imagens poderosas que de forma mágica anulam o olhar do outro, o que o outro pensa nem sequer é tido em consideração porque remeteria para o lugar do qual se foge a todo o custo - o lugar da dependência e da necessidade do outro ainda em formato infantil. Este desprezo interno, porque precocemente sentido é agora projetado no outro, numa lógica do eu acima de tudo sem a mínima competência reflexiva essa que implica o contacto com a vida emocional interna e possibilita um conhecimento intuitivo sobre o outro.

Há nestes uma disfuncionalidade dos neurónios em espelho, é como se acusassem a falta de uns sensores internos que decifram os códigos emocionais, tal qual aparelho

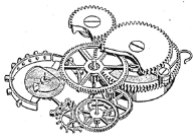
de pensar os pensamentos que falava Bion (196) mas para os sentimentos, revelam a ausência de um aparelho de sentir os sentimentos. Vivem sem objetos do self (Kohut, 1971) que pudessem acalantar as feridas porque nulificam a sua função, estão para lá dessa necessidade, ergueu-se uma couraça narcísica que se foi cristalizando atingindo uma rigidez tal que cumpre a função que os objetos do self poderiam realizar a de preencher um self amputado. Mas como já referi, o outro não está no lugar da função, o outro não tem lugar.

Mas como se pode exigir que quem está distante do próprio sentir possa sequer permitir-se a sentir o outro? Os sentimentos são desconhecidos para o próprio porque nunca foram validados e como tal o sentimento e os afetos associados não adquirem uma configuração relacional de expressividade, ficam à deriva do contexto relacional, o que se conhece então é apenas a ação de domínio sobre o outro e não o pensar o outro e a interação.

A ausência de vergonha nega a realidade porque esta obviamente aniquila tais fantasias onnipotentes, e também porque a realidade reativa a inveja que expõe a insignificância do próprio. Denuncia ainda, uma negação da severidade do supereu, ou a debilidade desse. De ambos resulta uma raiva acompanhada de sentimentos odiosos que simbolicamente matam o outro anulando a sua existência porque só assim se aprendeu a ser. Há, no entanto, uma excitação artificial resultante do sentimento de triunfo conseguida nessa anulação super-egoica, reinando um Eu descontrolado que tudo quer comandar para sobreviver, sem que na realidade se trate de uma verdadeira existência.

O mal está, para estes, no necessitar de alguém, a autossuficiência é o ideal mais forte porque há hostilidade perante tudo de bom que possa estar para lá do self, e quando se confronta com o bom do outro, nega-se, anula-se e em última instância - rouba-se, apropria-se do que é do outro e toma-o como sendo do próprio! São exemplos destes os que designo de papagaios ladrões os que repetem ideias dos outros tomando-as e apresentando-as como se fossem do próprio.

Vivem assim encarcerados num claustro narcísico maligno que progressivamente desprové o self de competência relacional debilitando-o cada vez mais, conduzindo a uma crescente e insaciável procura de poder, domínio e grandiosidade, ficando avidamente agarrado ao que externamente a confirma, mas, nunca saciado, este self megalómano ganancioso e enraivecido, que afasta o outro e a relação, se não encontra um limite, morrerá psiquicamente na solidão, porque só é possível uma vida verdadeira assente em relações verdadeiras e que possibilitem a transcendência do self.

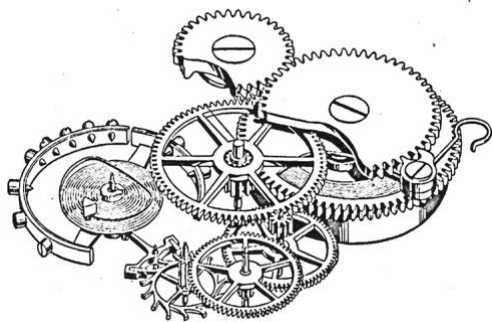


Conclusão

Só quem não tem vergonha é que vive do confronto e da hiper verdade, do dizer desprovido de preocupação empática, só não tem vergonha quem não a pode sentir, quem não pode pensar-se e pensar o outro, quem não se contém porque se imagina nunca contido e porque o que não foi contido está a perfurar a couraça do self e tem de sair sob a forma de ofensivas e rancores que não encontram possibilidade de transformação porque afastam a possibilidade de verdadeira ligação.

Referências Bibliográficas:

- Beebe, B. & Lachmann, F. (1992). *A dyadic system view of communication*. In: *Relational perspectives in psychoanalysis*, ed. N. Skolnick & S. Warshaw. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Benjamin, J. (1995). *Like subjects, love objects*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bion, W. (1961). A Theory of thinking. In *Melanie Klein Today: vol.1. Mainly theory*, ed. E. Spillius. London Routledge, 1988, pp. 178-186.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. NY: International Universities Press.
- Mesquita, I. (2013). *Disfarces de Amor: sobre os relacionamentos amorosos e a vulnerabilidade narcísica*. Lisboa: Climepsi Ed.
- Piaget, J. (1981). *Intelligence and affectivity: Their relationship during child development*. T. A. Brown & C. E. Kaegi (Eds & Trans.). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York, NY: International Universities Press.



JOGO E O 'IMPENSÁVEL': PARA UMA PERSPETIVA PSICOSSOMÁTICA DAS ADIÇÕES

GAMBLING AND THE 'UNTHOUGHTABLE': FOR A PSYCHOSOMATIC PERSPETIVE OF ADDICTIONS

Marco Torrado^{1*}

Resumo:

A propósito de uma situação clínica de um indivíduo com perturbação de jogo, em seguimento psicoterapêutico, o autor procura estabelecer pontes entre conceitos e abordagens de domínios do conhecimento bem diferenciados, designadamente as neurociências afetivas, a psicanálise e as teorias da vinculação. Num equilíbrio epistemologicamente sensível, é tentada uma abordagem de compreensibilidade da doença aditiva (neste caso não relacionada com substâncias) por meio do contributo de várias disciplinas. É proposto um modelo de entendimento psicossomático das perturbações aditivas, sustentado na premissa de que experiências sociais precoces pouco organizadoras do psiquismo podem oferecer um terreno de vulnerabilidade psicobiológica para o adoecer físico e psíquico. As adições são uma das formas possíveis dessa dolência, com particularidades clínicas. Alguns conteúdos do processo terapêutico são emprestados visando uma interpretação mais holística do funcionamento mental do jogador problemático e do seu processo reabilitativo.

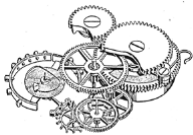
Palavras-Chave: Jogo; impensável; regulação; dopamina; alexitimia.

Abstract:

Considering a clinical situation of a gambling disordered patient, supported in a psychotherapeutic setting, the author seeks to establish links between concepts and approaches from well-differentiated domains, namely Affective Neurosciences, Psychoanalysis and Attachment Theories. Through an epistemologically sensitive balance, an understandable approach to addictive disease (a non-substance related situation, in the case) is attempted throughout the input of various disciplines. It is proposed a model of psychosomatic understanding of addictive disorders, based on the premise that less organizing early social experiences may offer a psychobiological vulnerability ground for physical and mental illness. Addictions are one possible form of this lack, with clinical particularities. Some contents of the therapeutic process are borrowed aiming at a more holistic interpretation of the mental functioning of this gambler and his rehabilitation process.

Key-words: gambling; unthoughtable; regulation; dopamine; alexithymia.

^{*1} Psicólogo,
Psicoterapeuta,
Professor Auxiliar Convidado na
Faculdade de Medicina,
Universidade de Lisboa.



JOGO E O IMPENSÁVEL: PARA UMA PERSPETIVA PSICOSSOMÁTICA DAS ADIÇÕES.¹

Introdução

Na senda de um diálogo cooperante e tolerante entre diferentes disciplinas, a psicossomática tem sido um instrumento determinante para a robustez epistemológica de uma posição integradora, mas plural, sobre o espectro saúde-doença, numa renúncia progressiva ao dualismo cartesiano.

É, portanto, um lugar onde desaguardam muitos pensadores, investigadores, clínicos e curiosos que procuram ligar terrenos separados, ou pouco próximos, de compreensão da unicidade humana, da sua homeostasia e da sua desregulação. Tem sido sede de alguns dissidentes de perspetivas mais ortodoxas e fechadas, daqueles que têm sede de vislumbrar outras pontes, por vezes frágeis mas que se socorrem de criatividade suficiente para que outras visões se apurem, sempre na perspetiva de mitigar o sofrimento e a vulnerabilidade.

A psicossomática, palavra dual e una, deixou há muito de se assumir como leitura da morbilidade classicamente psicossomática para passar a promover olhares múltiplos e integradores dos fenómenos (físicos e psíquicos) da vida mental. Olhares sobre o fisiológico, sobre o comportamento e sobre a relação. Todo o indivíduo é, portanto, psicossomático. E todo o doente também.

É nesta complexidade, e por vezes nebulosidade, que muitos entendem a Psicossomática não tanto como mais uma disciplina ou um corpo teórico mas antes como uma atitude (clínica, de investigação, epistemológica) que vê o outro (doente ou não) numa abordagem holística, logo, conferindo-lhe uma unidade existencial composta de múltiplos sistemas não lineares e em que, nos interstícios, irrompem fenómenos de saúde e de desequilíbrio.

A propósito de um Caso Clínico

Paulo é um homem de 49 anos da região transmontana mais a nordeste de Portugal. Vindo de uma família com uma fratria de 5 irmãos, ele sendo o mais velho, vê o pai partir para a Suíça quando tinha 5 anos em busca de melhores condições de sustento.

Cedo começa a trabalhar na indústria, para ajudar a mãe e os irmãos, mas percebe que não era essa a vida que queria. Naquele meio sentia que não só não conseguia

garantir meios de subsistência como sucumbiria às dificuldades daquela vida num contexto tão frio e inóspito. 'Havia frio e fome, pouco mais... Eu queria respirar e viver. Algo em mim me pedia para ir, para não ficar', dizia-me.

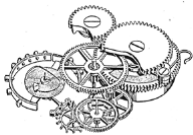
Parte aos 13 anos para junto do pai, contra a vontade deste e da mãe, mas sentindo que só assim poderia crescer. A mãe, zangada e intolerante à partida de Paulo, dizia que ele não iria aguentar-se longe dela e que o pai não o apoiaria. Ainda assim, Paulo instala-se na pequena casa de porteiro onde o pai vivia e trabalhava e, numa luta por convencê-lo a ficar, começa a trabalhar em fábricas. Ao ser descoberto pelas autoridades é então obrigado a estudar durante o dia, mas fazendo umas horas às escondidas pelo fim da tarde.

Sentia-se a crescer... amedrontado, mas convicto de que estava a fazer o melhor. Cuidava das refeições do pai, mandava dinheiro à mãe, 'Era uma luta, mas uma boa luta...', dizia. 'O meu pai era muito duro, mas eu gostava dele, dava-me alguma atenção. Quando morreu com o cancro foi terrível, parecia que nem acreditava que pudesse ser verdade. Fiquei um bocado paralisado. Já a minha mãe, sempre foi uma senhora muito dura, amarga... foi a vida que a fez assim, não era má pessoa...'

Aos 20 anos volta para Portugal e numa viagem ao sul conhece a atual mulher. Começa a trabalhar em padarias e não mais deixou o negócio. O pai dela tinha algumas lojas de bolos... o negócio foi crescendo e Paulo cedo começa a assumir responsabilidades... 'Confiavam muito em mim, muito... eu penso que sempre fui de confiar... nunca desapeguei ninguém, sabiam que eu estava com eles para tudo. Eu chegava a levantar-me às 05 da manhã e deitava-me às 2 ou 3 todos os dias... ajudava os pais dela, estava a gerir duas casas... só ao domingo é que parava... eu acho que não podia fazer mais... não tinha tempo para mais nada. Perguntava-me várias vezes a mim próprio se eu estaria em falta com eles, porque eles deram-me tudo, ou quase tudo.'

Em 2014 a empresa familiar sofre um decréscimo considerável de vendas. O peso dos empréstimos força o despedimento de algumas pessoas. 'Naquela altura parece que nem percebia o que se estava a passar com as pessoas que eram despedidas, sentia-me só preocupado com o negócio não estar a correr bem... eu tinha alguns empréstimos no meu nome também, um de quase 50 mil (...) Um dia, não me pergunte porquê, pensei que jogar naquilo e ganhar seria a coisa mais fácil do mundo... comecei a jogar 10 euros todos os dias, dia após dia... achava um disparate estar a gastar assim dinheiro... mas fui jogando. Todos os dias lá ia... era uma

¹ Artigo baseado numa comunicação apresentada no V Congresso Nacional de Psicossomática, Abril 2019.



excitação, sentia um prazer que não me lembro de alguma vez ter sentido...

Ao fim de alguns meses Paulo foi percebendo que estava enovelado no jogo e nas fantasias de onnipotência que pareciam emergir no caminho até ao quiosque onde apostava diariamente. A atratividade da incerteza era por si só o garante do não pensar e da priorização do jogo. '... Eu tinha um entusiasmo de manhã só de pensar na hora de ir jogar... sentia-me grande... era desta que eu ia fazer uma boa maquia... houve dias que fiz muito, muito mesmo. Vários milhares! Sentia que ia alcançar algo maior do que eu... , quando comecei a ir ao bingo, mais ainda... Mas houve outros dias em que o tinha ganho antes não chegava para apostar... apercebi-me que era mais o que lá deixava do que o dinheiro que trazia. Deixei-me agarrar... não mais consegui parar...'. Talvez Paulo quisesse mesmo sentir-se agarrado, num esforço de obter um prazer sem esforço, fácil e excitatório, como aquele de que parecia estar ávido desde tempos precoces da sua história. Uma história carregada de sentimentos de insuficiência narcísica, subsidiados por objetos pouco securizantes e parcamente organizadores do seu psiquismo. O jogo parecia então ser um objeto substituto, pseudo-regulador, conferindo a ilusão de uma satisfação não antes conseguida, nem mesmo nos vínculos entretanto encetados anos e anos depois de experiências pouco satisfatórias, talvez a experiência traumática precocíssima de que José Barata nos falava como o cerne da emergência ulterior do adoecer.

Um ano e meio se passou a jogar. Gradualmente Paulo foi-se afundando em dívidas, primeiro a muitas pessoas e com montantes modestos, depois a um ou outro agiota e já perfazendo largos milhares de euros. Cada vez era mais difícil esconder, 'mesmo à minha mulher, que confiava em mim e tinha tantas outras coisas em que pensar... mesmo para ela começou a ser clara a minha inquietação... eu não dormia, tremia e não me acalmava, pensava durante a noite onde podia ir arranjar dinheiro para pagar a este e àquele... eu não podia parar!'

Os comportamentos de tipo psicopático não tardaram a despontar e, num ímpeto imperioso de jogo, Paulo falsifica a assinatura de um familiar em alguns cheques para garantir mais uns milhares de euros junto de um balcão bancário de confiança. Mais tarde Paulo confessa à família o seu afundamento e a incapacidade (e eu diria, também, o desejo) de ser resgatado de um caminho que sentia como de sem retorno. A separação conjugal acontece e Paulo vê-se confrontado com a ausência da mulher e da única filha, emergindo o desamparo existencial e anaclítico. Confronta-se com o *impensável*, isto é, com uma dor mental que nunca poderia ser vista por si mesmo, porque maciçamente reprimida, mas que sempre esteve lá. A angústia manifesta-se

então corporalizada, em sucessivos episódios de pânico, culminando num internamento hospitalar que conteve a sensação daquilo que Paulo denominava *a posteriori* como 'um lento esvair...'. Um esvaimento como aquele que, noutros tempos prematuros terá vivido e tolerado à custa de uma crescente idealização de outros, a quem tanto cuidava na tentativa última de ser cuidado.

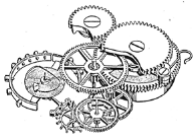
Começo a seguir o Paulo em psicoterapia algumas semanas após a alta desse internamento e do reconhecimento do 'lento esvair'. 'Não sei ao que venho...', dizia-me, 'mas falar aqui do que tem sido o meu caminho também não me há-de fazer mal...'.

Notoriamente desvalido, pálido, sem emprego e sem lugar, Paulo assume não saber descortinar a génese do pesadelo em que vivia. 'Foi uma queda a pique... nunca entendi por que é que isto me aconteceu... eu tinha uma vidinha tão perfeita', mostrando-se tão perdido quanto por ora incapaz de ligar fragmentos da sua história.

À medida que os psicofármacos iam laborando, também o labor terapêutico começou a tornar-se mais regular e até gratificante... 'Sinto um alívio em falar aqui, faz-me sorrir! É uma sensação de algo que parece que nunca vivi.' Transmito-lhe que ali está seguro, ali não se irá esvair. Associei esse alívio sorridente àquele que Joyce McDougall, influenciada por Winnicott, referia como essencial no bebé que via o seu reflexo nos olhos do cuidador mas que, nessa falta ou impossibilidade, a tragédia de Narciso indelevelmente se iniciaria.

Como nos pacientes ainda classicamente denominados de psicossomáticos, também Paulo manifestava uma hiperadaptação à realidade externa, à custa da eliminação da criatividade e da significação da sua vida afetiva. O seu discurso pautava-se pela descrição da imensidão de tarefas diárias outrora assumidas e o desapontamento que via no olhar dos outros em relação à sua 'queda a pique' através do jogo a dinheiro. 'Sinto-me mal e cansado...', dizia, sem outro reportório emocional mais diferenciado que pudesse ecoar experiências emocionais verdadeiramente integradas, depressivas e transformadoras.

A alexitimia, enquanto dimensão paradigmática da unidade psicossomática, ou aliás, da falta dela, é hoje talvez dos fenómenos mais comumente estudados em inúmeras populações clínicas e não clínicas. Sustentadas nas premissas de Nemiah e Sifneos dos anos 70 do século passado, as teorias contemporâneas situam as dificuldades de processamento da informação emocional características deste traço de funcionamento como de cariz desenvolvimentista,



precocemente construídas em relações de objeto insuficientemente boas, e validadas por objetos substitutos que apoiam um funcionar para a frente, sem consciência do que faltou. Mas, também, edificada em substratos anatomofisiológicos menos robustos, em que as regiões pré-frontais, designadamente as áreas orbitofrontal e ventromedial bem como o cingulado anterior do córtex parecem ser menos eficazes na contenção e inibição da reatividade límbica aos estímulos, tornando-a pouco organizada e menos passível de ser adequadamente significada. Essas áreas, que nos conferem uma dimensão mais humanizada – percebe-se, promotora do pensar e de uma maior tolerância à dor mental – são também aquelas cuja maturação é, segundo Allan Schore (1997, 2000) e outros autores (Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993), particularmente dependente da experiência afetiva ocorrida entre os 12 e os 18 meses na relação com o cuidador primordial. A organização dos circuitos cortico-límbicos e a atividade opióide decorrida na díada nesses tenros períodos de interação social precocíssima é então crucial para o desenvolvimento de uma segurança básica, cerne da qualidade na procura de vínculos futuros apaziguadores e protetores. Ao contrário, nessa falha básica de cariz biopsicossocial, uma menor plasticidade neurofisiológica poderá subsidiar uma vulnerabilidade na capacidade de experienciar o afeto positivo e uma menor inibição dos estados de ativação negativos (*vide* Alvarez-Monjeras et al., 2019). São, talvez, os precursores psicossomáticos da menor tolerância ao sofrimento, tão evidentes nos indivíduos que gritam por dor, seja por queixas físicas múltiplas, seja pelo agir externalizado do seu mal-estar, mas sempre (ou quase sempre) com grandes limitações na possibilidade de identificar, expressar e mentalizar as chagas emocionais.

Para melhor aferir a condição do Paulo socorro-me da avaliação psicológica que, não raras vezes, dá suporte à intuição clínica: além de problemas visíveis de jogo, o que era expectável, as dimensões alexitímica e impulsiva surgem marcadamente expostas, num perfil em que imperam a urgência e o *acting-out* associados a claras dificuldades em pensar e descrever a experiência emocional.

A investigação neurobiológica tem identificado nos jogadores com perturbação disfunções importantes nos recetores dopaminérgicos da região do estriado. Contrariamente ao identificado nos dependentes de substâncias, em que se reconhece uma menor disponibilidade dos recetores como fator de risco para o abuso, nos jogadores com perturbação não se identificam diferenças significativas comparativamente a controlos. Contudo, a menor disponibilidade de recetores D2 e D3 na região do estriado parece associar-se de forma muito significativa a níveis de

maior gravidade da perturbação de jogo, sobretudo quando associados a elevada impulsividade e a uma ativação emocional intensa (Mathar et al., 2018). Logo, uma maior libertação de dopamina nesta região aparenta sustentar comportamentos mais lesivos de jogo. Por outro lado, os dados mais recentes identificam que a ‘explosão’ dopaminérgica acontece no jogador não nos episódios de ganho, mas perante a incerteza relativamente ao resultado da próxima jogada ou mesmo quando perde avultados montantes (ex: Linnet, 2019), socorrendo-se de fantasias megalómanas de recuperação dos montantes perdidos, na próxima jogada. O conhecido fenómeno de *chasing-losses*, que perpetua o caminho. Quando maior a incógnita, maior o prazer do precipício, maior o afundamento.

É o jogo uma conduta sadomasoquista ou para-suicidária? A ponte com o conceito de Comportamento Ordálico de Charles-Nicholas & Valleur é quase inevitável, em que o sujeito se coloca perante o ‘juízo divino’ que legitima (ou não) a sua sobrevivência. Mas neste jogo de vida, e de morte, também se joga a necessidade de reparar uma onipotência narcísica que só é passível de restaurar mediante a repetição infundável da denominada “paixão” (Charles-Nicolas & Valleur 1982).

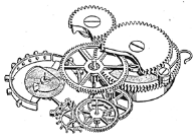
Eu acrescentaria: A paixão dopaminérgica da ‘queda a pique’ e que pode travestir a incerteza objetual, o impensável.

Viver o que faltou, nestes pacientes é sempre, portanto, uma urgência. Essa urgência é causa e simultaneamente consequência da disrupção, da ferida mental e organicamente aberta. Uma brecha inaugural, adormecida, acalentada por múltiplas figuras e contextos, por vezes remendada e eficazmente soturada, com amor que cura, como nos refere Cyrulnik, Coimbra de Matos, entre outros mestres. Outras vezes não.

A complexidade é imensa, a linearidade é nula.

Na área dos comportamentos aditivos, Reiter e colaboradores (2018) apontam num artigo muito recente da revista *Nature* para que, mais do que nunca, é necessária uma perspetiva realmente desenvolvimentista do pensar as adições, que incremente a compreensibilidade do início, manutenção e recaída dos caminhos de dependência, nomeadamente através de estudos longitudinais. Que envolvessem, até, crianças e jovens antes da adição. Eu diria também: que envolvessem tempo.

Já mais recentemente Paulo, numa sessão, diz-me já perceber melhor o porquê de estar comigo há algum tempo. ‘Há coisas que eu achava que nada tinham a ver com isto que me trouxe cá... mas afinal tudo tem a ver com tudo... isso para

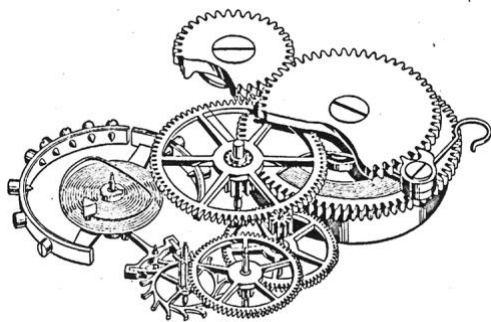


mim, ao fim de algum tempo, é mais claro. Mas é preciso continuar a caminhar.’

José Barata talvez reiterasse que o ‘caminho faz-se a andar’.

Referências Bibliográficas:

- Alvarez-Monjaras, M., Mayes, L. C., Potenza, M. & Rutherford, H. (2019). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*, 21(6), 616-637. doi: 10.1080/14616734.2018.1498113
- Charles-Nicolas, A. & Valeur, M. (1982). Les conduites ordaliques, In Olivenstein (Ed.), *La vie du toxicomane* (pp. 82-89). Paris: PUF.
- Linnet, J. (2019). The anticipatory dopamine response in addiction: A common neurobiological underpinning of gambling disorder and substance use disorder? *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 1(98) 109802. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.109802.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64(2), 572-585.
- Mathar, D., Wiehler, A., Chakroun, K., Goltz, D. & Peters, J. (2018). A potential link between gambling addiction severity and central dopamine levels: Evidence from spontaneous eye blink rates. *Scientific Reports*, 8, 13371. doi:10.1038/s41598-018-31531-1.
- Reiter, A., Heinz, A. & Desemo, L. (2017). Linking social context and addiction neuroscience: a computational psychiatry approach. *Nature Reviews Neuroscience*, 18, 450.
- Schore, A. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595-631.
- Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 1(2), 23-47.



O LUTO SOB A LENTE PSICODINÂMICA

GRIEF BENEATH THE PSYCHODYNAMIC LENS

Patrícia Azevedo^{1*}, Paula Valente², Cláudia Milheiro³, Luís Brito⁴, Antonieta Dias⁵, Ivo Mota⁶

Resumo

O luto corresponde a uma reação vivencial à perda do objeto, sendo influenciado pelo significado e elaboração da perda através das vivências internas do indivíduo. O presente trabalho propõe-se a revisitar a visão psicodinâmica do luto enquadrando conceitos teóricos de Freud, Deutsch, Klein, Winnicott, Volkan, Bowlby, Stroebe e Schut e a correlacionar com o caso clínico apresentado. Foi realizada uma breve revisão da literatura sobre o tema através da pesquisa de bases de dados (PubMed, Medline), seguindo-se a apresentação de um caso clínico. Freud foi central para o entendimento de como a perda poderia não apenas afetar, mas realmente mudar o enlutado, levando à internalização do objeto perdido como parte do self. Klein e Winnicott forneceram conteúdos para a compreensão do comportamento de luto à luz da perda de um objeto real através da separação. Bowlby enfatizou primordialmente a vinculação. Stroebe e Schut adotaram uma visão construtivista em que o luto pode, na verdade, beneficiar o indivíduo pela impulsão à aprendizagem de novas estratégias para lidar com a perda e readquirir funcionalidade. Desde Freud até Stroebe e Schut, é realçada a perda do objeto, a deslocação do investimento emocional no Outro para retornar ao Eu, o que é influenciado pelo padrão de vinculação do indivíduo e do modo como vivencia a separação.

Palavras-chave: psicodinâmica, luto, perda objetal.

Abstract

Grief corresponds to an experiential reaction to the loss of the object, being influenced by the meaning and elaboration of the loss through the inner experiences of the mourning individual. The present work proposes to revisit the psychodynamic vision of grief by framing theoretical concepts of Freud, Deutsch, Klein, Winnicott, Volkan, Bowlby, Stroebe and Schut and to correlate with the presented clinical case. A brief review of the literature on the subject was performed through the database search (PubMed, Medline), followed by the presentation of the clinical case. Freud was central for the understanding of how loss could not only affect but actually change the mourner, leading to the internalization of the lost object as part of the self. Klein and Winnicott provided concepts for understanding grief behaviors as result of the loss of a real object through separation. Bowlby emphasized attachment primarily. Stroebe and Schut have adopted a constructivist view in which grief can actually benefit the individual by driving him to learning new strategies to deal with loss and reacquire functionality. From Freud to Stroebe and Schut, the loss of the object, the displacement of the emotional investment in the Other to return to the self is emphasized, which is influenced by the individual's attachment pattern and the way he experiences separation.

Keywords: psychodynamic, grief, object loss.

* ¹ Médica Interna de Psiquiatria,
Hospital Magalhães de Lemos,
Porto, Portugal.

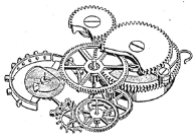
² Assistente Hospitalar Graduada
de Psiquiatria e psicanalista,
Hospital Magalhães de Lemos,
Porto, Portugal.

³ Psicóloga Assessora
e psicanalista,
Hospital Magalhães de Lemos,
Porto, Portugal.

⁴ Enfermeiro-chefe,
Hospital Magalhães de Lemos,
Porto, Portugal.

⁵ Enfermeira especialista
Hospital Magalhães de Lemos,
Porto, Portugal.

⁶ Enfermeiro graduado,
Hospital Magalhães de Lemos,
Porto, Portugal.



Introdução

Luto e Melancolia, publicado em 1917 por Freud, é considerado o marco inaugural dos debates sobre o luto no campo das ciências. Embora a intenção de Freud em Luto e Melancolia fosse oferecer contribuições para a compreensão dos estados melancólicos, a obra acabou por exercer influência considerável nas construções teóricas sobre o luto até aos dias de hoje. A diferenciação que Freud tece entre trabalho de luto e melancolia está na raiz das definições posteriores de luto normal e luto complicado (Freud, 1917).

Nas duas décadas seguintes, as referências a Luto e Melancolia mantiveram-se dominantes no campo de estudos sobre o luto, embora Freud não tivesse expandido o conceito. Outros trabalhos importantes advindos da psicanálise na primeira metade do século XX foram o de Helene Deutsch (A Ausência de Luto em 1937) e o de Melanie Klein (O Luto e suas Relações com Estados Maníaco-Depressivos em 1940). Deutsch introduziu a noção de patologia e de cronicidade neste campo que nem mesmo Freud havia defendido tão veementemente (Deutsch, 1937). Já Melanie Klein colocou menor ênfase na descatexia do objeto e maior enfoque nas relações objetais defendendo que a perda do objeto reativa a posição depressiva da infância (Klein, 1940).

No seguimento da teoria das relações de objeto, abordaremos as contribuições de Winnicott que nos permitem alcançar a relevância dos objetos transitivos quer para a criança em desenvolvimento quer para o indivíduo enlutado, através dos quais se autorregulam e tranquilizam (Winnicott, 1951). Por outro lado, Volkan refere-se aos objetos de transição do enlutado como objetos de ligação, mas considera-os patológicos se mantidos ao longo do tempo (Volkan, 1972).

Já Bowlby, alicerçando-se na teoria da vinculação, defendeu a influência da relação precoce entre a criança e a mãe no processo de luto, tendo descrito quatro fases de resposta à perda (Bowlby, 1969).

Por último, abordaremos Stroebe e Schut que, não sendo de orientação psicodinâmica, trouxeram críticas à teoria freudiana e elaboraram o modelo do processo dual do luto, que nos parece pertinente abordar no presente trabalho. 7

Materiais e Métodos

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura, versando a visão psicodinâmica do processo de luto com acesso às bases de dados Pubmed e Medline com as palavras-chave “psychodynamic”, “grief”, “mourning”, “bereavement” e “object loss”. De seguida, é apresentada a aplicação dos conceitos teóricos a um caso clínico de luto patológico.

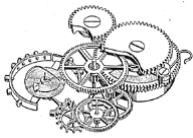
Resultados

Segundo Freud, o luto não constituía patologia e o seu objetivo final seria o desinvestimento libidinal do objeto perdido (descatexia) e a construção de novas relações com novos objetos. Durante o processo de luto, o enlutado desenvolveria hipercatexia relativamente ao objeto inexistente, com investimento da sua energia nas memórias deste, desligando-se do mundo externo. Contudo, a retirada libidinal de um objeto acompanha-se de resistência por parte do sujeito. Este processo caracteriza-se pela repetição dos testes de realidade que, paulatinamente, vão libertando o ego do investimento libidinal vinculado ao objeto que deixou de existir, podendo reinvestir a sua energia libidinal em novos objetos. Inicialmente, em Luto e Melancolia, Freud considerou que o processo de identificação com o objeto perdido seria patológico (Freud, 1917). Apenas na sua obra *The ego and the id*, em 1923, considera que é pelo processo de identificação com o objeto que este é internalizado, tornando o processo de luto possível e suportável (Freud, 1923).

Segundo Freud, luto e melancolia são processos semelhantes: o enlutado e o melancólico sentem-se desanimados, experienciando uma perda de interesse no mundo exterior e incapacidade de amar novamente. No entanto, o melancólico é assolado pela perturbação da autoestima, pela anedonia e por alterações dos ritmos biológicos, nomeadamente do apetite e sono. Freud defendia que os conflitos inconscientes em relação ao falecido dificultavam o luto e muitas vezes prolongavam-no. Enquanto que no luto o mundo se torna pobre e vazio, na melancolia é o próprio Eu. Freud defendia que os sentimentos de auto-acusação proviriam de uma ambivalência em relação ao objeto perdido, com deslocamento da recriminação e raiva do mesmo para o self, como se uma parte do próprio Eu se perdesse (Freud, 1917).

No entanto, como já anteriormente referido, é com Helene Deutsch que a noção de luto patológico ganha forma. Tendo em consideração a componente afetiva do luto, Deutsch argumentou que a ausência da expressão de afetos no luto seria indicativa ou preditiva de um processo de luto patológico, introduzindo, com a sua reflexão, a importância da expressão e contacto com os sentimentos na perda (Deutsch, 1937).

Klein, por seu turno, dedica-se ao entendimento do processo de luto enquadrado nas relações de objeto: a perda conduziria à fantasia de que os bons objetos internalizados se esvaíram, levando a sentimentos de culpa, perseguição e castigo relativas ao próprio e de raiva para com o objeto pela sensação de abandono. O enlutado regride como se de bebé se tratasse, a deparar-se novamente com as ansiedades de aniquilação e abandono mediante a separação. Se as



experiências objetais precoces tiverem sido positivas permitindo ao bebé integrar os bons e maus objetos, o enlutado experienciará o desejo de reparar o bom objeto perdido e lesado e o resultado do trabalho de luto será mais do que restaurar o equilíbrio prévio à perda mas igualmente o aprofundamento da relação com os objetos internos do próprio sem medo da destruição do self. Caso as relações objetais não tenham permitido à criança introjetar a ambivalência, mantendo-se numa posição esquizoparanóide, as perdas reativarão representações clivadas do self e dos outros como “totalmente maus”. A perda pode ser tão dolorosa que o agora adulto em trabalho de luto pode negar a dependência ou necessidade para com o objeto desvanecido ou fugir em atividade maniforme. Para Klein, todo o luto representa uma regressão a um luto arcaico e é fundamentalmente associado ao momento da perda do seio da mãe na infância, cujo clímax é vivido no período do desmame. Ao contrário do período de desmame, Klein defende que no luto, a mãe real não mais se encontrará presente para ajudar o enlutado a consolidar e reforçar os objetos internos bons. Resta, por isso, transformar a dor em algo positivo, procurando objetos capazes de substituir o que foi perdido ou uma espécie de sublimação da dor (Klein, 1940).

A perda é transversal ao desenvolvimento e é ultrapassada pela criação de uma representação interna do cuidador pela criança, na sua ausência. Pela fantasia, segundo Winnicott, a criança cria um espaço de imaginação e jogo – o espaço de transição – e um objeto – o objeto de transição – que simboliza a união do bebé com o cuidador e no qual busca regulação ou desloca a frustração. Os objetos transitivos têm uma função de ponte quer para a criança, quer para o enlutado que os liga ao objeto que não está presente. Eventualmente a criança torna-se capaz de abdicar do objeto transitivo quando já conseguiu representar mentalmente o cuidador pela internalização. Da mesma forma, quando a perda ocorre para o adulto, será importante avaliar de que forma o enlutado consegue manter a representação mental de quem perdeu. Também no luto observamos objetos de transição, sob a forma de objetos e fotografias da pessoa falecida, os quais gradualmente vão sendo abdicados. Se a capacidade de internalização estiver afetada, a pessoa não consegue tranquilizar-se na ausência de tais meios transitivos, com o medo de perder o objeto, que, no fundo, já foi perdido (Klein, 1940; Winnicott, 1965).

Já Volkan refere-se aos objetos de transição do enlutado como objetos de ligação (*linking objects*), permitindo uma ligação à pessoa falecida, a externalização de elementos do self e internalização de elementos do objeto. Na opinião de Volkan, a manutenção dos objetos de ligação é, em si mesma,

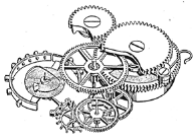
patológica por manter a ilusão de que a pessoa se encontra ainda presente (Volkan, 1972).

Bowlby defendia que o luto seria influenciado pela relação precoce entre a criança e a mãe. Pelo seu trabalho com crianças institucionalizadas, sem um cuidador primário, observou que o ego da criança se desintegra experienciando ansiedade de separação.

Bowlby descreveu quatro fases de resposta à perda: a fase de entorpecimento é marcada pelo choque e pela incapacidade da pessoa em aceitar a notícia da perda, sendo comum a negação da realidade da morte. Em geral, essa fase é breve, com duração de algumas horas a poucos dias. Posteriormente, surge a fase de anseio e busca pela pessoa perdida. Surgem sentimentos de frustração por não conseguir restabelecer a sua presença. Ainda que, racionalmente, os enlutados saibam da irreversibilidade da morte, chegará o momento em que finalmente se deparam com as consequências emocionais dessa constatação. Esta é a fase do desespero e da desorganização. Neste período, a culpa e a raiva apresentam-se como os afetos mais intensos. É comum que os enlutados comecem a responsabilizar alguém pela perda, ou que se sintam culpados tanto pelo que fizeram, como pelo que não fizeram pelo falecido para evitar a sua morte. A apatia, a raiva e a culpa pautam o mundo interno do indivíduo, interferindo inclusive ao nível interpessoal, uma vez que é comum que o enlutado passe a responder com irritação e evitação às tentativas de aproximação e ajuda. A intensa dor e tristeza que marcam esta fase desvanecem gradualmente sendo substituídas por um impulso crescente para o restabelecimento do equilíbrio perdido e a construção de novas vinculações. A força deste impulso conduz à última das fases do luto, a fase da reorganização, processo que é vivido de modo particular de pessoa para pessoa (Bowlby, 1963-1980; 1969).

Segundo Stroebe e Schut, a hipótese de trabalho de luto introduzida por Freud continha falhas, não dispondo de evidências empíricas capazes de validá-lo em períodos históricos e em culturas diferentes. Por outro lado, o conceito freudiano limitar-se-ia a explicar o luto a partir de um ponto de vista intrapsíquico considerado não muito útil, por estes autores, à aplicação na prática clínica.

O Modelo do Processo Dual do Luto reflete a percepção de que durante o processo de luto, se oscila entre a dolorosa necessidade de restaurar o objeto de vinculação perdido e o esforço para se reorientar num mundo que se tornou repentinamente desprovido de sentido. A partir deste modelo, Stroebe e Schut distinguem a orientação para a perda e a orientação para a restauração como dois diferentes processos que têm a função de adequar o indivíduo à sua nova condição



no mundo. Este processo de transição psicossocial ocorre sempre que a pessoa se confronta com situações que invalidam grande parte do seu mundo presumido, não sendo restrito ao processo de luto.

A orientação para a perda diz respeito à necessidade do enlutado se concentrar na elaboração da perda em si, mais particularmente com o impacto da ausência e com o intenso desejo de restaurar a vinculação. Em nome desta necessidade, surgem pensamentos ruminativos sobre o objeto e sobre as circunstâncias relacionadas à separação. A orientação para a restauração surge concomitantemente à orientação para a perda. Simultaneamente, o indivíduo lida com duas necessidades diferentes: reaver a pessoa amada e reorganizar a vida com a assunção de uma nova identidade.

O modelo de Stroebe e Schut tem influenciado fortemente as conceções contemporâneas sobre os processos patológicos de luto. Partindo-se deste modelo, o luto complicado pode ser interpretado como o resultado de um desequilíbrio entre os dois processos ambivalentes. As pessoas que se focam apenas na necessidade de preservar a vinculação com o que foi perdido cronificam o luto. Por outro lado, os que evitam os sentimentos associados à perda e se dedicam exclusivamente à orientação para o futuro, tendem a sofrer os efeitos de um luto diferido ou inibido (Stroebe & Schut, 1999).

Caso Clínico

L., sexo feminino, 58 anos, casada, tem duas filhas (R., 34 anos, e A., 29 anos), vive com o marido e a filha mais nova. Está sem trabalhar há um ano por baixa médica, trabalhava como empregada de limpeza.

Há um ano recorreu ao Serviço de Urgência por ideação suicida, ataques de pânico recorrentes e insónia. Referia problemática laboral, conflitos com as filhas e processo de luto não resolvido de um filho, desde há 13 anos.

Inicia posteriormente seguimento em consulta de Psiquiatria, em que é abordada a temática do luto. O seu filho tinha 16 anos, era irmão gêmeo de A. e faleceu vítima de afogamento no mar. No início do seguimento, refere visitar todos os dias a campa do filho ao cemitério, adia compromissos e viagens de modo a não falhar um dia pois “é lá que se sente em paz” (sic).

L. é a primeira de uma fratria de 2. Considera que a relação com os pais é boa embora tivesse sido educada com “regras e pouco espaço para falar do que sentia” (sic). Das suas memórias de infância, destaca um trauma de quase-afogamento aos 8 anos, sendo que a partir dessa altura

desenvolve hidrofobia, passando a não conseguir lavar a cara ou tomar banho completo.

Descreve sensação de incapacidade em proteger o filho “eu quase morri afogada e ele foi morrer da mesma forma... quando eu sempre lhe pedi que tivesse cuidado” (sic). Descreve que, por ter perdido o seu filho, “não considera que mereça ser feliz” (sic). Refere ainda manter intacto e fechado o quarto do filho desde o dia em que faleceu, com o equipamento de treino sobre a cama. Recusa-se a festejar o aniversário da filha mais nova pois seria o aniversário do filho.

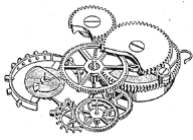
Com o avançar das consultas, confessa sentimentos de agressividade para com a filha mais velha, R., dos quais se culpa “preferia que tivesse sido ela a partir em vez do meu menino” (sic). Consegue dismantelar o quarto do filho e pintar as paredes para que a filha A. pudesse usar o espaço. Refere que dada a necessidade de fazer fisioterapia, conseguiu pela primeira vez entrar e caminhar na piscina e tomar banho completo. Sobre as consultas refere “antes detestava vir para aqui mas agora já não me custa falar do meu filho” (sic). A periodicidade das visitas à campa diminui, embora quando não vai se sinta transtornada e com sentimentos de culpa. À data da última observação, já demonstra negociação em relação à perda do filho, tendo a religião um papel protetor “acredito em Deus o que permite que eu não tire a minha vida... por vezes sinto que não ando cá a fazer nada...talvez a minha missão tenha sido dar um filho a Deus para que Ele o levasse e testar o quanto aguento” (sic). O seu dia-a-dia é pobre, deixou de trabalhar por patologia osteoarticular. No entanto, passou a dedicar-se a trabalhos manuais e à lida doméstica, conseguindo já tirar prazer dessas tarefas.

Discussão

Neste caso clínico, saltam à vista aspetos dos contributos de Winnicott e Volkan: a existência de objetos e espaços de transição/ ligação (o cemitério, o quarto selado, o dia de aniversário) aos quais L. se ancora com receio de perder o filho dentro de si e que contribuíram para a cronicidade do luto.

Em L. existem falhas na internalização do objeto perdido, mantendo-se ligada ao objeto parcial “bom” do filho, mas sem conseguir elaborar a relação com esse objeto dentro de si sem receio do aniquilamento. Com o falecimento do seu filho há 13 anos, a sua identidade transita de mãe de três filhos para a mãe que perdeu um filho no mar.

Contudo, entre a orientação para a perda e a orientação para a restauração de Stroebe e Schut, verifica-se um desequilíbrio claramente a favor da orientação para a perda, com esforços repetidos e fracassados de reaver a



vinculação ao filho o que a mantém na fase de desespero bowlbiana.

A morte do filho constitui uma perda narcísica irreparável, enquadrada no conceito de melancolia freudiano, uma vez que não só o mundo externo perdeu o valor e o interesse, mas também uma parte do Eu morreu com o filho.

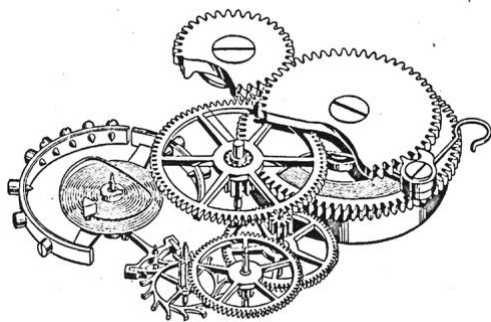
Conclusões

O conceito de trabalho de luto inicialmente pensado por Freud acabou por exercer grande influência na maioria das teorias psicodinâmicas que lhe sucederam. É atribuído aos autores associados à psicanálise o mérito de terem propagado a noção de que a qualidade das vivências de luto está relacionada à história do desenvolvimento emocional dos indivíduos e aos processos de estruturação do seu universo subjetivo.

A evolução do processo de luto dependerá da interação entre os eventos de vida atuais e as experiências infantis precoces, sendo igualmente influenciado pela relação entre os afetos que habitam o mundo interno do indivíduo e a coesão do seu ego.

Referências Bibliográficas

- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 14 (pp 237-258). London: Hogarth Press.
- Deutsch, H. (1937). Absence of grief. *Psychoanalytic Quarterly. The International Journal of Psychoanalysis*, 6, 12-22.
- Klein, M. (1940). *Mourning and its relation to manic depressive states, contributions to psychoanalysis, 1921-1945*, J. D. Sutherland, Ed., no 34, London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 311-338.
- Winnicott, D.W. (1951). *Transitional objects and transitional phenomena*. London: Hogarth Press.
- Volkan, V. D. (1972). The linking objects of pathological mourners. *General Psychiatry*, 27, 215-221.
- Bowlby, J. (1969-1980). *Attachment and loss*, vols. I, II, III. NY: Basic Books.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 14. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning. *JAPA*, 11, 500-541.



O ADOECER FÍSICO NA PSICOSE

THE PHYSICAL SICKEN IN PSYCHOSIS

Liliana P. Ferreira¹, Alda Rosa²*

Resumo

Introdução: A principal característica da psicose é a perda de contacto com a realidade, o que resulta em perda de crítica para a situação mórbida. Segundo Freud, a psicose resulta de conflitos entre o Ego e a realidade (mundo externo) e o delírio é uma tentativa de reconstrução da realidade. Supõe-se que as perturbações psicóticas são o resultado de conflitos afetivos, com a consciente perda de controlo dos estados afetivos. Neste trabalho, pretende-se abordar as relações entre psicossomática e psicopatologia na psicose, refletindo sobre os sintomas somáticos na psicose.

Metodologia: As revisões da literatura sugerem pouca frequência da doença psicossomática entre os doentes psicóticos, pelo que pretendemos realizar uma reflexão crítica sobre o tema através de uma revisão não sistemática da literatura.

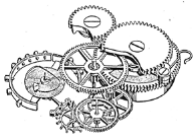
Resultados: Embora com base num núcleo psicótico, a psicose remete a uma problemática pré-neurótica, uma vez que não resulta na produção de alucinações ou delírios, mas pode conduzir o corpo a comportar-se de forma delirante, predispondo o indivíduo a doenças orgânicas. Na tentativa de resistência ao adoecer físico, a psicose parece funcionar como proteção imunológica.

Conclusão: A relação entre somatização e psicose é inevitável, levando-nos a pensar que na psicose ocorre uma expressão somática dos afetos e que as doenças orgânicas resultam da ação de mecanismos somáticos resultantes dos conflitos emocionais. Assim sendo, as somatizações associadas à psicose indicam uma reação inconsciente ao sofrimento emocional, que pode ser entendida como uma tentativa de cura.

* ¹ Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal.

² Assistente Hospitalar de Psiquiatria, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Distrital de Santarém, Santarém, Portugal.

Palavras-chave: psicose, psicossomática, corpo, somatização.



1. Introdução

A psicose é considerada uma expressão da desorganização do ego e através do delírio, o sujeito tenta reconstruir um lugar possível de existência. Contudo, são poucos os estudos que consideram que a esquizofrenia pode ser uma perturbação verdadeiramente psicossomática, ou seja, uma condição na qual a função de um órgão (o cérebro) é anormal devido ao stress emocional ou conflito interno, em que os sintomas são o resultado da disfunção do órgão.

Para Freud, a psicose resulta de conflitos entre o Ego e a realidade (mundo externo) e o delírio é uma tentativa de reconstrução da realidade. Supõe-se que as perturbações psicóticas são o resultado de conflitos afetivos, com a consciente perda de controlo dos estados afetivos.

Segundo Winnicott, a psicose é caracterizada essencialmente pela perturbação do pensamento e resulta de falhas na construção da personalidade, ou seja, uma falha do processo de maturação e integração. Assim sendo, "a psicose é uma doença de deficiência do ambiente". (Saban, 2016)

Neste trabalho, pretende-se abordar as relações entre psicossomática e psicopatologia na psicose, refletindo sobre os sintomas somáticos na psicose.

2. Métodos:

As revisões da literatura disponíveis sugerem pouca frequência da doença psicossomática entre os doentes psicóticos. Face à escassez de dados, apresentaremos uma reflexão crítica sobre o tema.

3. Resultados

O Adoecer entre o Psíquico e o Somático

A compreensão do processo saúde-doença/psicose envolve as conceções adotadas acerca de fatores relacionados com os determinantes no adoecimento. Para compreender a influência do psíquico no adoecer físico, é fundamental abordar alguns dos vários contributos.

- Sigmund Freud: as "neuroses atuais"

Freud estabelece uma relação entre soma e psique, na medida em que os fenómenos psíquicos dependem de influências somáticas e por outro lado, têm fortes efeitos nos processos somáticos. (Casetto, 2006) Freud realça uma ligação das neuroses atuais com as psiconeuroses, ao afirmar que "o sintoma de uma neurose atual é muitas vezes o núcleo e primeiro estágio de um sintoma psiconeurótico". Deste modo,

um sintoma que na sua origem, não teria qualquer significado simbólico, poderia passar a tê-lo pela ação dos processos psíquicos – a mente pode apropriar-se do sintoma somático, atribuindo-lhe um significado.

Georg Groddeck: o simbolismo da doença

Groddeck estende a teoria do processo conversivo a todo o episódio de adoecimento: o inconsciente exprime-se através da doença e pode ser acedido através da linguagem veiculada por esta. (Casetto, 2006) Deste modo, a doença consiste na representação simbólica de um conflito interno e os sintomas têm um motivo inconsciente, procurado pelas consequências (práticas ou simbólicas).

Sandór Ferenczi: a 'neurose de órgão'

Ferenczi propôs uma nova categoria de neurose, que chamou de "neurose de órgão", em que teria encontrado a possibilidade da origem psíquica de certas disfunções orgânicas. (Casetto, 2006).

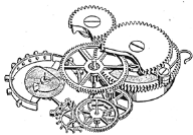
- Franz Alexander: a Medicina Psicossomática

Para Alexander, os estados emocionais reprimidos provocariam a cronificação das alterações fisiológicas que normalmente acompanham as emoções. Os sintomas psiconeuróticos corresponderiam à construção de caminhos alternativos, individuais, para a expressão de emoções reprimidas. Portanto, não seriam eles os responsáveis pelas organoneuroses, mas a psiconeurose seria uma forma de expressão alternativa do reprimido. (Casetto, 2006).

Alexander sugeriu que a ansiedade crónica relacionada com conflitos reprimidos desencadeia reações autónomas, provocando doenças psicofisiológicas. Por outro lado, os doentes com psicose têm uma baixa capacidade de reprimir. A repressão com sucesso conduz a reações psicológicas e por outro lado, a falência na repressão predispõe a esquizofrenia. (Ananth & Engelsmann, 1984).

- Pierre Marty: a Escola Psicossomática

Marty introduziu a noção de pensamento operatório, um modo de pensamento consciente, desprovido de simbolizações, de atividades oníricas, de duplos sentidos, de metáforas, de atos falhos e de fantasia (Casetto, 2006). Segundo Marty, a "depressão essencial" que decorre de acontecimentos traumáticos, coloca o indivíduo em posição vulnerável ao adoecer físico.



- **Joyce McDougall: Das angústias psicóticas à loucura corporal**

McDougall (1996) propõe o conceito de *desafetação* para explicar o processo de somatização. Deste modo, os afetos "ejetados" do aparelho mental dos doentes somáticos não geram como subproduto alucinações ou delírios, mas, sim, perdem-se sem qualquer espécie de compensação psíquica. Como consequência, tendem, ao contrário do que ocorre com os psicóticos, a ser reduzidos a sua pura expressão somática (Peres & Santos, 2010). McDougall refere que "se as angústias psicóticas não deram origem à criação de sintomas psicóticos, haverá uma clivagem radical entre psique e soma".

- **Coimbra de Matos: a fissura entre o *Self corporal* e o *Self psíquico***

De acordo com Coimbra de Matos, no *self* habita um imenso vazio, um buraco mesmo. O sujeito precisa de amor, mas ignora essa necessidade e fica-se por uma raiva "sem causa, objeto, nem objetivo", é uma raiva invasora "que se espalha em ondas excitatórias descontroladas por eferentes nervosos vários" e que é descarregada no corpo. O objeto é imprescindível (sem objeto, morre) e "é este objeto imprescindível mas maligno que está na raiz da doença psicossomática", acrescenta Coimbra de Matos. (Rosa e Pinheiro, 2003).

A psicossomática como uma patologia aquém da organização psíquica – e, como tal, "*aquém da própria desorganização, porque esta supõe a existência anterior de organização e de diferenciação somatopsíquica*". (Matos, 2002).

A patologia psicossomática pode ser entendida como um *acting-in*, resultante de um *anger-in*. (Matos, 2002). Se a psicose falhou, é uma "psicose falhada" – falhou o possível, ou não, alternativa delirante de construção de um objeto virtual, mesmo que fosse um objeto autístico de segurança fria e relação ultra-monótona; a alucinação animadora ou as formas autísticas pseudo- aconchegantes. No seu modelo de Psicose, a falha e o conflito precoce atuam sobre o corpo, enlouquecendo-o em vez de enlouquecerem a mente. (Matos, 2002).

Da Neurose Atual à Psicose Atual

A criação psicótica de uma neorrealidade, impulsionada por delírios e alucinações, sugere uma total intolerância a essas demandas. A nosografia psiquiátrica reconhece este aspeto, na medida em que considera que as alucinações e delírios são sintomas positivos, isto é, decorrentes de um excesso das funções mentais normais.

McDougall (1989) propôs que os doentes somáticos podem ser considerados portadores de uma modalidade particular de psicopatologia, a qual nomeou "psicose atual". Embora constituída a partir de um núcleo psicótico, a psicose atual não produz alucinações, mas leva o corpo a comportar-se de forma delirante, predispondo o indivíduo a doenças orgânicas. Tais doenças são o resultado da ação de mecanismos somáticos – e não mentais – disparados por conflitos emocionais. Para McDougall (1991), as somatizações associadas à psicose atual indicam uma reação inconsciente ao sofrimento emocional, que deve ser entendida, em última análise, como uma espécie de tentativa de cura. Também Freud tinha proposto que, nas psicoses, "as manifestações do processo patogénico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução". (Peres & Santos, 2010).

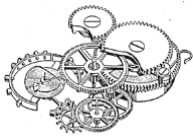
A ideia de uma "psicose atual" é instigante: seria como dizer que se uma somatização tivesse sido evitada pela tramitação psíquica, teria desencadeado uma descompensação psicótica. (Casetto, 2006). Segundo Coimbra de Matos, só há uma doença mental – a psicose única: a doença de não sonhar o suficiente e sempre mais. (Matos, 2002).

Psicose e Somatização - O adoecer como forma de escapar à loucura

No percurso psicótico, o doente delira, constrói uma realidade imaginária; enquanto que no trajeto psicossomático adapta-se à realidade frustrante. (Matos, 2002).

Psicose e somatização são dois pólos de um mesmo processo, um processo que impele a fuga num retrocesso ao desenvolvimento. A catástrofe não é transformável surgindo o perigo de se tornar real (real na doença psíquica ou na doença física). (Rosa e Pinheiro, 2003) Assim, a relação da somatização com a psicose é inevitável, seja pela remissão frequente a processos primitivos, constitutivos do aparelho psíquico, seja pelo défice de simbolização. (Casetto, 2006).

De acordo com Coimbra de Matos (2002), as soluções, saídas, adaptações e defesas na psicose é o desligamento do corpo. O desligamento afetivo (mecanismo ou processo psicótico) que é compensado/substituído pela ligação pragmática. Por outro lado, no reverso da psicose, ocorre o



desligamento de si próprio. Sem desejo por si próprio, é, apropriadamente, o anti-narcisismo. (Matos, 2002).

Parafraseando Descartes: cogito ergo sum, dirá o psicótico (penso logo existo, o outro não interessa); sum ergo cogito não pode dizê-lo o anti-Narciso – pois, se não existem como pode pensar? Apenas mecanizar, raciocinar. (Matos, 2002) Deste modo, o vazio do *self* pode sugar o psiquismo e levar à loucura (entenda-se psicose).

Psicose-reação e doença psicótica

Lacan enfatizou o saber do sujeito psicótico. Na psicose, há um sujeito da linguagem, que, através do delírio, tenta reconstruir para si algum lugar possível de existência no seu âmbito de vida. Da sensação de crepúsculo do mundo à significação pessoal, a lente do psicótico em relação ao contexto que o circunda – família, comunidade, serviço de saúde mental – passa pelo delírio, o qual lhe permite construir uma significação. Ainda que seja a significação como tal, que basicamente só remete a ela própria, permite que restitua alguma ordem ao mundo. (Carvalho & Chatelard, 2017)

O doente psicossomático tende a cuidar do outro, projeta o seu sofrimento e tem sentimentos de compaixão, enquanto que o psicótico projeta a sua intencionalidade agressiva e sente-se perseguido. (Matos, 2002) Por este motivo, na psicose, o acontecimento patogénico não foi simbolizado, não teve acesso ao significado; é um elemento senso-emocional, de que o indivíduo se defende pela clivagem – sendo o seu destino o enquistamento em enclaves psíquicas ou na projeção evacuativa. Um aspeto ignorado da psicopatologia psicótica é o da submersão da vontade de poder, pelo terror inominado que inunda o *self* do doente (a ansiedade invasiva dos psicóticos – por oposição à ansiedade circunscrita dos neuróticos). (Matos, 2005)

4. Conclusões:

A modulação insuficiente dos impulsos é característica da psicose, resultando numa consciência inundada de emoções. Tratar um psicótico é rever a história falhada e promover a ontogénese linear da criatura/ser da criação e para criação. O psicótico, viciado na circularidade da repetição, tende para a inexistência mental, o defeito psicótico. Todavia nem tudo são espinhos. O psicótico tem uma ingenuidade ternurenta e uma genuidade cativante (Matos, 2005).

A relação entre somatização e psicose é inevitável, levando-nos a pensar que na psicose ocorre uma expressão somática dos afetos e que as doenças orgânicas resultam da ação de mecanismos somáticos resultantes dos conflitos

emocionais. Assim sendo, as somatizações associadas à psicose indicam uma reação inconsciente ao sofrimento emocional, que pode ser entendida como uma tentativa de cura.

A hipótese é de que a doença psicossomática pode servir como uma proteção contra a psicose, de modo que a rutura psicótica grave (por exemplo: esquizofrenia) deve ser menos comum do que o esperado entre os doentes suscetíveis a doença psicossomática.

Referências Bibliográficas:

- Ananth, J., & Engelsmann, F. (1984). Relationship between Schizophrenia and Psychosomatic Illness: A Review. *Neuropsychobiology*, 12(2-3), 138-141.
- Carvalho, I. S., & Chatelard, D. S. (2017). O delírio e sua função em um caso de psicose. *Contextos Clínicos*, 10(2), 209-220.
- Casetto, S. J. (2006). Sobre a importância do adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psychê*, 17, 121-142.
- Matos, A. C. (2002). Esquizoidia e doença psicossomática: conservação de energia e inibição da ação. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(2): 9-33.
- Matos, A. C. (2005). Transferência e nova relação na psicose. *Psilogos* 2(1), 83-90.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body a psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. Londres: Free Association Books.
- Saban, M. (2016). Jung, Winnicott and the divided psyche. *Journal of Analytical Psychology*, 61(3), 329-349.
- Rosa, A., & Pinheiro, C. (2003). A pele transparente: Do estado limite ao limite soma/psique. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 32-36.
- Peres, R.S. & Santos, M.A. (2010). O conceito de psicose atual na psicossomática psicanalítica de Joyce McDougall. *Revista Brasileira de Psicanálise*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(1), 99-108.

SUBMISSÃO DE PROPOSTAS PARA PUBLICAÇÃO | INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Portuguesa de Psicossomática (RPPS) é uma revista científica que pretende contribuir para a reflexão e alargamento do conhecimento na área da Psicossomática. Publica artigos originais, de investigação ou de revisão na área da Psicossomática, bem como cartas ao Editor (designadamente na forma de casos clínicos e resumos críticos de livros / artigos relevantes).

Todos os artigos submetidos para publicação têm de ser totalmente inéditos e não podem ter sido previamente publicados. Os artigos devem ser submetidos em inglês ou em português.

Seguindo os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), todos os designados como autores devem ter contribuído e participado de forma significativa no trabalho submetido, de modo a assumirem responsabilidades públicas sobre o conteúdo da publicação. Cada autor deve apresentar apenas uma filiação institucional.

Todos os artigos são submetidos a revisão científica cega por pares (*double blind peer review*).

Os artigos originais e os artigos de revisão, salvo exceções devidamente fundamentadas, não devem ultrapassar as 4000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências bibliográficas. Os casos clínicos que sejam considerados de interesse particular são publicados como cartas ao editor, não excedendo 1200 palavras.

Organização do artigo

Os artigos devem ser submetidos em formato 'Word'. Devem contemplar inicialmente uma página de título do artigo (folha de rosto), apresentando unicamente o título do artigo em Português e em Inglês.

Resumo (*abstract*)

O resumo (máx. 250 palavras) deve surgir logo a seguir à folha de rosto, sendo apresentado em português e inglês. Tratando-se de um artigo original, o resumo deve incluir ainda uma introdução, a metodologia, os resultados e as conclusões, expostos de forma breve. As cartas ao editor não têm resumo. Deve ser indicado, em português e em inglês, um máximo de 5 palavras-chave.

Organização do texto

O texto deve seguir o seguinte esquema de organização:

Artigos originais e artigos de revisão: 1. Introdução; 2. Material e Métodos; 3. Resultados; 4. Discussão; 5. Conclusões. Os trabalhos podem incluir tabelas e figuras, num máximo de cinco, que devem ser apresentadas em anexo.

Cartas ao editor: Estes trabalhos não seguem o esquema de organização dos artigos de revisão e originais. O texto deve ser sucinto, embora possa incluir uma tabela ou uma figura e um máximo de 15 referências.

Todas as figuras/tabelas devem estar organizadas em numeração árabe e consecutiva; devem, além disso, incluir uma breve legenda. São submetidas em ficheiro Word separado, em páginas autónomas, de acordo com a sua ordem de aparecimento no texto.

Os autores podem inserir um texto de agradecimentos.

Conflitos de interesse

Todos os autores devem declarar quaisquer conflitos de interesse atuais ou potenciais – incluindo conflitos financeiros ou de relacionamento com outras pessoas ou organizações ocorridos nos três anos anteriores à submissão do trabalho. Se não houver conflitos de interesse, os autores devem declarar explicitamente tal inexistência. Para o efeito deve ser integralmente preenchida e submetida (em conjunto com a proposta de artigo) a minuta intitulada *Declaração de originalidade, cedência de direitos e conflito de interesses* (ANEXO I).

Bibliografia

A bibliografia deve possibilitar a compreensão dos conteúdos do artigo. A apresentação da bibliografia respeita as normas da APA (*American Psychological Association*). Cada referência bibliográfica deve apresentar os seis primeiros autores, seguidos de *et al.* A ordem do seu aparecimento no texto deve ser referida em parêntesis. Só devem constar da lista de

referências as citadas ao longo do texto.

Elementos a constar numa Referência Bibliográfica:

- Autoria
- Data de publicação
- Título
- Edição
- Local de publicação/editor
- Páginas
- DOI (*Digital Object Identifier* – não se aplica às publicações em papel)

Alguns exemplos de Referências Bibliográficas segundo as normas APA

Artigo de revista / jornal (Publicações Periódicas):

Autores – Apelido, nome. (Ano de publicação). Título do artigo. *Título da publicação*, Volume (nº), páginas. doi

Ex: Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. & de Bie, A. J. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45-59. doi: 10.1521/pedi.17.1.45.24053

Livro

Autores - Apelido, Nomes. (Ano de publicação). *Título* (Edição). Local da publicação: Editor.

Ex: Lopes, C. (2013). *Como fazer citações e referências para apresentação de trabalhos científicos: Aplicação prática da normativa da APA* (2010, 6ª edição). Lisboa: ISPA.

Capítulo de Livro

Autores - Apelido, Nome. (Ano de publicação). Título do Capítulo. In Editores – Apelido, Nome (eds.), *Título do Livro* (páginas do Capítulo). Local da publicação: Editor.

Ex: Almeida, L. & Peixoto, F. (2011). A psicologia da educação. In M. Lopes, P. Palma, R. Bártolo & M. P. Cunha (eds.), *Manual de psicologia aplicada* (pp. 47-68). Lisboa: RH Editora.

Teses e Dissertações (Doutoramento / Mestrado)

Não publicadas:

Autor - Apelido, Nome. (Ano de publicação). *Título da Tese*. (Tese de ... não publicada). Nome da Instituição, Local de edição, País.

Ex: Fernandes, F. (2016). *Is depression a risk factor for dementia?: a translational research*. (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Publicadas:

Autor - Apelido, Nome. (Ano de publicação). *Título da Tese*. Tese de ..., Editor, Local de edição, País.

Ex: Fernandes, F. (2017). *Is depression a risk factor for dementia?: a translational research*. Tese de doutoramento, Lidel, Lisboa, Portugal.

Documentos submetidos a publicação

Autor – Apelido, Nome. (Ano da Submissão). *Título do trabalho*. Manuscrito submetido para publicação

Ex: Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A. & Xavier, A. (2011). *Confirmatory factor analysis on the Portuguese version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) – Psychological inflexibility in clinical and non-clinical samples*. Manuscrito submetido para publicação.

Trabalhos apresentados a Congressos (comunicações / posters)

Autor - Apelido, Nome. (Ano de publicação). *Título da comunicação/ poster*. Título da Conferência, Local, Data.

Ex:

Dias C., Brito, M. A. (2006), *Acetylcholinesterase inhibitory activity of oxazole derivatives*. Medicinal Chemistry in the 21st Century, Lisbon, 13-14 October.

A proposta de artigo pode ser recusada ou aceite. A seleção dos trabalhos é feita em função da originalidade, relevância e qualidade metodológica da submissão.

Todos os trabalhos aceites e publicados tornam-se propriedade permanente da RPP. Não podem, por isso, ser reproduzidos, distribuídos, traduzidos ou disseminado, parcial ou totalmente, sem autorização prévia da RPPS.

As propostas deverão ser endereçadas para o email info@sppsicossomatica.org, dirigidos ao Conselho Editorial da RPPS, com a menção dos autores no corpo do texto, devidamente identificados e a respetiva filiação institucional. Deve o autor de contacto ser explicitamente assinalado.

Os Editores da RPPS
Março 2019

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE, DE CEDÊNCIA DE DIREITOS E CONFLITO DE INTERESSES

A originalidade da proposta submetida (conteúdos formulados, dados de investigação e/ou opiniões expressas) são da exclusiva responsabilidade dos autores que a apresentam. Os artigos aceites para publicação passarão a ser propriedade da SPPS. As propostas submetidas devem por isso ser acompanhadas de declaração de originalidade e cedência dos direitos de propriedade do artigo, explicitando igualmente conflitos de interesses existentes ou potenciais.

Título do artigo enviado para publicação:

O(s) autor(es) declara(m) que o artigo supramencionado é de autoria própria e resulta de trabalho original, não publicado (todo ou em parte) nem submetido para publicação. Declaram ainda que o artigo submetido: 1) é alheio a quaisquer conflitos de interesses / 2) pode envolver conflito de interesses, conforme abaixo explicitado (**rasurar/eliminar a opção anterior que não se verifica**).

O(s) autor(es) cedem o direito de propriedade do artigo publicado na Revista Portuguesa de Psicossomática, mantendo os direitos de autor.

Data: _____

Assinatura do autor principal / autor de contacto:

(nome por extenso)

NOTA: Quaisquer outros comentários ou observações que o(s) autor(es) considere(m) relevantes ser transmitidos aos Editores da RPPS deverão ser incluídos nesta declaração.