

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP
FACULDADE DE PSICOLOGIA

UM ESTUDO DE CASO
COM SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS
À LUZ DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

Sandra Fabrete Hasunuma

São Paulo
2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC-SP
FACULDADE DE PSICOLOGIA

UM ESTUDO DE CASO
COM SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS
À LUZ DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

Trabalho de Conclusão de Curso como
exigência parcial para a graduação no
curso de Psicologia, sob orientação da
Professora Doutora Elisa Maria de Ulhôa
Cintra

Sandra Fabrete Hasunuma

São Paulo
2008

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

“... Grande é a poesia, a bondade e as danças...

Mas o melhor do mundo são as crianças...”

Fernando Pessoa

Um laço de fita com suas duas pontas vira, revira, dá voltas, encanta os olhos, o coração e a alma. O laço pode se desmanchar, e com isso abre a possibilidade de fazer um outro laço, mais bonito, mais firme, mais encantador. Dedico este trabalho às pessoas que foram o outro lado da fita, que junto comigo viveram noites e dias de alegria e também de tristeza; que em muitos momentos construíram comigo outros laços: laços de amor, de amizade, de esperança. Aos meus pais, que me amaram incondicionalmente e me apoiaram e respeitaram minhas escolhas e decisões ao longo desses anos. Ao meu irmão, pela amizade dedicada desde o nosso começo, que também nos momentos de silêncio falou com sua alma. À Laura, o meu eterno agradecimento e meus sinceros desejos de futuras conquistas!

AGRADECIMENTOS

À Laura por participar deste estudo e dividir sua vida, seu mundo infantil, suas brincadeiras, suas fantasias.

À minha orientadora Professora Doutora Elisa Maria de Ulhôa Cintra, pelos momentos de orientação, discussão, revisão de trabalho e por me acalmar nos momentos em que nem tudo fazia muito sentido.

Aos meus professores, e em especial Marisa Penna, Flavia Hime, Adrianna Loduca, Fabinho, Chica, Ana Trinca, Ana Helena, Eloísa Penna, Chú, meu muito obrigada por dividirem suas experiências, conhecimentos, por me ajudarem a percorrer e a trilhar meu caminho nesses cinco anos de aprendizagem. Obrigada por acreditarem em mim!

À Marisa Penna por todos os momentos divididos. Obrigada por fazer com que eu me apaixonasse pela Psicologia Analítica, por contribuir para a minha formação acadêmica e pessoal.

A todos os meus amigos que me acolheram, incentivaram e compartilharam momentos preciosos, que mesmo nas ausências estivemos presentes uns nas vidas dos outros.

À minha família que através do amor, paciência, incentivo, compreensão e apoio me ajudaram a sempre acreditar que daria certo.

E finalmente àquelas pessoas que carinhosamente percorreram ao meu lado segurando a minha mão, que com toda a delicadeza me ajudaram a enxergar o que meus olhos não foram capazes de perceber.

A palavra mágica

Certa palavra dorme na sombra
de um livro raro.

Como desencantá-la?

É a senha da vida
a senha do mundo.

Vou procurá-la.

Vou procurá-la a vida inteira
no mundo todo.

Se tarda o encontro, se não a encontro,
não desanimo,
procuro sempre.

Procuro sempre, e minha procura
ficará sendo
minha palavra.

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

Introdução.....	08
Método.....	11
Cap. I Psicossomática.....	14
Cap. II Psicologia Analítica.....	19
Cap. III Psicologia das Técnicas Projetivas.....	29
Cap. IV Descrição e análise do caso clínico.....	33
Cap V Considerações finais.....	53
Referências bibliográficas.....	57
Anexos.....	60
Anexo 1: Figura 1 - 1º Desenho-Estória	
Anexo 2: Figura 2 - 2º Desenho Estória	
Anexo 3: Figura 3 - 3º Desenho-Estória	
Anexo 4: Figura 4 - 4º Desenho Estória	
Anexo 5: Figura 5 - 5º Desenho-Estória	
Anexo 6: Figura 6 – Desenho em sessão de hora lúdica com a mãe	
Anexo 7: Figura 7 – Desenho em sessão de hora lúdica com a mãe	
Anexo 8: Figura 8 – Desenho em sessão de hora lúdica individual	
Anexo 9: Figura 9 – Desenho em sessão de hora lúdica individual	
Anexo 10: Figura 10 – Desenho em sessão de hora lúdica individual	

INTRODUÇÃO

O interesse em fazer este re-estudo de caso fazendo correlações entre o fenômeno psicossomático no caso atendido e os conceitos a respeito disto na Psicologia Analítica surgiu após ter cursado a disciplina de Psicodiagnóstico no quarto ano do curso de Psicologia e feito o estágio na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” no ano de 2007¹.

Na supervisão de Psicodiagnóstico são formadas duplas de estágios, sendo uma pessoa o terapeuta e a outra, o espelho. Minha dupla e eu queríamos ocupar o papel de terapeuta, mas acabamos decidindo que o Bruno seria o terapeuta e eu o espelho.

O caso que escolhemos atender era de uma menina de nove anos de idade que estava passando por uma crise e o pedido da direção da Clínica era de atendimento urgente.

A paciente, que aqui terá o nome de Laura (nome fictício para preservar o sigilo da paciente), não conseguia sair de casa para ir à escola, chorando muito e vomitando. Ela estava correndo o risco de perder o ano escolar devido a tantas faltas.

Nosso trabalho era de fazer a avaliação psicológica e depois fazer um encaminhamento, se achássemos necessário.

Este caso, talvez por ser o primeiro que eu estava acompanhando por um período mais longo, me mobilizou muito. Eu reconhecia o sofrimento de Laura e dos pais, que não sabiam qual a melhor conduta a ser tomada.

¹ O Trabalho passou pelo Comitê de Ética da PUC-SP e foi aprovado (Protocolo de Pesquisa nº 080/2008)

Considero fundamental o aprofundamento do estudo sobre a somatização e suas implicações. Assim, a pesquisa proposta tem relevância científico-teórica e social, podendo oferecer mais elementos para a compreensão das complexidades da relação psique-corpo.

Alguns autores exploraram este campo da ciência tais como Jung (2002, 2006, 2007), Jacoby (2007), Hillman (1999b), Ramos (2006) e Galan (2002).

A infância é descrita na literatura como sendo muito importante na constituição de vida de todo ser humano. Apesar de Jung ter pouco explorado esse período da vida, existem contribuições a respeito deste tema que auxiliam no entendimento do desenvolvimento da personalidade.

“A criança se encontra de tal modo ligada e unida à atitude psíquica dos pais, que não é de causar espanto se a maioria das perturbações nervosas verificadas na infância devam sua origem a algo de perturbado na atmosfera dos pais” (Jung, 2006, pág. 43).

A infância é descrita como sendo paradisíaca dependendo da relação que se estabelece entre a pessoa que oferece os cuidados maternos e o bebê. Jacoby (2007) fala sobre esta relação, que é denominada de *relação primal*, como sendo modelo para as relações futuras que a criança terá.

Quando os cuidados físicos e a alimentação são plenamente satisfatórios, mas a atenção emocional não é recebida como suficiente, principalmente no primeiro ano de vida do bebê, Jacoby diz:

“Queixas físicas precoces ou doenças na criança podem resultar em uma ruptura prematura de sua existência na realidade paradisíaca, abrindo espaço mais tarde para os mesmos distúrbios psíquicos que foram evocados pela rejeição emocional da mãe” (Jacoby, 2007, pág. 61).

A doença pode vir como possibilidade de aumentar o campo de consciência da pessoa. James Hillman diz:

“Cada órgão (do corpo) tem uma faísca potencial de consciência e as aflições libertam essa consciência trazendo para a conscientização o pano de fundo arquetípico do órgão, que, até que seja ferido, simplesmente funcionou como parte da natureza inconsciente. Mas agora a natureza foi ferida. O órgão é agora inferior. A privação do funcionamento natural traz consciência da função. Percebemos pela primeira vez sua sensação, seu valor, seu campo de operações. A limitação através da ferida leva o órgão à consciência – como se o conhecimento que a morte dá fosse o conhecimento daquilo que uma coisa psíquica é em si mesma, seu verdadeiro significado e sua importância para a alma. Uma consciência “mortal” é liberada pela ferida. “ (Hillman, 1999b, pág. 147).

A Psicologia Analítica é uma abordagem finalista e as manifestações do inconsciente têm como objetivo compensar uma atitude unilateral da consciência. Ramos foi a pioneira a propor um modelo conceitual e uma linha de pesquisa para o fenômeno psicossomático. A doença orgânica vem como expressão simbólica e “é uma reação do organismo, uma compensação, com a finalidade de levar o indivíduo a integrar o reprimido, religar o ego ao seu eixo com o Self” (Ramos, 2006, pág. 73).

É no desenvolvimento da personalidade que se formam, se estruturam e se realizam os dois centros da personalidade: o *ego*, que é o centro da personalidade consciente, e o *Self*, que é o centro da personalidade total. A relação entre estes dois centros estão sempre numa relação compensatória, tendo como finalidade o equilíbrio do organismo. Galan diz sobre o *eixo ego-Self*:

“A qualidade criativa do inconsciente coletivo e a comunicação que deve ocorrer entre ego e Self são fatores fundamentais para o entendimento da doença dentro da concepção junguiana, porque a doença embora seja, muitas vezes, um fator que mostra um desequilíbrio ou uma estagnação no fluxo da energia psíquica, também é uma manifestação do inconsciente e do Self que, como tal,

trás, também, o elemento novo e criativo que permite a retomada da saúde" (Galan, 2002, pág. 24).

A psicossomática aborda a dimensão psíquica e simbólica do mesmo fenômeno. As manifestações psicossomáticas na história de Laura foram vividas por ela como perdas de controle, e arrisco dizer como uma vivência de quase-morte. Esses momentos dramáticos se configuraram na história de vida desta família.

Laura não conseguia muitas vezes sair de casa, ficando muito agitada, tendo episódios de vômitos e só voltava a se acalmar uma hora depois. Às vezes tinha essas crises quando estava na escola e os pais buscavam-na, levando-a para casa.

Partindo disto, podemos pensar que os órgãos feridos de Laura são os sistemas respiratório e digestório e é de grande importância refletir sobre o que estes órgãos querem mostrar quando estão frágeis.

Relacionando a história de vida de Laura com os sintomas psicossomáticos, comecei a me interessar mais pela psicossomática, assunto este que não é muito explorado na grade curricular do curso de graduação.

Desse modo esse trabalho veio na tentativa de abordar algumas questões e hipóteses sobre a importância de ver o ser humano como uma totalidade, unificando a mente e o corpo, considerando importante abordar as questões psicológicas nas doenças que o corpo manifesta.

Segundo Hammer (1991), as técnicas projetivas vêm como instrumento clínico, pois além de facilitar o início do processo analítico, tem uma riqueza clínica e economiza uma quantidade de tempo significativa dentro do Psicodiagnóstico. O desenho revela como a pessoa está naquele momento de vida.

“A página em branco sobre a qual se executará o desenho serve como um fundo sobre o qual o sujeito pode esboçar um vislumbre de seu mundo interno, de seus traços e atitudes, de suas características comportamentais, das fraquezas e forças de sua personalidade, incluindo o grau em que pode mobilizar seus recursos internos para lidar com seus conflitos psicodinâmicos, tanto interpessoais quanto intrapsíquicos” (Hammer, 1991, pág, 2).

Será que podemos pensar que os órgãos feridos de Laura expressam aspectos do seu psiquismo que até aquele momento não podiam ter se manifestado?

MÉTODO

Este estudo de caso começou com o Psicodiagnóstico que foi feito na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” no ano de 2007, com a supervisora Ana Maria Trapé Trinca, através de entrevistas, observação de hora lúdica individual e com a mãe, aplicação do procedimento Desenho-Estória em uma paciente infantil de nove anos de idade, discussões semanais com a supervisora até a apresentação do relatório.

Por se tratar de uma criança que apresentava muitas dificuldades no manejo de seus sentimentos e que, devido a estas dificuldades não conseguia viver o que uma criança da mesma idade enfrentaria sem maiores dificuldades, esta pesquisa foi proposta para pensar o caráter simbólico do adoecimento psicossomático e seus desdobramentos.

Uma vez que o processo do Psicodiagnóstico e o relatório foram concluídos, eles serviram de base para este estudo teórico visando fazer correlações dos fenômenos psicossomáticos com os pressupostos teóricos da Psicologia Analítica.

Inicialmente foi feito um levantamento bibliográfico do material sobre a psicossomática dentro da abordagem junguiana. Depois fez-se uma análise panorâmica dos desenhos que a paciente criou durante as sessões. A correlação entre a história de vida, as produções artísticas e a teoria ajudaram a pensar o caráter simbólico da manifestação psicossomática como forma de expressar o que conscientemente esta criança não integrava em sua personalidade como um todo.

CAPÍTULO I

PSICOSSOMÁTICA

O modelo médico separava a mente e o corpo como sendo instâncias que não faziam parte do mesmo todo, fazendo distinção das doenças psíquicas e orgânicas.

“Qualquer sintoma, mental ou somático, é, antes de tudo, uma manifestação do sofrimento do sujeito, uma demanda oriunda das marcas de seu desamparo mais fundamental e inevitavelmente dirigida para o outro. Independentemente de sua etiologia ou de sua forma, o sintoma e a doença são por eles mesmos perturbadores do equilíbrio da economia psicossomática, pela ameaça que eles representam para a integridade do indivíduo, podendo promover ou alimentar o torvelinho regressivo, e mesmo intensificar uma desorganização” (Volich, 2004, pág. 166).

Freud contribuiu muito para os estudos da influência das emoções sobre o corpo, abrindo um grande caminho para o aprofundamento destas questões. A teoria freudiana destaca a importância dos conflitos para o ser humano. O bem-estar ou o adoecer são determinados pela forma como o indivíduo soluciona estes conflitos ao longo de sua vida.

A terminologia ‘psicossomática’ nunca tinha sido introduzida na literatura até o ano de 1808, e foi utilizada para tentar explicar a origem da insônia.

Em 1828, o mesmo médico psiquiatra Heinroth que introduziu a terminologia psicossomática introduziu um novo termo, o somatopsíquico, que indicava que o fator orgânico afetava o emocional. Foi Felix Deutsch o primeiro autor que introduziu o termo “medicina psicossomática”.

A maior parte dos pioneiros da psicossomática veio da psicanálise. Franz Alexander (1989) um dos principais psicossomatistas, com os dados obtidos em tratamentos psicanalíticos juntamente com os de pacientes internados com problemas somáticos concluiu que havia várias doenças psicossomáticas. Ele defendia que os fatores emocionais influenciam, pelas vias humorais e nervosas, todos os processos fisiológicos. Ele criticava o modelo médico que defende a divisão de especialidades; para ele o que se deve levar em conta é o organismo como unidade e a personalidade do doente.

Pierre Marty (1993), um psicanalista francês, foi um dos pioneiros da psicossomática que fundou a Escola de Psicossomática de Paris. Segundo ele, é o sujeito quem tem participação ativa em sua própria doença. “As doenças somáticas decorrem, geralmente, das inadequações do indivíduo às condições de vida em que encontra” (Marty, 1993, pág. 29).

Segundo Volich (2004), o médico George Groddeck se filiou à Associação Psicanalítica de Berlin em 1920. De acordo com ele, todas as doenças podiam ser compreendidas e tratadas pela psicanálise, pois o corpo e a alma adoecem simultaneamente.

Ainda com a contribuição da Psicanálise, Wagner Ranña destaca que “a experiência com a psicossomática da criança pode ser útil para a psicossomática em geral” (Ranña apud Volich, 2004, pág. 116), devido ao processo de constituição do sujeito.

A abordagem psicossomática resgatou o doente como pessoa. E tanto o aspecto físico quanto o aspecto psíquico são cuidados como uma unidade. Esta abordagem trata as relações e interconexões entre mente e corpo.

Volich (2004) diz que Wilhelm Reich contribuiu para o campo psicossomático afirmando que uma experiência psíquica pode desencadear uma resposta

somática, que por sua vez, pode produzir uma mudança permanente em algum órgão do corpo. Reich ainda afirmava que aplicar indiscriminadamente interpretações psicológicas aos processos somáticos ou afirmar que as enfermidades resultavam de desejos inconscientes era “psicologizar o fisiológico”. Para ele os desequilíbrios corporais eram resultado de uma perturbação geral do funcionamento vegetativo, ou seja, situações nas quais o psíquico e o somático exercem efeito recíproco um sobre o outro.

“A manifestação da doença depende da relação entre as estruturas de personalidade do sujeito, os conflitos de base, as musculaturas voluntária e involuntária e o sistema visceral/neuro-vegetativo. A etiologia da doença é determinada pela combinação entre a vulnerabilidade de órgão específico ou do sistema somático, a constelação psicodinâmica característica do paciente, e a situação exterior que mobiliza seus conflitos primitivos, atingindo as defesas que ele elaborou contra estes” (Volich, 2004, pág. 95).

A psicossomática surgiu como um novo modelo, diferente do modelo médico, para cuidar do ser humano como uma totalidade, integrando os aspectos físicos e emocionais não desconsiderando a influência de um no funcionamento do outro.

“Uma pessoa bem-estruturada no seu funcionamento psicossomático, que sem dúvida inclui também suas defesas imunológicas, com recursos suficientes para elaborar e escoar a excitação acumulada, pode suportar altos níveis de tensão e acontecimentos internos reagindo com perturbações de menor intensidade e de duração limitada, com um melhor prognóstico de reversão. Uma outra pessoa, de estrutura mais frágil, pode desorganizar-se e adoecer diante de acontecimentos ou vivências aparentemente insignificantes, surpreendendo pela virulência e pela rapidez da evolução patológica” (Volich, 2004, pág.1666).

Jung também se interessou por esta área. O modelo de psicossomática baseado nos pressupostos da Psicologia Analítica propõe o seguinte:

“Psicossomática é um termo que se refere à inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade. Essa conotação pode ser chamada de holística, na medida em que ela implica uma visão do ser humano como uma totalidade, um complexo mente-corpo imerso num ambiente social” (Liowiski apud Ramos, 2006, pág. 47).

De acordo com Ramos (2006) este modelo holístico integra conceitos, práticas, métodos e técnicas utilizados desde antigamente, no mundo moderno. Na teoria e método psicoterapêutico propostos por Jung pode-se verificar os princípios do modelo holístico, sendo que *holos* equivale à integridade do ser, o *self* como totalidade integrando as polaridades psique e soma num todo inseparável.

“... qualquer manifestação, inclusive a doença, deve ser compreendida como expressão do Self, isto é, da personalidade total, cujo objetivo é o caminho da realização genuína do indivíduo” (Galan, 2002, pág. 25).

Whitmont (2002) considera grande a descoberta de Jung sobre o poder da psique para autocura. O objetivo da análise junguiana se diferencia da psicanálise tradicional. Para a análise junguiana o mais importante é a transformação, e não a sublimação, como para a psicanálise.

“... a transformação postula uma alteração dos próprios impulsos de modo que não aja mais nenhuma necessidade de sublimação. Como resultado da transformação, os impulsos deixariam de ser ameaçadores e destrutivos e se converteriam em elementos úteis. Esse objetivo deve ser alcançado por meio de um alargamento da consciência que o ego tem de seu alcance e por uma mudança subsequente na posição e abordagem do ego em relação aos impulsos que abrem novos canais de expressão” (Whitmont, 2002, pág. 261).

A Psicologia Analítica traz o símbolo como elemento transformador.

“... cada um dos cinco aparelhos ou sistemas corporais (respiratório, digestivo, cardiovascular, neuroendócrino e locomotor) afeta de forma característica um sem-número de símbolos que

estruturam tipicamente nossa identidade e nossa forma de estar e conhecer o mundo” (Byington, 1988, pág. 29).

Ramos (2006) afirma que o símbolo é como “o terceiro fator na polaridade mente-corpo”, e é este o fator que “transcende a dicotomia psique-corpo”.

Desta forma, a psicossomática surge como uma necessidade de ver os sintomas como uma expressão física de algo que não pode ser manifestado de um outro jeito.

CAPÍTULO II

PSICOLOGIA ANALÍTICA

As terapias somáticas valorizam o corpo, considerando um campo sagrado para se alcançar a transformação.

Jung (2007) considerava artificial a distinção entre corpo e mente, pois a relação entre eles é tão íntima que permite fazer considerações a respeito do corpo e sua saúde, a partir da constituição da psique e vice e versa. Por isso Jung baseou sua teoria no princípio da totalidade, de integração dos opostos.

A Psicologia Analítica é uma abordagem psicodinâmica, e, portanto, considera a atuação do inconsciente nas atitudes das pessoas. Existem dois níveis de inconsciente, o *pessoal* e o *coletivo*. O *inconsciente pessoal* é formado pelas aquisições pessoais de cada indivíduo, e o *inconsciente coletivo* é formado por conexões mitológicas e imagens históricas.

“A perspectiva da psicologia analítica não se restringe à visão mecanicista causal, mas acrescenta a visão finalista. Nesta perspectiva as causas são compreendidas como um meio para se atingir um fim, pois considera que há uma intencionalidade nas manifestações, elas apontam para algo maior (visão teleológica). Esta é uma questão muito importante, pois é a base que explica como relação psique-corpo funciona” (Loureiro, 2003, pág. 8).

Ramos (2006) fala sobre a perspectiva da Psicologia Analítica, que vai além da visão mecanicista, pois agrega a ela a visão finalista, que considera que existe uma intencionalidade nas manifestações. O ser humano vive o processo de individuação durante toda a sua vida. Essa função de juntar as partes cindidas de

si mesmo de manifestações simbólicas do inconsciente acontece através do ego que se apropria destas mensagens e aumenta o campo de consciência.

Em 1906, Jung criou o teste de associação de palavras. A partir daí fez descobertas importantes para esta problemática. É após este momento que ele fez relações entre a influência da psique no corpo, e do corpo na psique, abordando o fenômeno da psicossomática, unindo corpo e mente, ao invés de analisá-los separadamente.

Existe uma interdependência entre mente e corpo em todos os estágios de doença e saúde. Partindo do princípio que não existe doença causada somente pelo psicológico ou somente pelo orgânico, pode-se considerar que todas as doenças são psicossomáticas, “na medida em que elas envolvem a inter-relação contínua entre corpo e mente na sua origem, em seu desenvolvimento e sua cura” (Ramos, 2006, pág. 47).

“Toda e qualquer doença tem uma expressão no corpo e na psique simultaneamente” (Ramos, 2006, pág. 72).

Este teste possibilitava observar a psicofisiologia humana, e a partir desses estudos, Jung (2007) concluiu que os sintomas físicos e psíquicos são manifestações simbólicas de *complexos*. Um sintoma é a representação simbólica de uma falha na conexão do eixo *ego-Self*. O *Self* é o arquétipo central que representa a unidade e totalidade da personalidade e o *ego* é o complexo da consciência. Assim a psique se diferencia em consciente e inconsciente.

Stein (2006) diz que os *complexos* são conteúdos inconscientes que, sob determinadas condições, podem se manifestar através de perturbações da consciência. São os *complexos* que fazem a ponte entre o *inconsciente pessoal* e o *inconsciente coletivo*. Os *complexos* podem se expressar através de sintomas tanto no campo somático quanto no campo psíquico. Os *complexos* são conjuntos

de idéias e imagens carregados de afeto e nos testes de associação de palavras algumas se manifestavam como perturbações, indicando que certo tema ou aspecto psíquico está carregado emocionalmente de forma exagerada. Todo *complexo* tem um componente arquetípico, uma matriz arcaica que é herdada e representa um potencial na experiência humana.

O corpo também é afetado pela psique. Jung (2007) diz que quando a emotionalidade de uma pessoa está perturbada, manifestações corporais acontecem em formas de doenças também. São expressões simbólicas que o excedente da *libido* manifesta no plano somático.

Quando se está doente, é necessário se adaptar às condições do mundo ambiente e ter atitudes que façam com que esta adaptação se concretize. E é também através da regressão que se conduz a adaptação à alma e a progressão, adaptação ao mundo ambiente.

“Portanto, a doença tem o sentido de compensar uma atitude unilateral da consciência, e revela através de sua manifestação, o que deve ser elaborado, compreendendo seu significado. E com isso, a saúde e a doença estão a serviço de um caminho para a evolução do ser humano, na ampliação da consciência. A experiência da doença é um entrar em contato com as nossas situações internas, buscando sua raiz arquetípica” (Fernandes, 2007, pág. 36).

Tanto a doença física quanto a psíquica podem, por exemplo, atrair cuidados por parte do ambiente e dos familiares e amigos, gerando ganhos secundários e levando a que o paciente não queira se cuidar – já que está se beneficiando dos benefícios secundários – o carinho e a atenção recebidos.

Um exemplo de ganho secundário que eu percebo é no meu estágio no Hospital das Clínicas. A carência de atenção que alguns pacientes sentem fica evidente no cuidado que estes pacientes requerem. Nas suas relações existe uma falta de cuidado e atenção. A equipe de saúde do hospital dedica ao paciente

cuidado e é exatamente o que falta a estas pessoas, e isso pode implicar na não-cura de uma desordem física ou no aparecimento de novos órgãos enfermos.

A adesão à doença pode não acontecer no nível da consciência. Os conteúdos do inconsciente se expressam no afeto, através de idéias e imagens. E é no âmbito da afetividade que a psique modifica todas as coisas.

É através da *sincronicidade* que Jung (2007) diz que podemos perceber que tanto o pólo somático quanto o pólo psíquico existem ao mesmo tempo, um não causa o outro, e sim, se afetam.

O conceito de *sincronicidade* foi proposto por Jung (2007) com base na integração dos opostos, a manifestação da energia pode se dar incluindo o indivíduo e a realidade externa.

Os eventos de *sincronicidade* têm relação com os *arquétipos*, que são potências ativas (numinosas) do inconsciente, por revelarem sua origem primitiva e pertencerem ao *inconsciente coletivo*. Os conteúdos inconscientes que irrompem se expressam através dos afetos. “A afetividade... repousa grandemente nos instintos cujo aspecto formal é justamente o arquétipo” (Jung, 2007, pág. 18).

Ainda segundo o autor, *sincronicidade* dá a noção de coincidência significativa de dois ou mais acontecimentos simultâneos e casuais. Casuais porque não existem muita probabilidade de ocorrer, mas quando ocorrem, os fenômenos parecem ser atraídos por uma força de atração de que não se tem consciência, acontecem ao mesmo tempo e isso tem um significado passível de compreensão.

Quando existe conexão entre fatores aos quais são atribuídos grande significado e que são coincidentes, são concebidos como acausais.

Não pode-se dizer que existe uma causa para que estes fatos aconteçam, pois “a causalidade é a maneira pela qual concebemos a ligação entre dois acontecimentos sucessivos” (Jung, 2007, pág. 94). Ao passo que acontecimentos simultâneos pertencem ao âmbito da *sincronicidade*. Os fenômenos causais não estão necessariamente ligados por um significado, e sim por uma seqüência no tempo.

Jung (2007) diz que tempo e espaço são construções de origem psíquica e correspondem à necessidade do ser humano de descrever o comportamento em movimento. A causalidade consiste em uma sucessão de causas e efeitos e pressupõe a existência do fator tempo e espaço, e não é possível fazer nenhuma relação energética entre a percepção e o acontecimento futuro, além de não diminuir com a distância. Portanto, a *sincronicidade* é considerada por Jung “como uma relatividade do tempo e do espaço condicionada psiquicamente” (Jung, 2007, pág.14).

Os *fenômenos sincronísticos* são transcendentais por mostrar o conhecimento de acontecimentos futuros ou espacialmente distantes, e por isso não podem ser representados no contínuo espaço-tempo.

“No pensamento sincronístico psique e matéria não podem mais ser vistas como entidades separadas, mas se arranjam numa situação simbólica” (Lepera, 2004, pág. 67).

Desta forma, as pessoas adoecem não por acaso, mas por estarem em sintonia com a própria manifestação energética e a realidade externa. Das várias possibilidades, acabamos inconscientemente “escolhendo” um tipo de adoecimento. Cada doença possui um significado simbólico, e isto pode ser investigado através de uma análise e cada pessoa deve ser vista como única e tratada como tal: compreender o significado da doença e do estar doente para cada paciente é um passo muito importante, assim como encorajar a autonomia do processo de cura de cada paciente.

Jung (2007) diz que a emocionalidade da alma humana constitui a causa principal de todas as coisas porque em virtude de sua grande potencialidade modifica seu corpo e outras coisas no sentido do que deseja. Ou seja, tudo que a alma deseja tem a força propulsora para realizar o que deseja.

“Na intensidade da perturbação emocional está o seu valor, a energia que ele [o paciente] deve ter à sua disposição a fim de remediar esse estado de reduzida adaptação. Nada se consegue ao reprimir esse estado ou desvalorizá-lo racionalmente. A fim, portanto, de obter a posse de energia que está em lugar errado, ele deve tomar o estado emocional como base ou ponto de partida para o procedimento. Ele deve tornar-se tão consciente quanto possível de seu humor, mergulhado nele sem reservas e anotando no papel todas as fantasias e outras associações que emergirem. [...] [Esse trabalho] cria uma nova situação, pois o afeto anteriormente não-relacionado torna-se uma idéia mais ou menos clara e articulada, graças à assistência e cooperação da mente consciente. Este é o começo da função transcendente, isto é, da colaboração dos dados conscientes e inconscientes” (Jung apud Ramos, 2006, pág. 71).

A força de atração está intimamente ligada a afetividade. Quando você está sob o efeito de um *complexo*, isso produz uma baixa no nível mental, pois todo estado emocional opera uma mudança na consciência, retirando energia de conteúdos possíveis de consciência, tornando-os obscuros e inconscientes, favorecendo um estado de inconsciência.

Quando existe uma dissociação muito grande entre os elementos da consciência e do inconsciente, origina-se uma doença psíquica. Neste momento há uma falta de contato com o inconsciente. São contradições internas experienciadas que através do processo dinâmico de *regressão* conduz à necessidade de adaptação ao mundo interior da psique, oferecendo um caminho de contato com o inconsciente.

A mente e o corpo são animados por uma mesma vida, e é exatamente por isso que não podemos dizer que as doenças corporais não estejam relacionadas com a psique. Mesmo que a doença não tenha sido causada pelo psíquico,

podemos observar complicações psíquicas. Sendo assim, um sofrimento corporal pode afetar a psique, como também a psique é afetada pelo corpo.

Na saúde existe um fluxo mais livre entre os conteúdos irracionais que podem ser captados e assimilados pela consciência. Já a doença mostra que existe alguma falha neste fluxo, e por falta de recursos, o corpo mostra aspectos da psique que está em desequilíbrio. É possível afirmar que antes do adoecimento se manifestar pode ser percebida uma falha no fluxo acima mencionado.

O organismo pode entender uma doença como sendo porta-voz de que alguma coisa precisa ter mais atenção, precisa mudar, como uma tentativa de cura. Desta forma, a doença pode possibilitar o resgate do contato com o inconsciente.

“A doença é uma estratégia para nos mostrar outras possibilidades, um aviso do Self ao ego através do símbolo, corporal ou imaginário, para que o ego tome consciência de novos conteúdos. É uma forma de expressão do Self, uma tentativa de superar a cisão e restabelecer o fluxo mente-corpo, ego-self, necessários para que o desenvolvimento prossiga”. (Fernandes, 2007, pág. 37).

Desta forma, com o fluxo de conteúdos inconscientes em desequilíbrio, a doença encontra espaço para se manifestar no corpo de uma pessoa. E a *sincronicidade* mostra que a pessoa fica doente, não por acaso, pois ela está deixando que o corpo mostre através do símbolo doença, que ela precisa mudar, que alguma coisa não está indo bem em sua vida.

O estado de insensibilidade no qual podemos mergulhar quando estamos saudáveis pode provocar a falta de cuidado com o nosso corpo. Quando estamos saudáveis ficamos em um estado de onipotência, que não nos permite perceber nossos limites. Este estado do desequilíbrio de inflação provoca a necessidade de um re-equilíbrio. Uma das maneiras dessa atividade auto-reguladora se manifestar é através do adoecimento.

Os *símbolos* são manifestações espontâneas da psique, que tem uma função compensatória, podendo mediar o consciente e o inconsciente.

Partindo do que Jung denominou *libido* pode-se falar da doença como símbolo. *Libido* é energia, energia vital, que tem o significado de apetite, desejo, anelo, anseio, impulso. A energia pretende exprimir as relações de valores psicológicos.

Os *símbolos* são expressões do excedente da *libido*. É através deste mecanismo psicológico que ocorre a transformação da energia. “Só onde o símbolo oferece uma diferença de potencial maior do que a da natureza é possível canalizar a libido para outras formas” (Jung, 2007, pág. 55).

“... símbolo é um termo, um nome ou mesmo uma imagem que nos pode ser familiar na vida diária, embora possua conotações especiais além do seu significado evidente e convencional” (Jung, 2002, pág. 20).

As pessoas que expressam corporalmente uma disfunção manifestam os conteúdos do inconsciente no nível concreto, já que o *símbolo* se expressa pela via somática.

“É provável que o problema seja na interligação da vida consciente-inconsciente, o paciente que se expressa somaticamente perdeu a conexão de seu corpo com seu inconsciente somático, de modo que a vida fantasiosa, eidética, encontra-se desconectada da vida orgânica. Isto é, esses pacientes têm uma vida simbólica, porém restrita e compulsiva” (Ramos, 2006, pág. 58).

É ainda na relação mãe-bebê que a capacidade de fantasiar é estimulada. Quando existe uma falha na separação com a mãe, esta pessoa terá dificuldade em transformar suas angústias em processo mental, e por tanto viverá isso no plano físico. “O sintoma orgânico contém mensagens psíquicas que não têm uma representação abstrata acessível à consciência” (Ramos, 2006, pág. 61). Para

proteger suas criações somáticas, estas pessoas resistem a buscar fatores psíquicos para fazer elaborações e o sintoma desaparecer.

“A somatização é o limite imposto pela natureza diante de um excesso de energia canalizado unilateralmente. A natureza contrabalança essa tendência utilizando o corpo, como se buscasse um meio mais efetivo para realizar suas metas” (Ramos, 2006, pág. 73).

É como se ocorresse uma *entropia*. Embora Jung (2007) tenha defendido que a *entropia* só aconteça quando um sistema é absolutamente fechado, não sendo mais alimentado com energia de fora, e sistemas fechados só aconteçam em casos patológicos, como o embotamento dos afetos ou a esquizofrenia, processos voluntariamente dirigidos, tais como o pensamento dirigido ou os sentimentos dirigidos bloqueiam os elementos perturbadores externos, o que indica que seria uma tentativa de *entropia*, já que não é toda energia de fora que o ser humano está deixando entrar.

Para que ocorra elaboração desses conteúdos que a consciência resiste em aceitar, é necessário deixar a *libido* fluir. A *progressão* e a *regressão* da *libido* é um dos fenômenos energéticos mais importantes da vida psíquica. *Progressão* e *regressão* são processos dinâmicos ou regulares de transformação de energia.

A *progressão* consiste em satisfazer as exigências das condições do mundo ambiente, é um processo contínuo de adaptação às condições do mundo ambiente e a *regressão* conduz à necessidade de adaptação ao mundo interior da psique.

Durante os processos psicológicos os pares de opostos permanecem juntos. Quando existe represamento da *libido* na *progressão*, os pares de opostos se separam o que contribui para atitudes polarizadas, já que não tem a ação coordenadora do impulso contrário.

O represamento da *libido* se dá, por exemplo, porque existe um fluxo de sentimentos, mas existe a necessidade de apreensão prévia do pensamento. Isso

cessa a *progressão* da *libido*, surgem conteúdos conscientes e a situação carrega-se de afetos. A luta dos opostos desencadeia a *regressão*.

Não podemos entender que a *regressão* é um retrocesso, pois na verdade representa uma fase da evolução. Como na *progressão* requer uma função consciente dirigida no processo de adaptação afastando da função psíquica dirigida conteúdos sem utilidade para adaptação. É neste processo que aumenta o valor destes conteúdos forçando elementos psíquicos a ultrapassar o limiar da consciência. Isso ativa um fator inconsciente, pois confronta a consciência com o problema da psique.

O represamento da *libido* indica que certos conteúdos que foram excluídos pela atitude consciente poderiam complementar a atitude consciente. A consciência resiste, mas não tem como não se submeter aos valores regressivos, pois são estes que conduzem a adaptação à alma.

“Saúde e Doença. Como seria então, não se fixar em nenhuma delas. E sim, transcendê-las, superá-las. Lembrando que isto implica em vivenciá-las, senti-las como se apresentam e suportar o sofrimento que esta contradição carrega. Quando pergunto que atitude pode surgir ao vivenciar uma doença, em primeiro lugar falo de realmente viver a doença, agüentar a dor que traz, mas ao mesmo tempo estou falando do surgimento de uma nova atitude. Nossa comportamento atual é de guerra declarada, ir contra a doença que é natural, nada fora do esperado. Acredito que com esta relação com a doença estamos longe de realmente sabermos lidar com ela, pois o que precisamos fazer é estabelecer uma relação com a doença, tão próxima quanto a que estabelecemos com a saúde” (Faria, 2002, pág. 28).

E é exatamente por isso que o processo de *individuação* e ampliação da consciência dependem da entrega ao viver. Percebendo a doença não como uma perturbação, mas sim como uma forma de ver a própria vida e de suas futuras possibilidades de mudança para assim, entrar em harmonia com o fluxo consciente e inconsciente.

CAPÍTULO III

PSICOLOGIA DAS TÉCNICAS PROJETIVAS

Em toda a história da humanidade foram encontrados desenhos como forma de expressão de sentimentos e emoções, como também idéias religiosas, obras artísticas que substituem a linguagem oral.

Assim como nos sonhos, os conflitos empregam a linguagem simbólica. Nos desenhos projetivos os níveis inconscientes da pessoa se expressam por meio de símbolos e estas produções gráficas são formas da linguagem simbólica.

Através dos desenhos projetivos é possível identificar traços da personalidade de uma pessoa. A atuação de cada pessoa no mundo revela uma faceta de sua personalidade. Não precisamos falar de comportamentos ou atitudes muito complexas, pois até mesmo no jeito de arrumar os cabelos a pessoa revela um pouco de si.

Os desenhos são fonte de análise de projeção, pois se configuram em atividades psicomotoras que ficam gravadas em uma folha de papel.

“De fato, podemos afirmar com segurança que cada ato, expressão ou resposta de um indivíduo – seus gestos, percepções, sentimentos, seleções, verbalizações ou atos motores – de alguma maneira apresentam a marca de sua personalidade” (Hammer, 1991, pág. 1).

A estrutura e o conteúdo dos desenhos são importantes na análise dos desenhos, pois revelam conteúdos inconscientes que, às vezes, não tem outra possibilidade de expressão.

"O tamanho do desenho, a pressão da linha, a qualidade da linha, a posição do desenho na folha, a precisão, o grau e a área de completude e de detalhamento, a simetria, a perspectiva, as proporções, o sombreamento, o reforço e o que foi apagado pelo sujeito, tudo abrange a fase estrutural ou expressiva do desenho. A análise de conteúdo, por outro lado, considera o tônus postural das figuras, a expressão facial, a ênfase sobre vários aspectos individuais como a chaminé, a janela ou a porta da casa, os ramos ou as raízes da árvore, as diversas partes do corpo com suas roupas e acessórios etc" (Hammer, 1991, pág. 42).

Em especial os desenhos de crianças, que começam antes mesmo de saberem escrever, revelam conteúdos que mesmo que elas tenham clareza consciente de alguns sentimentos, não conseguem expressar verbalmente. As crianças são menos defensivas e por isso se mostram mais aptas a se revelarem de forma mais franca e direta.

Hammer (1991) diz sobre as características do desenho quanto ao tamanho, pressão, traços, detalhes, simetria, localização, movimento e síntese defeituosa e outros indícios psicóticos:

Tamanho

O tamanho do desenho diz respeito a auto-estima do indivíduo, sua auto-expansividade ou sua fantasia de inflação. Os desenhos pequenos são de pessoas que tendem ao retraimento e até mesmo expressam sentimento de inferioridade. Já os grandes, que passam dos limites da folha, querem dizer que a fantasia vem como forma de compensação, e também pode demonstrar agressividade ou descarga motora.

Pressão

A pressão do lápis indica o nível de energia da pessoa que está desenhando. Os traços fortes mostram que são sujeitos mais afirmativos em comparação a outras pessoas. Em oposição a isso, os traços leves dizem de um baixo nível de energia ou restrição e repressão. Quando o traçado é quase imperceptível, revela sentimentos de inadequação e/ou deprimidos. As pessoas

que apresentam alguma doença orgânica e as pessoas que estão passando por grande tensão, tendem a ter as linhas pesadas em seus desenhos.

Traços

Os traços longos são reveladores de comportamentos controlados. Já os traços curtos mostram comportamento mais impulsivo. As linhas retas demonstram um humor agressivo e em contrapartida, os traços circulares demonstram feminilidade e uma tendência à dependência e emocionalidade. Já as linhas denteadas estão associadas com hostilidade. Existem também as linhas quebradas, indecisas e linhas que são reforçadas freqüentemente. Estas constituem insegurança e também ansiedade. As linhas finas significam um estado de tensão emocional e as linhas esboçadas refletem ansiedade, timidez, falta de autoconfiança e hesitação de comportamento. Quando a pessoa que está desenhandando apaga com freqüência os traçados do seu desenho, pode indicar comportamento de incerteza e falta de decisão ou insatisfação pessoal.

Detalhes

Pessoas que não fazem detalhes em seus desenhos transmitem sentimentos de vazio e de energia reduzida. No extremo oposto, os desenhos são bombardeados por detalhes, demonstram um comportamento obsessivo-compulsivo. Desenhos controlados e feitos com perfeição mostram a ameaça interna de desorganização, revelando um ego fraco, em que os impulsos são reprimidos. Quando existe um detalhamento excessivo no desenho, este reflete um sentimento de rigidez.

Simetria

A ausência de simetria nos desenhos indica sentimentos de segurança inadequados. Quando existe uma excessiva simetria bilateral, indica um sistema obsessivo-compulsivo de controle emocional.

Localização

Os desenhos no centro da folha indicam um comportamento mais autodirigido, autocentrado e mais emocional. Os desenhos que não estão centralizados apresentam menor controle e maior dependência. Se o desenho tende para o lado direito, indica um comportamento estável e controlado. Quando o desenho tende para o lado esquerdo, indica uma impulsividade e satisfação imediata. No que se refere à parte superior da folha, o desenho reflete a busca de satisfação na fantasia e não na realidade. Já quando o desenho está na parte inferior da folha de papel mostra sua ligação com a realidade e orientação para o concreto. As figuras que são desenhadas presas à margem da folha indicam uma necessidade de apoio.

Movimento

Os movimentos são mais facilmente encontrados nos desenhos de crianças, indicando uma boa qualidade na saúde mental.

Síntese defeituosa e outros indícios psicóticos

Pessoas com transtornos emocionais graves costumam ter como característica predominante em seus desenhos a simetria defeituosa. Além disso é comum encontrar sombreamento e borrado, onde esta atmosfera cinza revela um profundo descontentamento.

CAPÍTULO IV

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

Na disciplina de Psicodiagnóstico da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP atendemos em dupla, sendo uma pessoa o terapeuta e a outra um observador que fica em uma sala ao lado. Existe um espelho entre as duas salas que permite a total visão da sessão. Meu colega de trabalho foi o terapeuta Bruno e eu fui seu espelho.

Para preservar o sigilo da paciente escolhi o nome Laura para a menina de nove anos que estava passando por grande sofrimento psíquico.

A mãe de Laura procurou a Clínica dizendo que sua filha começou a apresentar dificuldade em freqüentar a escola, chorando intensamente momentos antes de sair de casa ou durante o período de aula com vontade de ir embora, vomitava e sentia muito medo em ficar sozinha na escola.

Ela chegou à Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” por encaminhamento de um médico psiquiatra amigo da família que trabalha em um ambulatório da Polícia Civil.

No final do ano de 2006 a família se preparou para mudar do Estado de São Paulo para Santa Catarina devido a motivos relacionados ao emprego do pai de Laura.

Ela não foi re-matriculada na escola porque os pais tinham a intenção de matrículá-la na escola de Santa Catarina quando chegassem lá. Mas a viagem de

mudança não aconteceu e eles re-matriculararam Laura na antiga escola, em uma turma diferente e em outro período.

Os pais tentaram por diversas vezes conversar com a direção da escola para pedir que Laura voltasse para a turma de origem. Foi feita uma promessa à criança que dali a alguns dias ela voltaria para o período matutino e na mesma turma. Esta promessa não se concretizou e os sintomas descritos acima se intensificaram.

Por indicação do amigo psiquiatra, os pais procuraram um outro médico psiquiatra para cuidar da filha, já que entenderam que o relacionamento pessoal poderia não contribuir para o tratamento. A paciente iniciou tratamento psiquiátrico e uma vez por mês passava em consulta. Foi medicada com o anti-depressivo Cloripramina 25mg/dia.

Em relação à escola, não sabemos o que de fato aconteceu. O que é de suma importância é que aconteceu na mente de Laura alguma representação sobre a escola, sendo esta o motivador da angústia. O medo estava latente e se concretizou frente à possibilidade de enfrentar situações potencialmente ameaçadoras transpostas para o ambiente escolar que mexeu com essas inseguranças, que não pôde mais reter ou controlar as inseguranças o que culminou em um terror em ir para a escola e sintomas psicossomáticos como dores de cabeça e vômitos.

Estes sintomas psicossomáticos não cessaram e os pais decidiram trocá-la de escola, pois Laura faltou muitas vezes e durante certo período ela não freqüentou a escola. Os pais tentaram matricular a filha em diversos outros colégios, mas não tiveram sucesso. Uma escola Adventista aceitou Laura e a proposta dos pais para o período de adaptação era deixar que a empregada doméstica permanecesse no espaço da escola enquanto Laura estivesse, já que os pais não podiam se ausentar do trabalho.

Esta empregada trabalhava há muito tempo na casa de Laura, e era a companheira dela enquanto seus pais estavam trabalhando. Laura sentia confiança em estar perto de alguém familiar a ela durante seu período escolar.

Esta conduta fez com que aumentasse a freqüência em sala de aula, mas mesmo assim ela ainda apresentava estes sintomas esporadicamente, faltando às aulas. Quando Laura não conseguia sair de casa para ir à escola, seus pais ficavam com ela até ela se acalmar, que em média durava uma hora.

Os pais decidiram procurar ajuda psicológica por entenderem que apenas tomar medicação psiquiátrica não resolveria a questão, apenas auxiliaria a filha a retomar as atividades.

A paciente é fruto do segundo casamento tanto do pai quanto da mãe. O pai contou que ficou viúvo e pouco tempo depois se casou novamente. Da primeira relação o pai teve três filhos: duas meninas e um menino. Quando sua primeira esposa faleceu, ele trabalhava na Amazônia e foi sua mãe, avó das crianças, que cuidou de seus três filhos.

Ao final do Psicodiagnóstico a filha mais velha, com vinte anos de idade, morava em Santa Catarina com o marido, a do meio de quinze anos estudava em um Colégio Adventista em regime de internato em Hortolândia e vinha à São Paulo a cada quinze dias, e o de doze anos morava com a avó paterna em São Paulo.

A mãe de Laura também era viúva quando se casou pela segunda vez. No primeiro casamento ela sofreu um aborto e pouco tempo depois o marido faleceu. Ela conta que assumiu os filhos do segundo marido como se fossem dela e eles também a assumiram como mãe, com exceção da filha mais velha, que era mais ligada à mãe biológica devido a sua idade quando a mãe faleceu.

De acordo com o relato dos pais, a paciente foi desejada. O pai conta que não achava justo ele já ter três filhos e a esposa não ter nenhum e concordou em ter mais um filho.

A mãe queria muito ter um bebê, e nos primeiros meses de gestação, ela mudou de ginecologista porque segundo ela, o médico achava que era gravidez psicológica.

Ainda segundo a mãe a gravidez foi tranquila e Laura nasceu de parto cesária aos sete meses de gestação. Ela conta que, como a filha nasceu prematura, não deu tempo dela tomar um remédio que fortalece o pulmão do bebê, o que culminou, de acordo com ela, em ataques de bronco-espasmo que levaram a menina a ser internada duas vezes por esse motivo: aos quatro anos ela ficou quatro dias internada e aos seis anos ficou oito dias.

Laura também foi internada duas vezes no ano de 2007 (totalizando dezesseis dias) por outros motivos. Estes foram: pneumonia virótica e crises de vômito e febre alta. Essas internações ocorreram depois que os sintomas que os levaram a procurar ajuda na clínica começaram a acontecer.

Aos seis anos Laura começou a ter um medo abrupto do escuro e só conseguia dormir se houvesse alguma luz acesa no quarto. Nesta época uma das filhas do pai morava com a família, mas por escolha própria escolheu morar numa escola em regime de internato.

A mãe contou que quando a irmã da paciente foi morar no interior de São Paulo, a paciente começou a apresentar *terror noturno*, em que ela ainda dormindo chamava pela mãe desesperadamente. A saída da irmã representou para ela uma perda muito grande e despertou um medo de ser abandonada pelos pais também.

A mãe falou que durante o dia ela não demonstrava o sofrimento que estava passando. Podemos pensar, porém, que quando estava dormindo, ela não tinha como exercer um controle maior sobre a situação, o que veio a se expressar em um *terror noturno* durante esse período.

Aos nove anos a paciente além de desenvolver um medo intenso de ir a escola, começou a ter outros medos associados a isso, por exemplo, medo que a rua na qual ela passava para ir para a escola inundasse.

No ano de 2007, a empregada doméstica que acompanhava Laura na escola, a mesma que trabalhava na casa desde que a paciente nasceu, sofreu um grave acidente e parou de trabalhar para esta família. A perda desta pessoa significou muito para a paciente, pois era a companhia da filha até que seus pais voltassem do trabalho. Uma nova pessoa foi contratada e, segundo os pais elas se davam muito bem.

Laura sentia-se muito sozinha e sentiu a falta de ter uma companhia de forma muito penosa. Ela demonstrava ligando para a mãe diversas vezes ao dia para saber que horas a mãe voltaria para casa.

A mãe contou que Laura sempre foi sociável e nunca teve dificuldades para ir à escola até o ano de 2007. Também sempre se saía muito bem nos conteúdos escolares, tirando notas altas mesmo não freqüentando assiduamente as aulas.

A mãe relatou que a filha tem a audição superior ao resto das pessoas, o que teria contribuído para as dificuldades na escola. Uma vez que outras crianças tinham menor acuidade auditiva, a professora falava muito alto e Laura constantemente chegava da escola e referia dores de cabeça.

Durante as sessões a paciente praticamente não olhou para o Bruno, o terapeuta. As respostas dadas às perguntas dele eram sempre muita sucintas e

objetivas, não dando margem para uma conversa mais aprofundada. Durante a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias, recusou-se a contar uma das histórias.

Nas sessões, a paciente entrava e saia da sala correndo, como também sempre afirmava que estava com sono ou cansada. Olhava no relógio constantemente, o que nos fez pensar que ela já tinha noção de tempo e poderia ficar ansiosa durante a sessão. Sua mãe nos dizia que a filha gostava de ir à clínica e referia melhora no comportamento de Laura.

Nas sessões de hora lúdica a paciente quase não dirigiu olhares para o terapeuta Bruno, indicando desta maneira que embora ela quisesse estar ali para resolver seus problemas como pedia a mãe, era muito difícil estar na clínica, em uma sessão psicológica, pois seu sofrimento era muito grande.

Ela não requisitava o Bruno durante as sessões, apenas respondia as perguntas que lhe eram feitas. A paciente, na última sessão, pegou vários brinquedos da caixa lúdica, mas sem brincar com eles. Isso mostra que a paciente, por saber que aquela seria sua última oportunidade de usá-los, apenas usou-os, sem brincar com eles, demonstrando certa agressividade em seu “brincar”.

“Brincar também pode ser um bom instrumento de diagnóstico, já que vendo a criança brincando pode-se descobrir muita coisa sobre ela, pois a maneira de brincar conta coisas sobre sua forma de vida, seus relacionamentos, suas angústias, seus conteúdos internos. Na brincadeira a criança reproduz sua própria vida” (Machado, 2001, pág. 45).

Podemos perceber, mais uma vez, que a agressividade existe em Laura, mas ela não integra em sua personalidade. De alguma forma esta agressividade é libertada, mas não é canalizada de forma adequada.

“Ao sentir que suas agressões são aceitas pela mãe, mas também são limitadas e dirigidas pela mesma, ele (o filho) aprende a

aceitar, a limitar e a dirigir as próprias agressões; em outras palavras, aprende a subordiná-las ao ego integral” (Neumann, 1999, pág. 62).

Laura era uma menina magra, e em algumas das sessões, apresentava olheiras profundas. Seu brincar apresentava um pouco de agressividade no manuseio dos brinquedos e dos lápis de cor. Desenhava na maior parte do tempo durante as sessões de hora lúdica, sempre com o rosto muito próximo do papel e algumas vezes escondeu o desenho.

Ao longo do processo a paciente foi se soltando cada vez mais e ficou mais à vontade na nossa presença. À medida que foi se estabelecendo uma ligação afetiva maior, a paciente passou a falar mais e manter mais contato visual.

Foi encaminhada para psicoterapia infantil para poder trabalhar suas inseguranças e medos, e saber lidar melhor com seus pais.

O Psicodiagnóstico tem como proposta avaliar a paciente e fazer o encaminhamento, se necessário, à psicoterapia. Devido ao curto período que se tem para fazer esta avaliação, considero este tempo insuficiente para estabelecer um vínculo forte e de confiança entre o terapeuta e a paciente.

Laura, por ser uma menina muito fechada, muito provavelmente levaria um tempo maior para fazer o vínculo entre psicólogo e paciente, e por isso essas questões seriam melhores desenvolvidas no processo psicoterápico.

A história de vida dessa menina é muito chocante. Podemos pensar em muitas hipóteses a partir dos atendimentos feitos. A começar pelo ambiente familiar de Laura, que se mostrava muito instável.

Seus pais trabalhavam fora o dia inteiro. Durante muito tempo a possibilidade de mudar de Estado fez parte do cotidiano da família. Ela passou por perdas muito grandes e sua família não validava seu sofrimento.

Apesar de ter aceitado uma nova empregada e gostar dela, não me pareceu que esta perda foi superada com tanta tranqüilidade, como seus pais acreditam que foi superada. Laura também perdeu a convivência dos amigos de turma da escola e isso a abalou muito. Seus irmãos por parte de pai moravam longe e ela sentia falta deles.

Todos estes acontecimentos que fizeram parte da história de Laura contribuíram para que a paciente se tornasse uma menina muito insegura e com medo de novas perdas.

Laura não conseguiu encontrar espaço no ambiente familiar para poder expressar essa insegurança e sempre tentava mostrar seu lado que considerava positivo.

Assim como a *sombra*, a estrutura psíquica arquetípica *persona* participa “no processo de formação e estruturação do ego e da consciência” (Galan, 2002, pág. 31). A *persona* muitas vezes é descrita como uma máscara que toda pessoa saudável utiliza para se apresentar ao mundo.

“A *persona* corresponde a um ego ideal que se forma através da aprovação, reforço ou rejeição de certas condutas, principalmente pelos pais, e mais tarde pela sociedade à qual o indivíduo pertence” (Galan, 2002, pág.32).

A *persona* que Laura escolhia era a da boa menina, tentando sempre agradar os pais. Ela fazia isso tentando controlar o ambiente à sua volta e suas emoções. Desta forma ela retinha muita coisa para si e não conseguia colocar essas questões para fora.

A *sombra*, outra estrutura arquetípica,

“Geralmente, aparece de forma personificada formando um outro eu, um alter ego reprimido, que pode se tornar muito ameaçador

e perigoso para o equilíbrio psíquico, se seus conteúdos não forem integrados à consciência" (Galan, 2002, pág, 31).

Laura se distancia muito da sua imagem real. Desta forma provoca uma tensão entre as polaridades e assim reprime todo o seu lado que ela considera não aceitável. Galan (2002) explica que é possível através da doença mostrar estes conteúdos reprimidos para que possam ser elaborados e integrados.

"Por exemplo, a identificação com uma atitude eternamente amorosa às custas da repressão das reações hostis e dos sentimentos da pessoa engendra um ressentimento no fundo do inconsciente capaz de bloquear, e até mesmo paralisar, nossa capacidade de afeição pessoal espontânea, deixando-nos, ao contrário, com a artificialidade um tanto sem vida de uma "boa vontade" forçada em relação a todos mas a ninguém em particular. A aceitação e compreensão dos nossos impulsos hostis e agressivos, que parece ser dolorosa e arriscada, pode por sua vez gerar uma capacidade para a afeição espontânea diante da (e apesar da) raiva e hostilidade abertamente expressa, acabando por transformá-las, assim como `a afeição meramente desejada, em tolerância e cordialidade genuínas" (Whitmont, 2002, pág. 261).

É assim que Laura agia, escondendo parte do seu eu. Os sintomas que ela descrevia sentir remetem aos sintomas da síndrome do pânico, que paralisa o corpo independente da vontade da pessoa. Pã é uma divindade grego-latina e segundo o dicionário de símbolos é o:

"Deus dos cultos pastoris, de aparência meio humana, meio animal; barbudo, chifrudo, peludo, vivo, ágil, rápido e dissimulado: ele exprime a astúcia bestial. Busca as ninfas e os jovens, que assalta sem escrúpulos; mas sua fome sexual é insaciável e ele pratica também a masturbação solitária" (Chevalier, 2008, pág. 677).

O pânico paralisa a pessoa. "Pã está ligado à desagregação, e o transtorno do pânico leva o seu portador a sentir-se totalmente "desagregado", "estraçalhado" frente a tanto sofrimento físico, emocional e mental" (Boccalandro, 2003, pág. 27).

Neste mesmo sentido a pesquisa feita por Boccalandro (2003) discute que “Pã tem sido ligado à figura do demônio na Era cristã, e muitos clientes portadores do transtorno têm muita dificuldade de “encarar” o seu lado sombrio, negativo”. É isto que podemos pensar sobre Laura, pois ela só mostra seu ego ideal e não se permite mostrar o seu lado sombrio.

Os desenhos que a paciente fez durante o processo de diagnóstico expressaram bem essa questão.

Abaixo segue algumas das produções de Laura durante o processo de Psicodiagnóstico. Os desenhos foram selecionados para ajudar a dar um panorama geral de seu estado emocional. As figuras de 1 a 5 são do Procedimento Desenhos-Estórias. As figuras 6 e 7 são da hora lúdica com a mãe. As figuras 8, 9 e 10 são de hora lúdica individual.



Figura 1



Figura 2

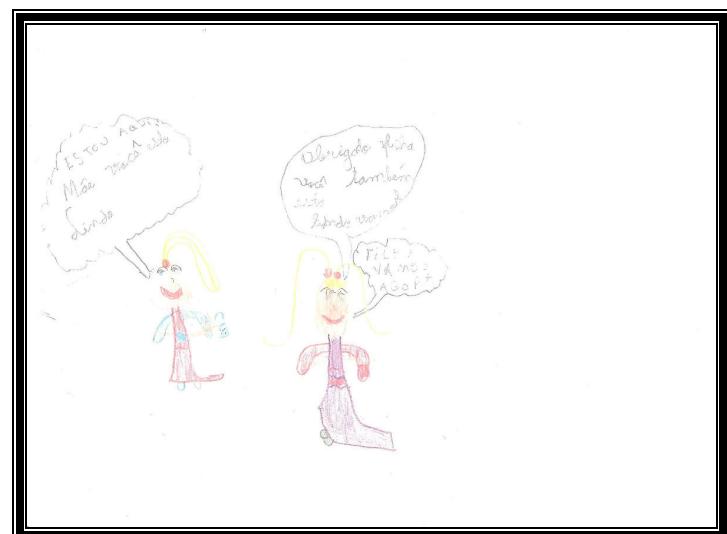


Figura 3

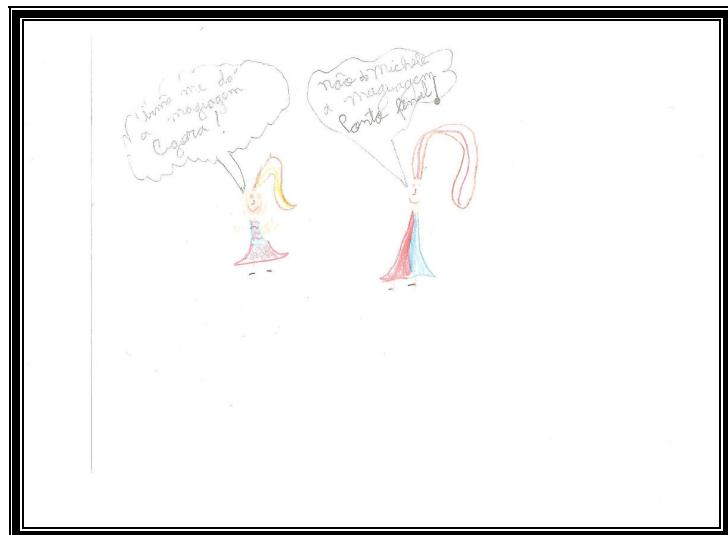


Figura 4

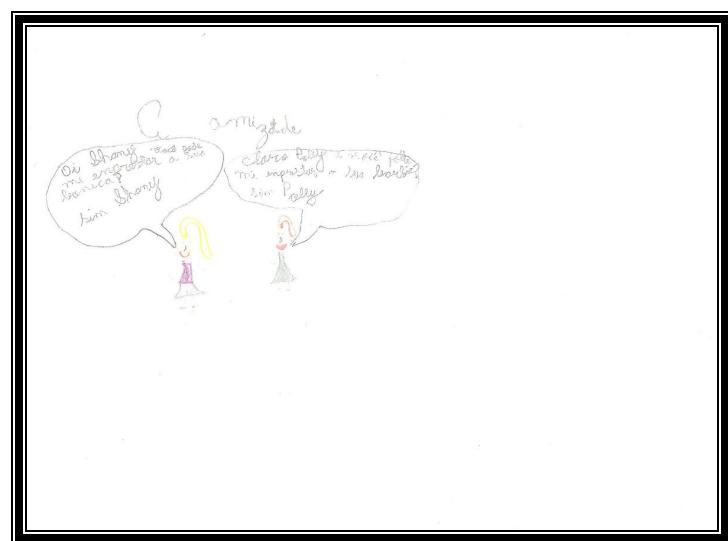


Figura 5

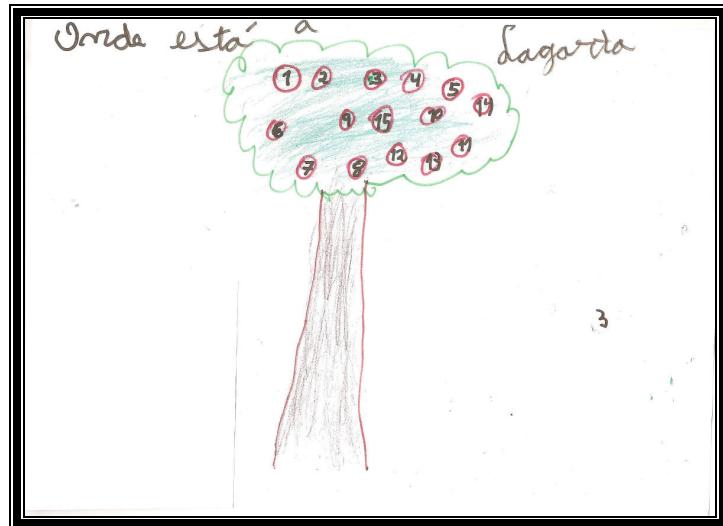


Figura 6

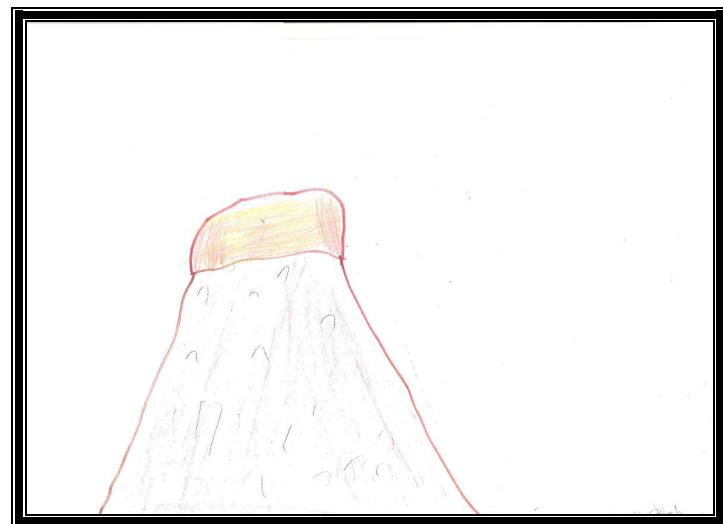


Figura 7



Figura 8

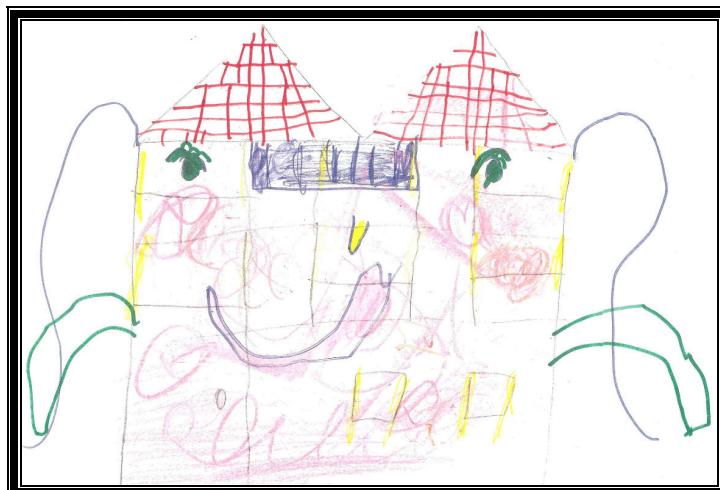


Figura 9



Figura 10

Laura é uma menina que tem sua parte intelectual bem desenvolvida. Ela é uma menina inteligente e tem um bom desempenho escolar. Seus desenhos indicam uma imaturidade emocional, pois são infantis para uma criança de nove anos.

Ela vive uma intensidade psíquica muito marcante. Todos os seus desenhos mostram uma grande confusão interior, como se fossem povoados de assombros, medos, agressividade e fantasia.

Suas produções são muito fragmentadas. Existe uma grande quantidade de traços. Seus desenhos são intensamente povoados, o que indica uma tentativa de controle, como se controlar o meio externo, a auxiliasse a controlar seu mundo interno.

Podemos verificar que as bocas que desenhou expressam a sua voracidade e a sua dependência afetiva. Também podemos pensar que os desenhos revelam um de seus órgãos feridos, pois o sistema digestório de Laura é muito sensível. Ela vomita muito e com grande freqüência, o que pode indicar uma falta de habilidade dela digerir os conteúdos de sua vida consciente e inconsciente também.

As orelhas de seus desenhos também são bem marcadas. A mãe tem um modo de agir intrusivo em relação a filha, o que podem indicar que ela se sente muito sufocada por conselhos, principalmente de sua mãe. Durante uma sessão de hora lúdica com a mãe pude perceber que a mãe estava tentando mostrar que a relação que elas tem é baseada na amizade. A mãe de Laura não parava de fazer perguntas e também ficava pedindo que a filha contasse algumas coisas da sua vida que ela mesma (a mãe) já sabia, mas o propósito era mostrar para o terapeuta esses conhecimentos.

Este sufocamento que a mãe demonstrou parece que é vivido fora da sessão terapêutica também. A sensação de sufocação sugere que o outro órgão ferido de Laura é o sistema respiratório, pois ela teve muitos episódios de bronco-espasmo durante sua vida. É como se a mãe de Laura ficasse tão perto da filha, que a impedisse de respirar.

A relação primal é o modelo de relação que a criança tem e que ela aplica a outras relações futuras. Ao que pareceu nas entrevistas iniciais com a mãe, os lutos vivenciados pela mãe não foram bem elaborados e a mãe demonstrava seu medo de perder essa filha. Este medo é uma fantasia que de uma forma ou de outra era transmitida a Laura. Em relação a esta comunicação, Neumann (1999) diz que “O filho inconscientemente “lê” o inconsciente da mãe na qual vive, da mesma forma que – normalmente – a mãe exerce uma função reguladora ao reagir inconscientemente à conduta inconsciente do filho” (pág.20).

“A relação primal da criança com a mãe é mais do que uma relação primária, pois graças a essa relação, antes mesmo do seu

“verdadeiro” nascimento, que ocorre por volta de um ano de idade, a criança vai sendo moldada pela cultura, uma vez que a mãe vive imersa num coletivo cultural, cujos valores e linguagem, inconscientemente mas de modo efetivo, o desenvolvimento da criança” (Neumann, 1999, pág. 9).

É através do inconsciente que a mãe se comunica com seu filho, decodificando o mundo ao seu redor para a criança, satisfazendo suas necessidades físicas e emocionais.

Assim como a mãe, Laura também passou por perdas reais e muito significativas. Este medo de perder as pessoas que ama pode contribuir para as atitudes de Laura de querer sempre esconder o seu lado agressivo (com medo de provocar novas perdas) e também só de mostrar seu lado bom, positivo, para assim ser bem aceita pela comunidade em que vive.

Os pais contaram que, a pedido da mãe, a porta do quarto do casal sempre ficava aberta e que eles não permitiam que a filha fechasse a porta do quarto dela. Parece que principalmente a mãe sempre está em estado de alerta para qualquer perigo que possa acontecer à filha. Mesmo durante o dia quando Laura brincava em seu quarto, ela é proibida de fechar a porta.

Essas atitudes revelam a insegurança dos pais, principalmente a da mãe, quanto à sobrevivência da filha. “Para a criança, com uma experiência fundada no prazer e desprazer, sua experiência do mundo é a experiência da mãe, cuja realidade emocional determina a existência da criança” (Neumann, 1999, pág. 12). Como isso se dá na primeira relação de Laura, ela tem este modelo de relacionamento. Ao que parece, este modelo não foi substituído por nenhum outro, e é exatamente por isso que a insegurança permeia a vida dela.

“Crianças neuróticas ou adultos que têm o sentimento de que o mundo que os cerca é incerto, imprevisível e/ou perigoso tendem a procurar defender-se contra o caos interno ou externo criando um mundo rigidamente ordenado, altamente estruturado. Os desenhos

destes sujeitos serão muito preciosos. Estas pessoas criam elementos rígidos e repetidos nos seus desenhos. Não há nada de fluente ou relaxado nas suas linhas, nos desenhos e na sua apresentação total. Tudo é composto à base de força – como se sentissem que esta pressão tudo se desmontaria” (Hammer, 1991, pág. 48).

De acordo com Neumann, a segurança na primeira relação ajuda o *ego* da criança a se fortalecer.

“A segurança que adquiriu durante uma relação primal bem-sucedida capacita o ego a integrar-se as crises que surgem no decorrer das fases naturais do desenvolvimento transpessoal, assim como as perturbações pessoais e individuais que põem em perigo o curso natural de seu desenvolvimento – isso ocorre, maiores os menores variações, não importando se os distúrbios emanam da esfera da vida da criança ou da mãe, ou se provêm de eventos impessoais. Em qualquer caso, uma relação primal positiva propicia a maior probabilidade de a criança suplantar esses distúrbios” (Neumann, 1999, pág. 53).

Para a Psicologia Analítica tudo tem uma finalidade. A psique exerce a função de auto-regulação, e é através deste mecanismo que acontece a integração dos opostos. Quando Laura manifesta corporalmente uma doença, significa que está emergindo na consciência um novo *símbolo*, e por isso, o mecanismo compensatório está buscando o equilíbrio. É exatamente por isso que os sintomas clínicos devem ser vistos como um meio através do qual pode-se atingir a totalidade.

No processo de formação e desenvolvimento do *ego*, existe um choque entre a individualidade e a coletividade. O *ego* reprime o que é errado, pois existe uma identificação com o que é aceito pelo coletivo. Estes conteúdos reprimidos não desaparecem, eles existem e são projetos fora da pessoa, como a *sombra*.

Nos desenhos de Laura isso se revela nos traços fortes, com a pressão bem marcada, no formato ponte agudo. A agressividade está sendo reprimida e a

tentativa de controle obsessivo vem com a finalidade de manter uma boa aparência.

Ao que parece, a mãe não aceita a filha como ela é. Esse medo de não ser aceita faz com que Laura guarde seus sentimentos para si. Laura tem o modelo dual como sendo primário, mas ela está tentando sair desta simbiose que acontece com sua mãe e está tentando uma relação triangular. Esta é uma saída saudável, pois depois que ela aprender que ela pode se relacionar com mais pessoas, ela não terá mais o modelo dual como referência. Nos desenhos isto fica evidente. No começo do processo de Psicodiagnóstico, Laura desenhou nas figuras 3, 4 e 5 relações duais. Já no final do processo pode-se observar uma mudança na característica de suas relações, pois nas figuras 8, 9 e 10 são desenhos com três pontas, que indica que sua necessidade em expandir suas relações de duais para relações triádicas se faz necessária.

Para a Psicologia Analítica os *símbolos* são eventos significativos na vida de uma pessoa e transcendem o aspecto visível e concreto. No caso desta paciente o símbolo da casa foi analisado através de um desenho livre que ela fez em uma sessão de hora lúdica.

A casa é o símbolo da estrutura familiar, principalmente do materno. Laura desenhou a casa toda fragmentada. Podemos pensar que sua família está toda separada. Seus irmãos moravam em outras casas e ela morava sozinha com os pais.

O simbolismo do telhado é a área de fantasia da vida. Podemos observar que o telhado de Laura é dividido, o que nos revela que a paciente está tentando se defender da ameaça da perda do controle da vida de fantasia, ela parece temer que os impulsos expressos pela fantasia possam se expandir para o comportamento manifesto ou distorcer a percepção da realidade.

As paredes da casa estão ligadas à força da personalidade do *ego*. Neste caso acredito que Laura tem um falso self, pois ela não se sente à vontade de se mostrar, principalmente à mãe, como ela realmente é.

No processo analítico uma das preocupações é:

“Estabelecer o grau de tensão e conflito entre as posições consciente e inconsciente. Há primeiro o conflito entre o ego e a sombra, isto é, entre aquilo que esperançosamente acreditamos ser e a realidade da nossa personalidade que foi reprimida” (Whitmont, 2002, pág. 260).

Por isso Laura teve a indicação de psicoterapia infantil individual foi encaminhada para Laura, pois havia a necessidade de trabalhar estas questões que foram colocadas anteriormente. O sofrimento de Laura pode vir a transformar e ter um papel criativo em seu desenvolvimento através de uma terapia bem sucedida.

Whitmont (2002) diz que uma das descobertas revolucionárias de Jung foi a idéia de que o inconsciente não contém apenas elementos perturbadores, mas também uma potencialidade de autocura. “A direção da terapia que se segue a abordagem de Jung baseia-se num diálogo contínuo entre o ego consciente e o inconsciente” (Whitmont, 2002, pág. 260).

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta reflexão teórico-clínico tinha como objetivo aprofundar os conhecimentos a respeito da Psicossomática à luz da Psicologia Analítica através de um estudo de caso.

Laura, a criança que participou deste estudo, já vivenciou muitos momentos de sofrimento. A relação que foi construída com sua mãe e com seu pai instalou uma sensação de insegurança, o que mais tarde se repetiu em outros relacionamentos, dificultando a entrega espontânea nas relações.

“Segundo o modelo analítico, em sua gênese o ego encontra-se imerso na totalidade do Self: não há ainda discriminação entre eu e não-eu. O estado pré-egóico é o estado paradisíaco, unitário, não-dividido. O surgimento da consciência vem da ruptura dessa totalidade indiscriminada. Lentamente, certos conteúdos do inconsciente separam-se e formam a consciência... O que era um todo, *uno*, passa a ser muitos. As estruturas psíquicas originais precisam ser constantemente rompidas, cindidas, para que sejam integradas na consciência” (Ramos, 2006, pág.20).

Neumann (1999) fala que desde a gestação até o primeiro ano de vida pós-útero a mãe e o bebê se comunicam através do inconsciente. Primeiro surge o inconsciente, e só depois é que surge a consciência. A personalidade e o *Self* já existem, mas o *ego* ainda não ocupa o centro da consciência. Então é tarefa da mãe decodificar os símbolos para o bebê. É neste momento que o bebê vive num mundo paradisíaco, onde existe um predomínio de bem estar e um mínimo de desconforto.

Ainda segundo este autor, é através da *relação primal* nos primeiros meses de vida que o *ego* se forma, ou pelo menos começa a se desenvolver. Enquanto a criança não se tornou ela mesma, existe uma unidade primária composta pela mãe e pelo filho. Ao longo do desenvolvimento da criança, “o aspecto funcional do Self encarnado na mãe” (Neumann, 1999, pág. 17) desloca-se para o interior da criança. É somente depois disso que a criança começa a se relacionar com outras pessoas. A formação do *ego-integral-positivo*, que é capaz de integrar as qualidades boas e ruins do mundo interno e também do mundo externo é fundamental para o desenvolvimento da criança, pois a unidade da personalidade da criança fica preservada.

Laura teve uma experiência com sua mãe de muito amor. A ligação primária que estabelecida entre elas foi muito forte. Laura foi muito desejada pelos pais e pelas famílias, principalmente por parte da mãe. Apesar disso, Laura é uma criança que demonstra insegurança e dependência emocional. Ela ainda é muito vinculada à mãe. O que pode ter acontecido para que Laura mesmo assim se sinta insegura foi a seqüência de perdas muitos significativas que esta família viveu assim como também a necessidade de parecer que tudo foi superado com tranqüilidade quando na verdade, isso não é efetivo.

Whitmont (2002) fala sobre o relacionamento humano, que se dá através da consciência e também do inconsciente. Embora ninguém da família de Laura não fale sobre a dor da perda e o medo de novas perdas de pessoas que se ama, o medo faz parte e é transmitido pelo inconsciente.

A mãe de Laura não elaborou a perda do seu primeiro bebê e tampouco a de seu primeiro marido. Existe um vazio interno que ela parece ter preenchido com a vindia desta filha.

Jung (2006) diz que as crianças estão muito ligadas à atitude psíquica dos pais e que devido a isso, as perturbações dos filhos devem sua origem à

perturbações psíquicas de seus pais. Neste sentido, Neumann diz que existem mães que apresentam o seu amor para o filho como dádiva e em troca, exige gratidão:

“Mas quando uma mãe se agarra ao filho, o fato de mimá-lo dissimula alguma coisa mais, que dificulta a identificação de um mimar. Em termos mitológicos, esse mimar “falso” é o da mãe-bruxa que atrai a criança para sua casa feita de chocolate (mimar com docinhos), e quando esta entra, torna-se a Mãe Terrível que a “engole”. Mas nesse caso o motivo não é nunca um excesso de amor que não é canalizado em outras direções; trata-se de um desejo de poder que substitui o amor real e se disfarça de mimo. Existem mães cuja genuína capacidade de amar é subdesenvolvida, atrofiada ou envenenada e que, como compensação de sua anti-realização, arremessam-se sobre seus filhos não para lhes dar um excesso de amor, mas para preencher seu próprio vazio através do filho, este não é um mimar real mas um pseudomimar” (Neumann, 1999, pág. 55).

Parece que Laura acaba preenchendo um espaço que está vazio na mãe, e é por isso que a mãe acaba sufocando a filha. Laura, de um jeito ou de outro, acaba permitindo que sua mãe ocupe este lugar de mãe protetora e carinhosa. De fato o amor existe, mas é canalizado de uma forma que prejudica o desenvolvimento saudável de Laura. Esta proteção invade o espaço de Laura e é intrusivo.

Ela acaba expressando no corpo o que não consegue expressar de outra forma. As crises de vômito e bronco espasmo são muito significativas. Laura também teve terror noturno e a esse respeito a Psicologia Analítica diz que “uma das formas infantis já conhecidas para forçar o amor, das quais a preferida consiste em gritos noturnos e em chamados pela mãe” (Jung, 2006, pág.21).

O jeito que Laura encontrou para sinalizar que não estava tudo bem foi através do corpo. Ramos (2006) diz que os paciente orgânicos codificam seu conflito através do sistema somático, e o símbolo é quem informa os acontecimentos orgânicos.

“Sincronicidade refere-se à existência de dois ou mais fenômenos que ocorrem ao mesmo tempo, sem relação de causa e efeito entre si, mas com relação de significado. ... Na medida em que psique e corpo formam um par de opostos, sua relação não pode ser percebida somente como de causa e efeito” (Ramos, 2006, pág. 72).

Esta mesma autora ainda diz que a psique e o corpo adoecem simultaneamente. A manifestação de uma neurose ou do inconsciente tem como finalidade compensar uma atitude unilateral da consciência, para que o *ego* consiga fazer a integração deste conteúdo reprimido. E a somatização representa um excesso de energia que está canalizado unilateralmente. A compensação e integração do *símbolo* ajuda na melhora do paciente.

Laura, como qualquer outra criança, precisa da aprovação dos pais para se sentir aceita e amada. Com isso ela tenta mostrar apenas o seu lado “bonzinho”, reprimindo todo o resto. Nos desenhos de Laura pode-se observar a agressividade na pressão dos traçados, na quantidade de desenhos na mesma folha de papel, o excesso na fragmentação dos desenhos.

Como Jacoby (2007) diz: “Ousar confiar nos relacionamentos humanos é viver; fechar-se em si mesmo significa vazio interno e morte” (pág. 69). Laura está tentando viver. É um desafio sair da *relação primal*, posição muito bem conhecida e confortável, mas que está sendo insuficiente para Laura.

“Assim, a individuação se nutre da experiência da realidade mais arcaica para se orientar rumo a uma humanização que se constitui como abertura ao outro – e ao mundo tal como ele realmente é -, à medida que ela é exercida no trabalho analítico e continuamente na abertura à vida simbólica pela qual podemos reconhecer as presenças que nos animam e nos atraem” (Gaillard, 2003, pág. 131).

O inconsciente de Laura está apontando para uma nova solução e eu desejo e acredito que Laura será muito feliz em suas novas conquistas!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. (1951). **Medicina Psicossomática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BOCCALANDRO, M. P. R. C. (2002). **Sob o domínio de Pã(nico): um estudo do transtorno do pânico através da psicossíntese**. São Paulo: Votor, 2003.
- BYINGTON, C. A. (1988). **Dimensões simbólicas da personalidade**. São Paulo: Ática, 1988.
- CHEVALIER, J.; GHEERBANT, A. (1982). **Dicionário de Símbolos**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2008.
- FARIA, D. F. **Se esta doença falasse o que ela lhe diria?!**. São Paulo, 2002. Monografia COGEAE – PUC - SP.
- FERNANDES, K. C. dos S. **Anorexia nervosa – uma visão junguiana do adoecer**. São Paulo, 2007. Monografia COGEAE – PUS-SP.
- GAILLARD, C. (1996). **Jung e a vida simbólica**. São Paulo: Loyola, 2003.
- GALAN, H. D. da S. **Um estudo psicológico sobre o infarto do miocárdio em mulheres**. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.
- JACOBY, M. (2006). **Saudades do paraíso: perspectivas psicológicas de um arquétipo**. São Paulo: Paulus, 2007.

- JUNG, C. G. et al. [s.d] **O homem e seus símbolos.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.
- JUNG, C. G. [s.d.] O desenvolvimento da personalidade. In: **Obras completas de C. G. Jung**, volume XVII. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
- JUNG, C. G. [s.d.] A energia psíquica. In: **Obras completas de C. G. Jung**, volume VIII/1. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- JUNG, C. G. [s.d.] Sincronicidade. In: **Obras completas de C. G. Jung**, volume VIII/3. 14. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- HAMMER, E. F. (1991) **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- HILLMAN, J. (1999b). **O livro do Puer.** São Paulo: Paulus, 1999.
- LEPERA, E. S. (2004). **Sincronicidade: o tempo de Kairós na psicoterapia: contribuições da abordagem sistêmico-simbólica.** São Paulo: Vetor, 2004.
- LOUREIRO, L. da S. **O quê a síndrome dos ovários policísticos tem a nos dizer? – Uma visão da psicologia analítica.** São Paulo, 2003. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.
- LOUREIRO, L. da S. **Geniosas e determinadas: mapeando o estilo de vida de portadoras de Síndrome dos Ovários Policísticos sob o olhar da Psicologia Analítica – Um estudo de caso.** São Paulo, 2007.

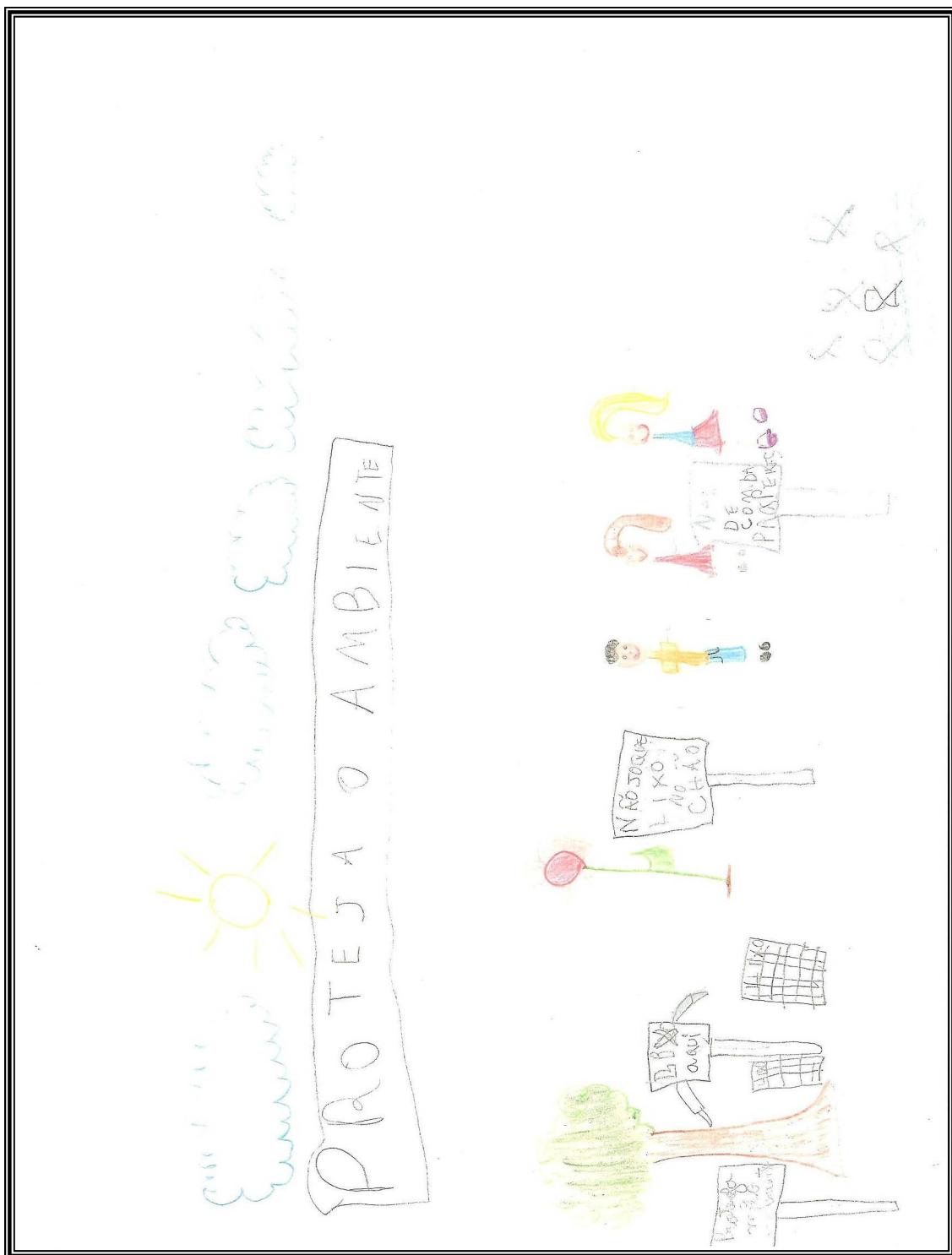
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.

- MACHADO, E. A. **A importância do brincar no desenvolvimento – o que a Psicologia Analítica tem a dizer.** São Paulo, 2001. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP.
- MARTY, P. (1993). **A psicosomática do adulto.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- NEUMANN, E. (1999) **A criança: estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação.** São Paulo: Cultrix, 1999.
- RAMOS, D. G. (1994). **A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença.** 3. ed. ver. e ampl. São Paulo: Summus, 2006.
- STEIN, M. (1998). **Jung: o mapa da alma.** São Paulo: Cultrix, 2006.
- VOLICH, R. M. (2000). **Psicosomática: de Hipócrates à psicanálise.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- WHITMONT, E. C. (2002). **A busca do símbolo conceitos básicos de Psicologia Analítica.** São Paulo: Cultrix, 2002.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

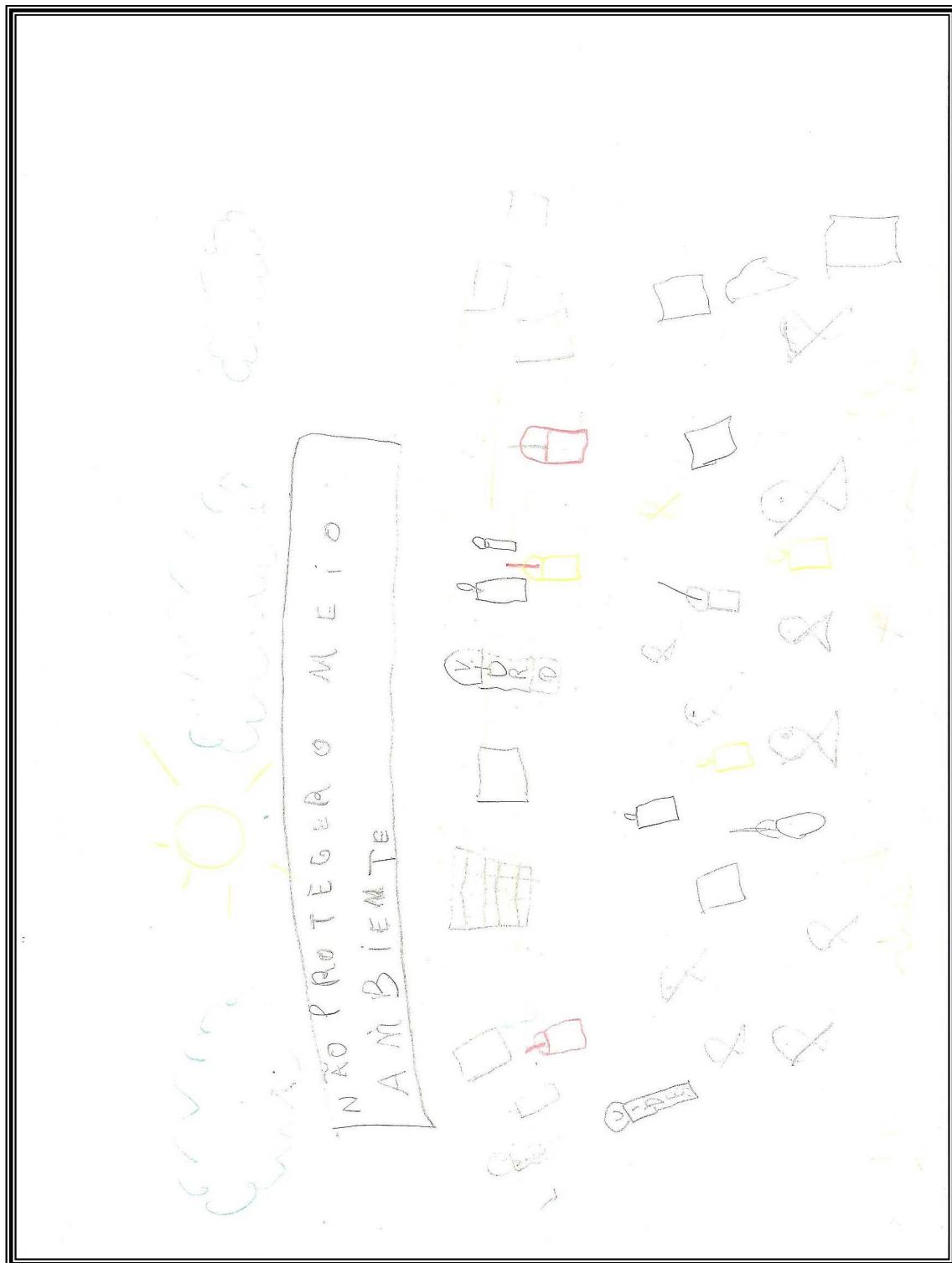
ANEXOS



Anexo 1

Figura 1

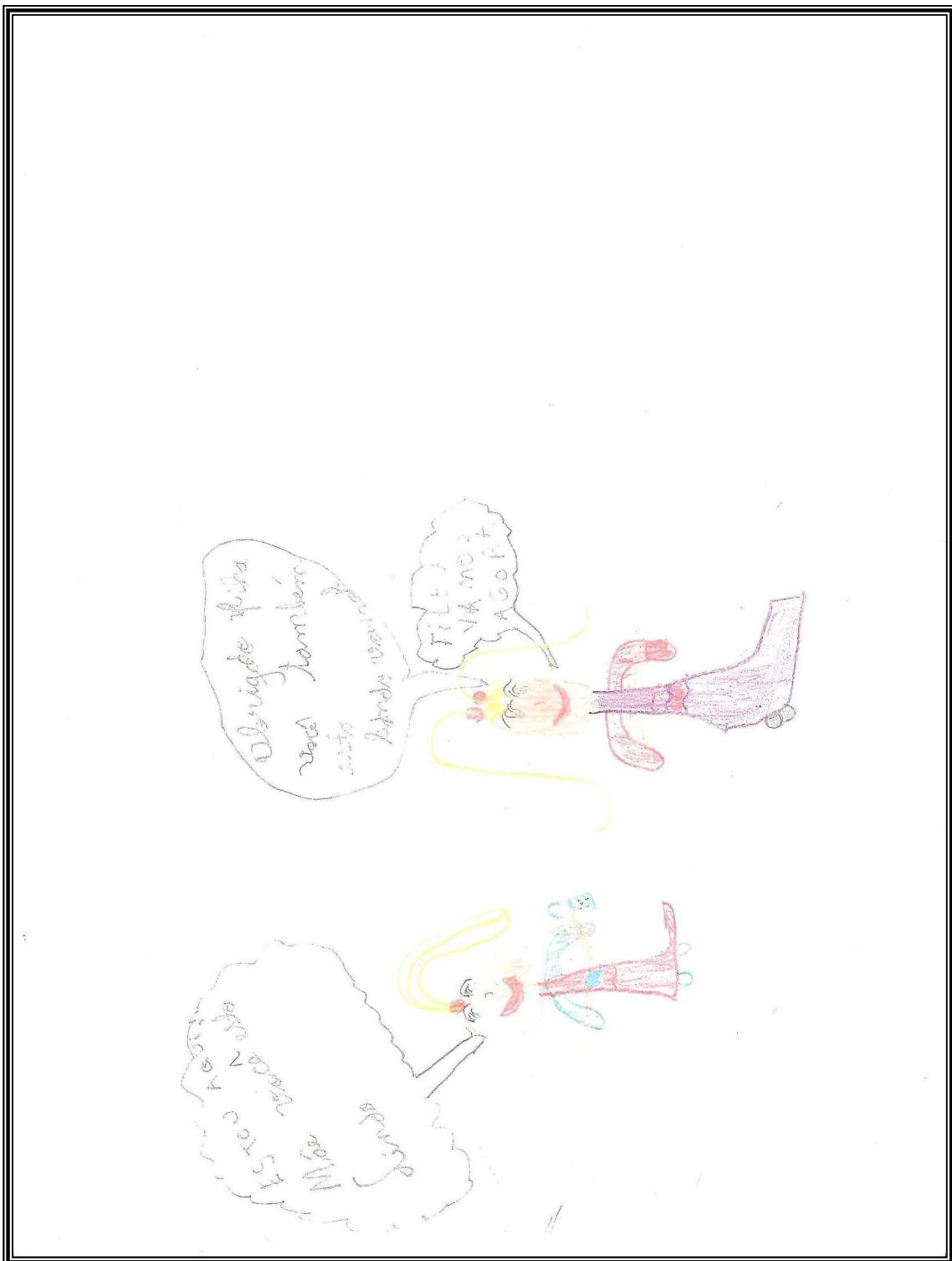
1º Desenho-Estória



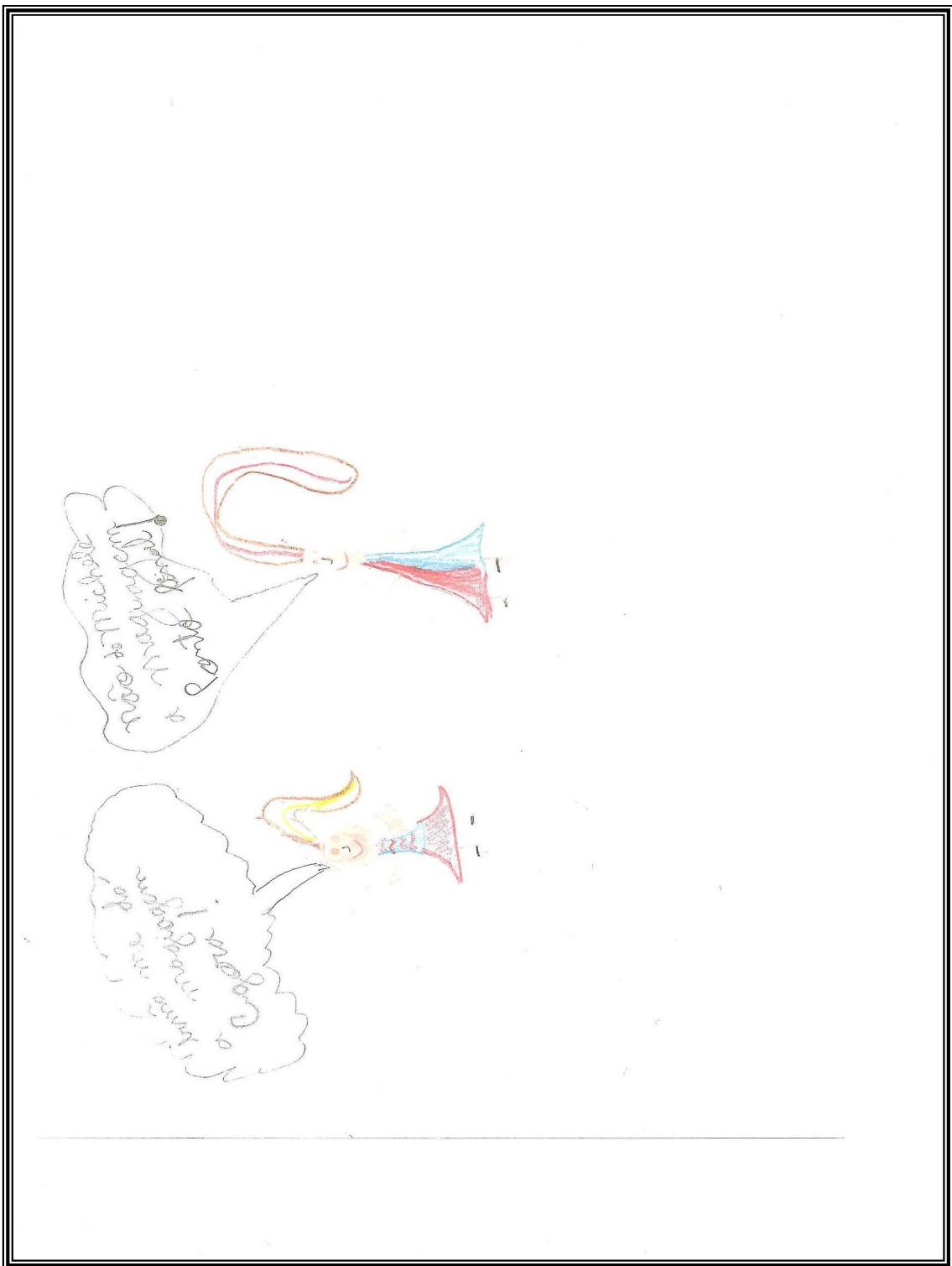
Anexo 2

Figura 2

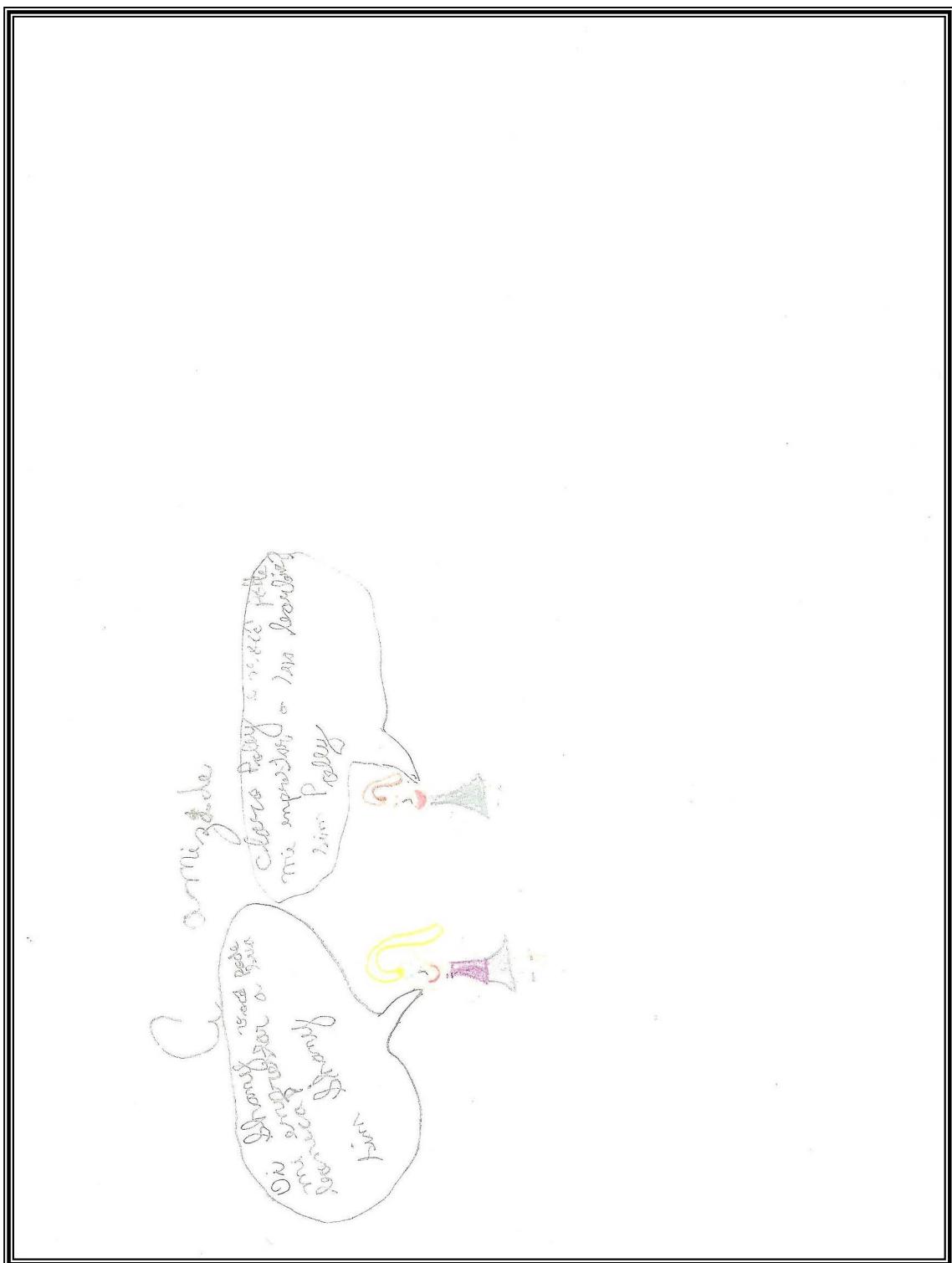
2º Desenho-Estória



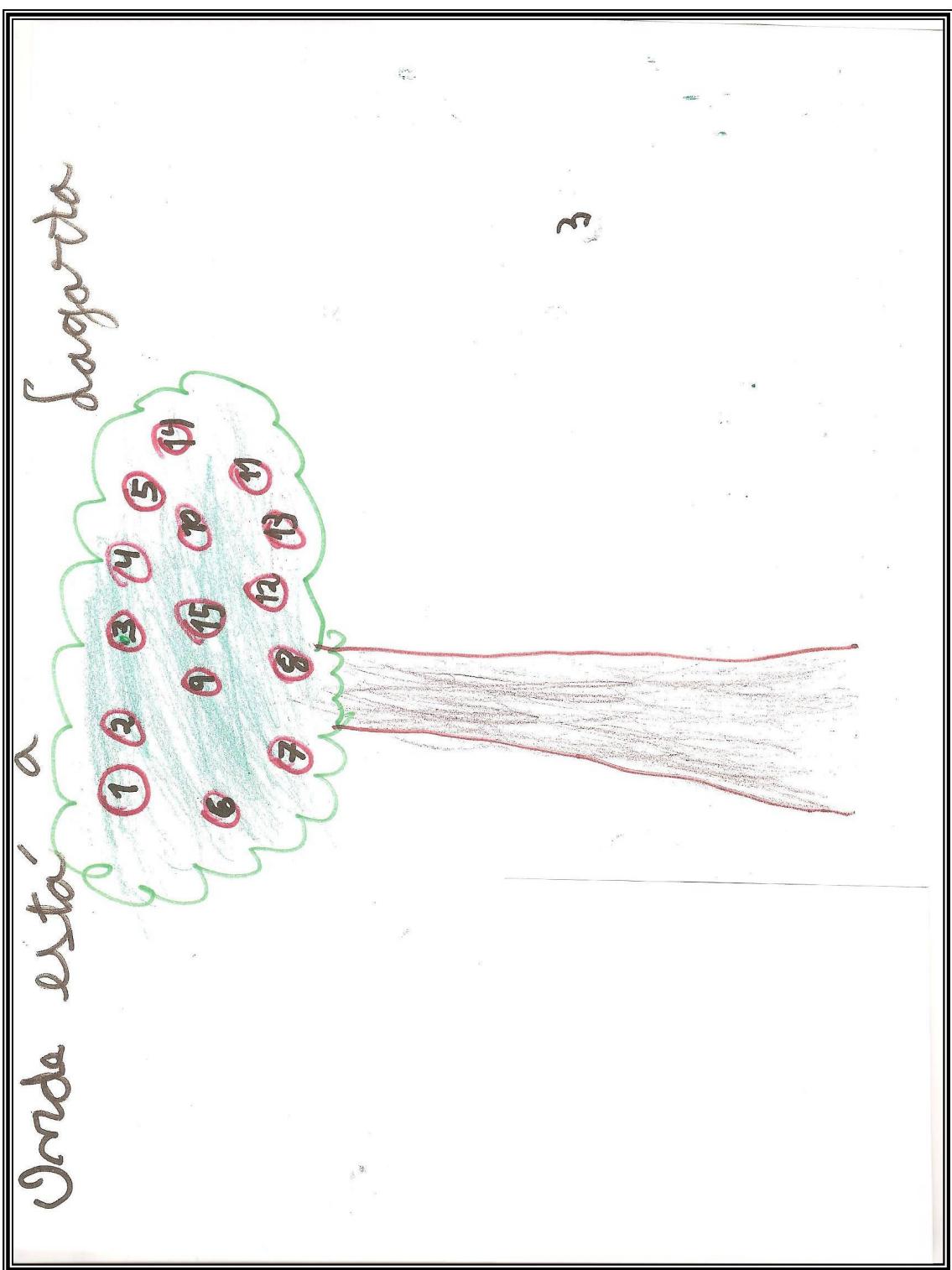
Anexo 3
Figura 3
3º Desenho-Estória



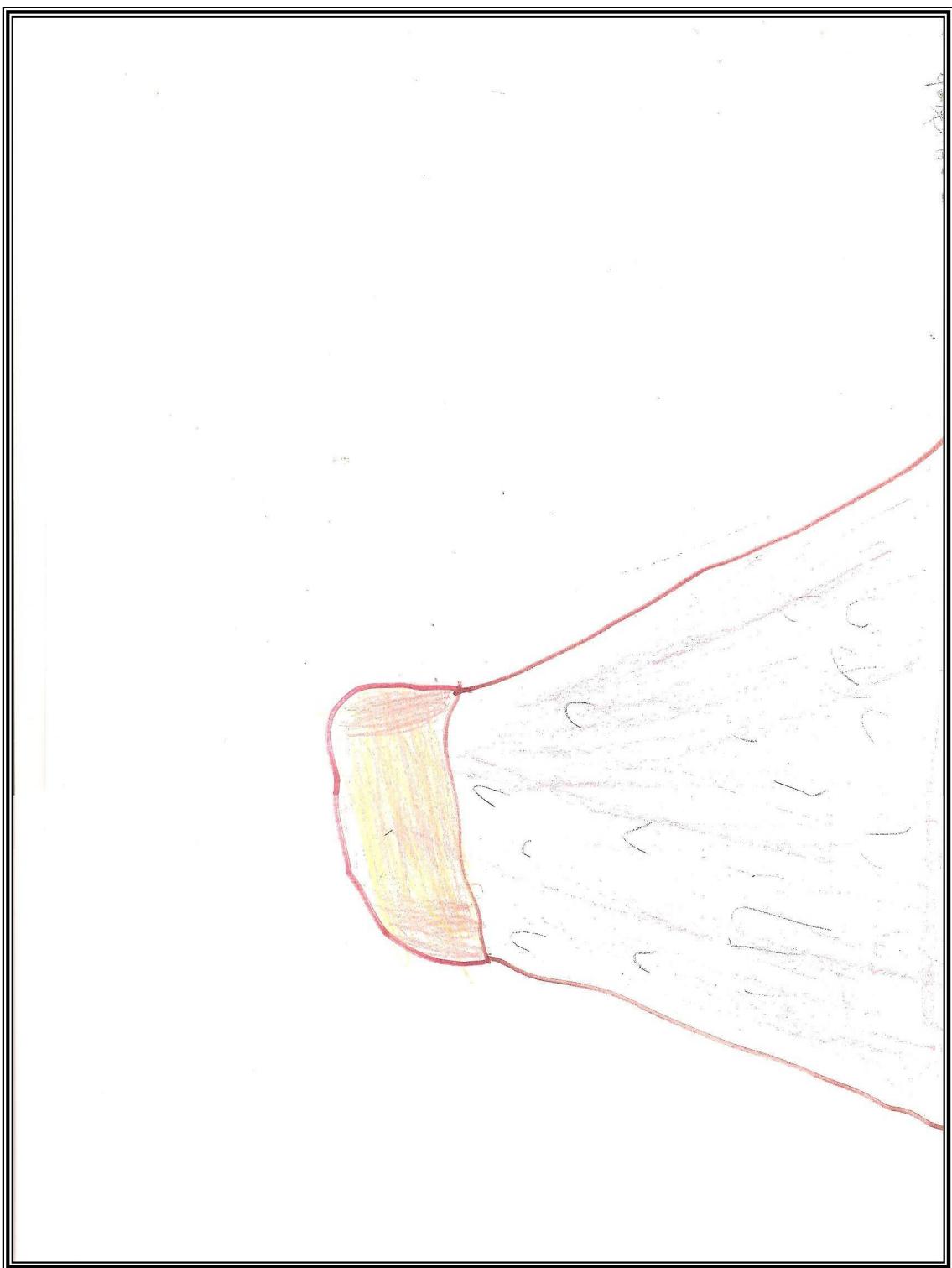
Anexo 4
Figura 4
4º Desenho-Estória



Anexo 5
Figura 5
5º Desenho-Estória



Anexo 6
Figura 6
Desenho em sessão de hora lúdica com a mãe



Anexo 7
Figura 7
Desenho em sessão de hora lúdica com a mãe



Anexo 8

Figura 8

Desenho em sessão de hora lúdica individual



Anexo 9
Figura 9
Desenho em sessão de hora lúdica individual



Anexo 10
Figura 10
Desenho em sessão de hora lúdica individual