

Para pensar... a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida

RUI ARAGÃO OLIVEIRA (*)

1. SOBRE O PENSAR

Presume-se que o pensar se associa à história genética do indivíduo, subordinando-se à própria actividade muscular e, portanto, primária, com um fim dominado pelo prazer.

Podemos considerar o pensar como um processo que depende do resultado bem sucedido de dois desenvolvimentos mentais básicos: a progressão de pensamentos; e um segundo desenvolvimento, que é o do aparelho que toma em si esses pensamentos, e que denominamos pensar.

Em ambas as fases se podem desenrolar componentes perturbadores: podem estar associados a um colapso no desenvolvimento de pensamentos ou no próprio aparelho para pensar ou lidar com os pensamentos. Ou ainda, em ambos os processos.

Em «Os dois princípios do funcionamento mental», Freud revelava-nos que a predominância do princípio da realidade é sincrónica ao desenvolvimento de uma capacidade para pensar. Desta forma podemos perceber que a capacidade para tolerar a frustração é que capacita a psique a

desenvolver pensamentos como um meio de tornar a frustração tolerada ainda mais tolerável.

Temos então que a criação de um pensamento torna necessário o desenvolvimento de um aparelho para pensá-lo, e o pensamento é definido, por esta linha de ideias como a aptidão de construir a ligação sobre o abismo da frustração instalada entre o momento em que uma falta é sentida e a ocasião em que a acção apropriada para satisfazer a falta culmina pela satisfação desta.

A união da pré-concepção com a realização negativa desenvolve algo que recebeu o nome de «mau objecto», que se procura evacuar através do mecanismo de Identificação Projectiva descrito por Melanie Klein. A frustração e o sofrimento podem ser evitados pela expulsão da frustração e de um fragmento associado ao ego. Consequentemente, o desenvolvimento de um aparelho para pensar fica perturbado e, ao contrário, dá-se o desenvolvimento hiperatrofiado do mecanismo de Identificação Projectiva.

Em virtude disso, o que é considerado como instrumento adequado não é um aparelho para pensar os pensamentos, mas um aparelho para livrar a psique do excesso de objectos internos maus.

«O ponto crucial está na decisão entre modificação e fuga da frustração» (Bion, 1963).

Esta falha pode ser grave porque, em adição

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

às faltas óbvias que se seguem à incapacidade de aprender com a experiência, há a necessidade de perceber a experiência emocional.

E a falta de tal percepção implica estar privado da verdade, que surge como essencial à saúde psíquica.

O problema parece simplificado por Bion, quando considera os pensamentos como epistemologicamente anteriores à capacidade de pensar, e que o pensar se desenvolve como aparelho para lidar com os pensamentos.

Se é este o caso, então, quase tudo vai depender de se evitar ou de se transformar num verdadeira acção reabilitadora ou de se usar os pensamentos como parte da tentativa de evitar ou modificar algo mais.

Apercebeme-nos então de que a Verdade é essencial para o crescimento mental.

Sem ela, o aparelho psíquico não se desenvolve. Morre como que por falta do indispensável para se poder desenvolver.

A personalidade, desde o início da vida, tem um contacto com a realidade que percepção e sente.

Se a realização não se aproxima de um modo satisfatório da concepção, o sentimento de frustração resulta como um mal estar generalizado.

Quando a frustração pode ser tolerada, a associação de concepções e realizações, sejam negativas ou positivas, dá início a procedimentos necessários para aprender com a experiência.

Se a intolerância à frustração não é excessiva a ponto de activar os mecanismos de fuga, mas tiver uma intensidade que impeça suportar o domínio do princípio da realidade, a personalidade desenvolve a onipotência como um substituto da associação da percepção, ou concepção, com a realização negativa, procurando substituir este processo pelo de aprender com a experiência através da ajuda dos pensamentos e do aparelho para os pensar.

Desta forma, parece não haver actividade psíquica que discrimine entre o verdadeiro e o falso. Esta diferenciação é substituída por uma espécie de elemento ditatorial de que uma coisa é moralmente correcta e a outra é errada.

Com isto, nega a realidade e a dor que aí encontra.

Se a capacidade para tolerar a frustração não é suficiente, o mau objecto interno, que uma personalidade capaz termina por reconhecer como

um pensamento, confronta a psique com a necessidade de decidir entre fugir da frustração ou modificá-la.

Se a incapacidade para tolerar a frustração predomina, inclinamo-nos para a fuga a essa realidade frustrante, ou, ao invés quando isso não é possível, proceder a ataques destrutivos.

A capacidade do indivíduo para harmonizar a sua fantasia onipotente da Identificação Projectiva com a realidade relaciona-se, então, directamente com a sua capacidade de tolerar a frustração.

Se não consegue tolerá-la, a fantasia onipotente de Identificação Projectiva apresenta, proporcionalmente, um equivalente factual menor na realidade externa.

Experimenta-se um sentido de verdade quando as concepções encontram uma realização satisfatória e estável, tornando-se desejável que se dê expressão a este sentido, numa afirmação análoga a um enunciado funcional da verdade.

O fracasso em realizar esta conjugação conduz a um estado mental de debilidade, como se a inanição por falta de verdade fosse de algum modo análoga à inanição alimentar.

2. SOBRE QUEM PENSA

Se surgem ou não, os pensamentos têm importância apenas para o pensador, e não para a verdade. A não-verdade, faceta da verdade e não o seu antídoto, depende também ela do pensador, e através dele adquire significação.

Em psicoterapia, o paciente temendo sofrer afigura-se compelido a livrar-se da eficácia terapêutica, prosseguindo compulsivamente e rejeitando as interpretações que lhe ameaçam a defesa, ostentando convicção nos seus posicionamentos, preservando, no seu entender, o equilíbrio mental contra o impacto da verdade.

Alguns mesmo, não obstante darem-se conta dos riscos que correm, sacrificam a vida sustentando certezas.

Sabemos no entanto que para o pensador não importa para a verdade; ao passo que a verdade lhe é logicamente indispensável.

A não-verdade depende epistemologicamente do ímpeto da ansiedade do pensador. O pensar do pensador torna-se absolutamente indispensá-

vel. Para produzir mentiras e falsidades é necessário o pensador.

O pensamento e o pensador encontram-se numa simbiose, modificando-se mutuamente. O pensamento prolifera e o pensador desenvolve-se.

Num relacionamento parasítico entre o pensamento e o pensador existe uma correspondência, significando que, embora se saiba que a formulação é falsa, procura-se retê-la como uma barreira contra a verdade, temida como destruidora.

2.1. *Da dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida*

As particularidades de uma qualquer incapacidade crónica podem fazer realçar aspectos diversos, dependendo da sua gravidade e prognóstico e consequências no grau de satisfação pessoal. Esta nova situação é capaz de provocar uma regressão afectiva e necessidades novas de segurança e protecção, acrescidas de ansiedades destruturantes.

As percas de capacidades significam essencialmente, e a um nível fundamental, «percas» de aspectos do próprio ego, destruturando os relacionamentos a múltiplos níveis.

Um acontecimento, como uma doença por exemplo, mesmo que insignificante clinicamente e sem repercussões de relevo, pode causar um sofrimento por vezes brutal. Este fenómeno resulta de conflitos psíquicos envolvendo dimensões como a percepção do *self*, auto-estima, a capacidade de lidar com as perdas (físicas, funcionais ou outras) e a percepção dos processos relacionais. O sofrimento não se limita à dor física, decorrendo da violação da integridade da própria pessoa (Langer, 1994) como um todo, e não somente da agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas.

Muitos aspectos da situação de doença, de perda de funcionalidade, e do tratamento podem ser profundamente desumanas. Na fase inicial, a consciencialização das incapacidades e desvantagens podem ser extraordinariamente desintegradoras ao sentido de unidade do *self*, capaz de alterar as relações entre o corpo, o ego e os outros.

A situação de incapacidade adquirida pode desafiar alguns dos pressupostos básicos sobre o próprio sujeito e o mundo em geral. Os aspectos psicológicos envolvidos podem ser múltiplos,

capazes no seu extremo de desencadear reacções verdadeiramente catastróficas. As percas inerentes à deficiência, independentemente da sua maior ou menor gravidade, de físicas, cognitivas ou simbólicas podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, certamente sujeitas a uma importante variabilidade individual (e, por isso, sempre imprevisíveis na sua globalidade). Factores como funcionamento psicodinâmico, aspectos culturais, recursos sociais e materiais, fases do ciclo de vida e história pessoal prévia, são aqueles mais vulgarmente apontados como capazes de influenciar a experiência de incapacidade.

A compreensão destes fenómenos, em que lidar com as perdas é algo central, remete-nos obrigatoriamente para a obra de Sigmund Freud. Em «Luto e melancolia», Freud, referindo-se a um objecto de amor, debateu-se com os processos intrapsíquicos que permitem a uma pessoa superar uma experiência de perda, possibilitando-nos perceber o processo de luto aplicado à perda de parte do corpo: negação, aceitação gradual, depressão e progressivo desinvestimento em relação ao objecto e reinvestimento da libido em novo objecto, são de uma forma geral, os principais mecanismos descritos pormenorizadamente na sua obra.

Por outro lado, sabemos que a incapacidade física adquirida coloca grandes exigências à mente. As defesas do ego são potencialmente úteis em prevenir uma manifestação exagerada de ansiedade, aparecem outros mecanismos de defesa: negação, repressão, projecção, formação reactiva e regressão, por exemplo.

Podemos igualmente perceber uma incapacidade física adquirida como uma falha narcísica profunda. Através do conceito de narcisismo e de auto-imagem, pode-se entender o desenvolvimento da identidade como um composto do *self* psicológico e somático, os quais apresentam enraizadas significações arcaicas. Danos físicos podem então ocasionar distúrbios emocionais, perda de identidade e baixa de auto-estima.

A intervenção psicoterapêutica considerou-se, primeiro, como algo semelhante à acção médica. Mas o seu desenvolvimento revelou-se no entanto diferente da medicina.

O que de modo claro revela essa diferença é depender o médico da realização da experiência

sensível, em confronto com a do psicoterapeuta, que se baseia na experiência suprasensível.

A dor, no contexto médico, pode ser definida como um conceito abstracto referente à sensação pessoal, privada, de um sentimento de mal estar perante um estímulo nocivo que desencadeia uma reacção fisiológica, com um padrão de resposta destinada a proteger o organismo contra uma possível agressão.

Estas respostas podem ser descritas e descritas em diferentes aproximações conceptuais: neurológica, fisiológica, comportamental, etc.

A Associação Internacional para o estudo da dor, reformulando uma definição já proposta por Merskey e Spear em 1967 (in Melzak, 1982), estabeleceu que a dor é uma sensação desagradável ou uma experiência emocional que é associada a uma reacção do tecido nervoso, sendo descrita em termos dessa mesma reacção.

O que se pressupõe é que a relação entre a dor e a lesão parece tão evidente que, geralmente, se acredita que a dor é sempre o resultado de uma destruição física, e que a sua intensidade é proporcional à severidade da lesão.

Acontece, porém, que a lesão pode ocorrer sem dor, e a dor sem lesão, tornando altamente variável a relação entre as duas, como aliás o comprovam diversos estudos (Melzak, 1982).

Perante a queixa de dores, surge quase como inevitável a pergunta «onde dói?» capaz de orientar o clínico para uma região ou sistema funcional. Perguntar «o que dói?», ou o que aconteceu possibilita já alguma abertura para o revelar de um outro sofrimento.

Pensamos que o que ultrapassa provavelmente o modelo médico e holístico na problemática da dor em que a capacidade de escutar se resume no essencial para a prescrição possível, é a incapacidade para se relacionar e empatizar, que transpõe as eventuais lesões orgânicas, e justifica a eficácia da administração de um placebo.

Ocorre, essencialmente, quando acontece movimento num precário equilíbrio mental, que Bion caracterizou como o sentimento de estar atolado entre a posição esquizo-paranóide e a depressiva como Melanie Klein as desenvolveu.

Esta dor é experienciada como fisicamente localizada no corpo, mas contudo, de modo bastante definido, sentido como sofrimento psíquico: situa-se na linha fronteira entre o físico e o mental.

Este sofrimento não possui uma clareza que permita ao indivíduo perceber culpa, preocupação ou sentimento de perda.

Bion discrimina sofrimento doloroso inevitável de uma dor desnecessária. A intenção de conhecer, por exemplo num tratamento psicanalítico, implica um sentimento doloroso que é inerente à própria experiência emocional do conhecimento.

A dor não pode estar ausente da personalidade do indivíduo.

De uma maneira análoga ao que sucede na medicina, o desaparecimento da sensibilidade à dor é desastroso em qualquer circunstância.

O sujeito tende frequentemente a evitar a dor em vez de a procurar modificar, para a tolerar. Este procedimento pode mesmo, em casos extremos, colocar em perigo o contacto com a realidade.

O progresso numa intervenção psicoterapêutica, nas palavras de Grinberg (1973) «é inseparável da necessidade de tolerar as concomitâncias dolorosas do crescimento mental».

Dentro destas diferentes perspectivas respeitantes à concepção da dor, percebemos que os progressos, sem dúvida notáveis, que se conheceram na fisiologia sensorial e na psicofisiologia no decurso deste século, privilegiaram a concepção da dor como uma sensação e relegaram para lugar secundário o papel dos afectos.

Hoje, no entanto, a dor trata-se mais de uma experiência eminentemente pessoal que depende da aprendizagem cultural e dos significados atribuídos às situações e também de outros factores essencialmente individuais.

Vemo-nos então, impelidos a acrescentar adjectivos qualificativos à dor, tal como com o prazer. O que merece actualmente destaque é o que diz sobretudo respeito a experiências concretas e infundáveis classificações aferidas de qualquer emoção ou afecto.

As referências à dor sem nome, dor orgânica, psicogénica, física e mental, dor específica, localizada no corpo, resultantes de uma ocorrência, servem para apaziguar qualquer angústia ou medo da dor.

Tudo se vai dispondo no amplo e vago sistema de «verdades» científicas que pretendem garantir o acesso ao prazer último e à felicidade.

Na concepção psicanalítica, Freud procurou a origem daquilo a que chamou «Defesa Primária»

ria», que seria o embrião destas reacções de defesa, numa vivência de dor.

Num plano mental, esta linha de pensamento demonstra que, como resultado de uma experiência de sofrimento psíquico particular, os indivíduos constroem mecanismos para ultrapassar este sentimento doloroso.

Os mecanismos primitivos de defesa alinham-se, de facto, contra ansiedades que derivam da actividade da pulsão de morte. Podem abranger fundamentalmente a negação, a clivagem, as projecções e introjecções ditas excessivas e ainda a idealização.

A defesa, em última análise, consiste num processo que impede o reconhecimento da realidade de uma percepção traumatizante.

Uma das suas características talvez mais importante é a qualidade da onnipotência subjacente, que pode provocar alterações de vulto na estrutura da mente e da personalidade.

Estes mecanismos acham-se ligados a um funcionamento de fantasias primitivas e inconsciente que negam ou transformam a percepção dos conteúdos do self ou do mundo externo.

Acompanhando de perto os mecanismos onnipotentes, podemos falar nas defesas maníacas que, na realidade, não são mais que uma colecção de defesas que envolvem: a negação da realidade psíquica e, portanto, da importância dos objectos que são amados e incorporados; um desprezo denegridor pelos objectos que são amados, de maneira a que a sua perda não seja experienciada como importante; e um forma triunfante e onnipotente de corrigir tudo.

Todas elas são meios de minimizar os sentimentos de perda e culpa.

Central à defesa maníaca está a ideia onnipotente de que os relacionamentos não são de grande importância. O ego diz para si mesmo que o objecto amado, que é sentido como morto ou danificado não é realmente de grande importância.

E ele, todo poderoso, pode sair-se perfeitamente bem sem depender de ninguém.

Mais tarde, até mesmo tensões normais podem provocar a fantasia desdenhosa de que, de qualquer maneira, o objecto não vale a pena que por ele se tenha preocupação.

O desdém e a depreciação, porém, são defesas maníacas contra a gravidade da angústia e ajudam o sujeito a sentir-se menos desamparado e dependente dos seus importantes objectos bons,

que lhe aparecem como danificados, e fazem vir à tona uma pesada responsabilidade.

Paralelamente encontramos uma idealização do objecto bom, de maneira que ele possa ser mantido tão distante quanto possível do objecto mau e perseguidor e, assim, evitar confundirem-se.

Este processo combina-se com a negação, que por sua vez é submetido ao mecanismo onnipotente: é a negação onnipotente que pode fazer desaparecer completamente as realidades incomodativas.

No inconsciente, este processo é equivalente à aniquilação de todo o relacionamento objectal perturbador, de maneira que envolve a negação não apenas do objecto mau, mas também de uma parte importante do ego, que está em relação com o objecto.

A onnipotência funciona assim como uma «espécie de manta mental que ajuda a lidar com a tensão psíquica, permitindo adiar ou suspender a consciência, significada aqui como impacto e significância dos acontecimentos» (C. Amaral Dias, 1988).

Um dos problemas associados é a impossibilidade do objecto ideal permanecer perfeito. Qualquer imperfeição que ocorra (uma sensação de dor ou frustração) conduz a uma mudança abrupta para um objecto mau.

Esta imensa precaridade só diminui quando há uma aproximação da posição depressiva e se desenvolve uma certa tolerância de um objecto bom que não é o ideal.

Estes estados de sofrimento podem originar uma necessidade de se livrar das complicações emocionais da percepção da vida e da relação com os objectos vivos, fazendo prevalecer a ingratidão e o desinteresse pelos outros e pelo próprio.

Implica conseqüentemente um aniquilamento da preocupação com a verdade.

Uma vez que estes mecanismos não conseguem livrar o indivíduo dos sofrimentos que sente, o seu empenho em curar-se assume a forma de procura de objecto perdido e termina numa subordinação crescente à comodidade material.

A experiência emocional que se considera penosa inicia uma tentativa, seja de fugir ou de modificar o sofrimento, segundo a capacidade da personalidade de tolerar a frustração.

Mas há indivíduos que sendo tão intolerantes ao sofrimento ou à frustração, podem sentir o so-

frimento sem sofrê-lo e assim não o descobrem, embora o manifestem.

3. A HISTÓRIA DE ADRIANO

Adriano foi vítima de um Acidente Vascular Cerebral (AVC) há cerca de 3 meses. Tem 37 anos. É bem constituído, moreno de cara arredondada, com boa aparência apesar das sequelas físicas evidentes.

Chega de cadeira de rodas, vestido com roupas de marca, próprio de alguém de um estrato social médio-alto.

Os membros inferior e superior do lado esquerdo não têm qualquer acção.

Mesmo nas condições em que se encontra tem um ar decidido e confiante, próprio de quem tem completo domínio da situação. Postura que parece adequada ao estilo de vida de um empresário, economista que é.

Os seus pais, já reformados, são originários de uma classe social um pouco mais humilde, mas sem grandes restrições.

Ele é o irmão mais velho, «quase filho único» como realça, de dois gémeos que são 9 anos mais novos.

Tendo casado há 8 anos com uma mulher 13 anos mais nova, separou-se há cerca de um ano, por «ela ser imatura» nas suas palavras, e não cuidar do marido.

Encontra-se actualmente casado com outra mulher, 9 anos mais nova, e de quem espera um filho.

O primeiro contacto foi somente para proceder a uma avaliação de diversas capacidades cognitivas, sem qualquer fim psicoterapêutico.

É o próprio que passados alguns dias solicita uma consulta. Diz então que ficou impressionado por o psicólogo ter comentado a sua distração. Que acha que até é distraído, mas que não é fácil perceber.

Queixa-se das falhas de memória, e de embulhar as palavras. Por vezes pensa que gosta demasiado de se arriscar, e que depois do AVC esse pensamento lhe vem à cabeça.

Usa habitualmente expressão «avançar até aos limites» para se caracterizar.

Viveu com os pais até casar, sendo uma «espécie de pai» para com os irmãos gémeos mais novos.

Foi sempre um excelente aluno, sendo conhecido por ter capacidades de memorização extraordinárias e por conseguir conjugar a «boa vida» com os estudos: «sempre gostei de desafios», comenta.

Tem tido igualmente uma carreira profissional de sucesso, tendo no momento a cargo um grande projecto industrial, que não sabe se irá ou não vender.

Pensa que os sócios não são capazes de continuar o que ele criou.

Para ele tudo funcionou até aqui a «200 km/h» – os estudos, o emprego, os tempos livres e a própria vida sentimental.

Salienta que o AVC ocorreu quando percorria os 6 Km de corrida semanais que costumava fazer, independentemente do muito ou pouco trabalho em mãos.

Quando o psicoterapeuta fala em sentimentos e no que ele poderá estar a sentir, ri-se, simultaneamente com desprezo («psicólogos é para os malucos»), mas prestando sempre muita atenção, pedindo para repetir, achando que nunca ligou a «essas partes», mas que sente necessidade de se conhecer.

Todo o seu discurso é de uma racionalização exacerbada.

Após algumas consultas, não retoma o seguimento regular. Quando está em presença do terapeuta, ou de funcionários do serviço, pede sempre espontaneamente para marcar nova consulta, porque acha que precisa, mas frequentemente falta.

Diz que nunca duvidou das suas potencialidades de recuperação física. Mesmo quando o tratamento fisiátrico termina, deixando-o com sequelas relevantes (na marcha, na postura e força muscular).

Afirma sempre acreditar que ainda vai provar que vai melhorar muito, com um ar muito convicto, mas sem estar sentido com a equipa hospitalar que colocou um término na reabilitação.

Não aceita pôr em dúvida questões sobre o impacto que a sua doença poderá ter no relacionamento com a esposa.

Mas sabemos, no entanto, que a mesma pede apoio emocional a terceiros, sem o conhecimento dele.

Todo o seu discurso é sempre remetido para os assuntos referentes aos outros (estado de

saúde da esposa ou filha que irá nascer) e principalmente à empresa.

Os assuntos que aborda são invariavelmente economicistas, independentemente do pessoal que com ele se encontra, ou da situação, facto que é comentado pela equipa de tratamento.

Os projectos empresariais prendem-se com questões melindrosas com os sócios, a quem chama de incompetentes frequentemente, e que acusa tentarem aproveitar-se da situação do seu internamento.

Todos os assuntos pessoais são reduzidos unicamente à situação profissional.

Toda e qualquer discussão referentes ao seu estado de saúde e processo de reabilitação, ao relacionamento familiar e social é bloqueado por um «isso não é problema», retomando constantemente o tema empresarial.

Toda a história da vida de Adriano, pré-acontecimento traumático (leia-se, antes da ocorrência do Acidente Vascular Cerebral), é descrito fundamentalmente tendo em conta duas perspectivas: uma tendencialmente onipotente, que se julga capaz de vencer em múltiplas frentes a enfrentar na vida (nos estudos, na profissão, no companheirismo, nas relações sentimentais e até nas farras); e outra, que implica já a primeira que consiste no estabelecimento de relações de rivalidade e de luta («ir aos limites das questões»; gosto por desafios e fascínio pelas situações de risco), que certamente o têm auxiliado, até ver, na sua brilhante carreira profissional.

A sua presente e descabida obsessão pelo mundo empresarial, onde estas duas vertentes se manifestam (como aliás não poderia deixar de ser), leva-o a adoptar atitudes de desdém e julgamento sobre as competências dos sócios, desconfiando permanentemente das intenções destes para consigo, receando que possam tirar proveito, não de uma visível debilidade, mas sim pelo facto de estar afastado por hospitalização.

Este voltar-se para a fábrica, quase como se esquecendo do seu estado de saúde, parece ser mais uma forma de negar um sentimento de perda (das suas capacidades, mentais e físicas), facto por si nunca aceite anteriormente em situações inegáveis (atente-se no desprezo e desvalorização pela primeira mulher após ter sido abandonado).

Os acontecimentos ocorridos (AVC) certamente são causadores de um sofrimento extremo e incompreensível para si, originado por uma realidade que sente não estar preparado para tolerar.

O seu funcionamento mental revela uma racionalização quase absurda, desprezando os estados emocionais.

A ambivalência gerada (racionalizar a emoção e a percepção de sentir algo) é o que lhe permite simultaneamente rir-se das palavras do psicoterapeuta e demonstrar uma grande preocupação em retê-las na memória. Reter também na procura talvez de adquirir um «esquema mental mágico», capaz de o organizar, roubando por assim dizer essa capacidade que advinha no psicoterapeuta. Falta às consultas, mas clama sempre para o marcar «porque precisa»; como uma parte de si desejasse pensar sobre si, o que outra prefere negligenciar. Em última análise, procura por todos os recursos de que dispõe, negar o sofrimento, desprezando inclusivé o corpo, preferindo não comentar esses assuntos, por não os considerar verdadeiros problemas, de maneira a que os danos e percas não sejam experienciados como importantes.

Considera-se suficientemente poderoso e onipotente para conseguir resolver tudo perfeitamente bem e sem uma ajuda exterior significativa.

Repudia a importância do seu estado de saúde e o perigo das ameaças que pairam: ficar inválido ou mesmo ter outro AVC e poder falecer. Assim, consegue manter distante estas possíveis ameaças fantasmáticas.

Mecanismo que é transposto para o relacionamento com a esposa, não exprimindo sequer preocupação sobre o relacionamento de ambos («a nossa relação é 100%»), quando sabemos não ser verdade, e que se manifesta numa procura, meses mais tarde, de um apoio conjugal.

Próprio de quem não pode tolerar a verdade que percebe, sem dúvida ameaçadora de um ideal de si já construído, demarca-se uma superioridade que denominaríamos de Moral, afirmando Adriano que, ao contrário de todas as evidências, sabe que ainda tem muito por melhorar.

Os sentimentos de inveja que, numa posição mais próxima da depressiva, se poderiam revelar no questionar de «porquê eu?», são colocados nos sócios, na sua opinião a sentirem uma gran-

de admiração e inveja pelas suas capacidades profissionais, e até pela força de vontade posta à prova no seu processo de reabilitação física.

Com evidentes dificuldades em tolerar a realidade, desenvolveram-se mecanismos onnipotentes substitutivos, que sempre foram importantes na sua vida, e que não lhe permitem agora distinguir a verdade da falsidade.

As pequenas dores localizadas no corpo, as «confusões» e o embrulhar de palavras servem para apaziguar qualquer angústia ou medo da dor, ajudando-o a sentir-se menos desamparado e dependente.

É algo que serve para adiar o confronto com a verdade, que ainda não pode ser tolerada.

Quando pede para marcar nova consulta, após ter faltado à anterior, e sem conseguir definir plenamente um objectivo, pede na realidade alívio para a experiência dolorosa, procurando garantir ajuda para enfrentar o perigo assinalado.

Parece que a capacidade de um qualquer ser humano para tolerar verdades acerca de si mesmo é precária.

A verdade é uma fonte permanente de dor. Mas a aspiração de a conhecer nunca é satisfeita ou completa.

A tendência para criar acções evitativas é grande, e parece que a mente está sempre em condições de criar mentiras para se opôr a essa dor.

Mentiras que, perante a dor e a incapacidade de a tolerar, vão mais ou menos eficazmente tentando evitá-la.

Mentiras que, ainda assim, podem fundamentar uma relação, e mostrar que se existe, e sofre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bion, W. R. (1963). *Os elementos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1966.

Bion, W. R. (1970). *A atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago ed., 1973.

Dias, C. A. (1988). *Para uma psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento.

Grinberg, L. (1973). *Introdução às ideias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1973.

Hinshelwood, R. D. (1991). *Dicionário do pensamento kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Kernberg, O. (1980). *Internal world and external reality*. New York: Jason Aronson.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Editorial Presença, 1990.

Mancia, M. (1990). *No olhar de narciso. Ensaio sobre a memória, o afecto e a criatividade*. Lisboa: Escher.

Melzack, R., & Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Oliveira, R. A. (2001). *Psicologia clínica e reabilitação física*. Lisboa: ISPA.

RESUMO

Os aspectos depressivos nos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas assumem-se como fundamentais no processo geral de reabilitação. Neste trabalho o autor aborda esta temática através da análise de um caso clínico, onde expõe aspectos teórico-técnico inerentes.

Palavras-chave: Reabilitação, depressão, incapacidade física, psicoterapia.

ABSTRACT

Depressive symptoms become a central topic for the general rehabilitation process of physical impairment patients. On this paper, the author do some comments on theoretical and technical matters with a clinical vignette.

Key words: Rehabilitation, depression, physical impairment, psychotherapy.