

## A esquizofrenia e a demência no Teste de Apercepção Temática: Uma análise da angústia e da relação de objeto

Schizophrenia and dementia in the Thematic Apperception Test:  
An angst and object relation analysis

Joana Henriques-Calado, Maria Eugénia Duarte-Silva

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade 1649-013 Lisboa, Portugal.  
joana.calado@netcabo.pt, meds@fp.ul.pt

---

**Resumo.** Este estudo recupera empiricamente, por meio das *lentes* da psicologia psicanalítica, a discussão clássica entre a esquizofrenia e a antiga definição *dementia praecox*. O objeto de exploração é o da análise da possível associação entre uma estrutura de personalidade específica e os diagnósticos de esquizofrenia e demência, em termos da caracterização da angústia e da relação objetal. Amostra do estudo constituída por 58 participantes do sexo feminino, tendo 30 o diagnóstico de esquizofrenia ( $M = 68.83$  anos de idade,  $DP = 8.13$ ) e 28, o diagnóstico de demência ( $M = 83.36$  anos de idade,  $DP = 7.51$ ). Os instrumentos de avaliação psicológica utilizados são a prova projetiva TAT (Murray, 1973; Shentoub, 1999) e o Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship (Summers, 1978). A angústia de fragmentação e a relação de objeto fusional apresentam-se relacionadas com a esquizofrenia e, por seu turno, a angústia de abandono e a relação de objeto anaclítica, com a demência. Estruturas psíquicas de personalidade específicas parecem estar associadas com os diferentes diagnósticos. Num *continuum*, a estrutura psicótica surge associada à esquizofrenia, e a estrutura *borderline*, à demência. Discutem-se aspectos suscitados pelo estudo e propõem-se sugestões para futuras investigações.

**Palavras-chave:** demência, esquizofrenia, psicologia psicanalítica.

**Abstract.** Within the scope of Psychoanalytic Psychology, this study empirically draws on aspects of the classical discussion between the schizophrenia and the former denomination, *dementia praecox*. The aim of this research study is to explore a possible association between a specific psychic personality structure and the diagnoses of schizophrenia and dementia, in terms of angst and object relation patterns. The sample consisted of 58 female participants, 30 participants diagnosed with schizophrenia ( $M = 68.83$  years of age,  $SD = 8.13$ ) and 28 participants diagnosed with dementia ( $M = 83.36$  years of age,  $SD = 7.51$ ). The instruments used for psychological assessment were the projective test TAT (Murray, 1973; Shentoub, 1999) and the Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship (Summers, 1978). The fragmentation angst and the fusional object relation are associated with schizophrenia and, in turn, the abandonment angst and the anaclitic object relation with dementia. It was assumed that specific psychic personality structures were associated with the different diagnoses. In a *continuum*, the psychotic structure is connected with schizophrenia and, the borderline structure with dementia. The discussion highlights significant issues of this study. Some suggestions for further research have been proposed.

**Key words:** dementia, schizophrenia, psychoanalytic psychology.

---

## Introdução

Muitos reconhecem a complexa interligação entre os déficits cognitivos e emocionais, entre perturbações orgânicas e afetivas, entre o funcionamento do cérebro e o da mente. A questão não é somente a de o cérebro afetar a mente, mas, igualmente, a de a mente afetar o cérebro (Waddell, 2007). No entanto, existe uma tradição clássica em pensar que as perturbações neurológicas são “orgânicas” e que as perturbações psiquiátricas são “funcionais”, tal dicotomia causando inúmeros debates ao longo do tempo (Steen, 2007). Para Damásio (2000), a distinção entre doenças do cérebro e da mente, isto é, entre perturbações neurológicas e psicológicas, reflete apenas uma ignorância das relações entre cérebro e mente, sendo que estas são indissociáveis.

Emil Kraepelin conceitualizou, inicialmente, a esquizofrenia como *dementia praecox*, dando início a um debate controverso na psiquiatria (Barak *et al.*, 1997). Parece existir um modelo neuronal de modulação cortical da acetilcolina de base que é comum à esquizofrenia e à demência, no entanto, deverão ocorrer desvios subsequentes a subjazer o desenvolvimento de ambas as patologias, revelando-se algumas evidências de uma genética com comunalidades (Barak *et al.*, 1997). Os marcadores patológicos e bioquímicos da demência não são, conclusivamente, demonstrados nos esquizofrênicos gerontes e um acúmulo de evidências sugere que a demência não é um resultado possível da esquizofrenia (Harvey, 2004).

Depara-se, atualmente, com uma questão que tem originado muitas investigações e que continua a gerar bastante interesse: o fato de a distinção “cortical” e “subcortical” da demência ser igualmente aplicável à esquizofrenia (Turetsky *et al.*, 2002). Vale referir, ainda, a existência de pacientes esquizofrênicos sem qualquer tipo de lesão neuropsicológica (Palmer *et al.*, 1997). Parece que os mecanismos que subjazem ao funcionamento neurocognitivo deverão ser distintos daqueles envolvidos na produção da sintomatologia psiquiátrica (psicopatológica), permanecendo, atualmente, essa questão científica em aberto (Palmer *et al.*, 1997; Steen, 2007).

Devem-se salientar estudos que relatam que é possível ter um envelhecimento saudável mesmo quando existe patologia cerebral, existindo evidências *post-mortem* de patologia neurodegenerativa em pessoas que viveram cognitivamente e mentalmente intactas, resistindo ao efeito

da doença mediante mecanismos que permanecem desconhecidos (Steen, 2007). Existem ainda indivíduos que mimetizam a demência de *Alzheimer* e não apresentam patologia neurodegenerativa no *post-mortem* (Evans, 2008).

Abraham e Walter (2008) questionam se é possível imaginar uma psicopatologia da demência, defendendo que, em geral, um indivíduo perpetua o funcionamento pré-mórbido. Segundo Myslinski (1994), a continuidade da problemática de um indivíduo, por meio de uma apresentação sintomatológica particular, pode ser legitimamente proposta; sendo que entre a senescência e a senilidade vislumbre-se a permanência dos organizadores da vida mental adulta pela apresentação da demência.

A fim de sistematizar essa questão em outras palavras, parece não existir exclusão recíproca entre a psicogênese e a organogênese da demência, o que torna a aproximação psicodinâmica indispensável, considerando-se esta uma síndrome clínica sem prejuízo da sua organicidade e os fatores da organização da personalidade fundamentais (Abraham e Walter, 2008; Myslinski, 1994; Vignat *et al.*, 1987). A demência parece estar relacionada a uma angústia e a uma relação de objeto da ordem do anaclitismo e do medo pelo abandono/pela perda do objeto (Abraham e Walter, 2008; Clement *et al.*, 2003; Myslinski, 1998), e essas são características patognomônicas da patologia *borderline* (Coimbra de Matos, 2002).

Vale destacar, a propósito da indistinção e discussão clássica sobre a esquizofrenia e demência (Barak *et al.*, 1997), a ocorrência de o próprio termo *borderline* ter sido pensado, inicialmente, como uma forma atenuada de esquizofrenia ou como hebefrenia (psicose) (Bergeret, 2004).

A angústia do psicótico é a angústia de fragmentação – do retraimento e da morte, do desapego, da estranheza, do persecutório. É igualmente a angústia da aniquilação, da despersonalização e da desrealização (Bergeret, 2004; Bleger, 1974; Freeman, 1985; Grotstein, 1989; Salonen, 2002; Spear e Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001). A angústia é invasiva, difunde-se pelo Eu, atingindo a totalidade do funcionamento psíquico (Coimbra de Matos, 2002).

A angústia do *borderline* é a angústia da perda do objeto (da incompletude narcísica) – da depressão anaclítica, do desespero e do desamparo, medo do abandono; permanece investida na relação de dependência com o Outro; alternância entre a independência e a dependência,

aquém separação-indivuação (Bergeret, 2004; Brown, 1990; Coimbra de Matos, 2002; Horner, 1976; Masterson e Rinsley, 1975; Spear e Sugarman, 1984; Tuttmann, 1990; Westen, 1990).

A relação psicótica de objeto permanece fusional ao objeto, é parcial (Eu não coeso/objeto parcial), de tipo narcísico integral; conduz ao autismo, ao desinvestimento dos objetos da realidade e a uma neoconstrução objetal. Registro unipolar e fusional, em que existe uma indiferenciação somatopsíquica, uma não delimitação entre o Eu e o objeto. Caracteriza-se pela não superação do registo pré-objetal, mecanismos de *absorção* e de *difusão*, indistinção entre o *dentro* e o *fora* (Bergeret, 2004; Bleger, 1974; Coimbra de Matos, 2002; Freeman, 1985; Grotstein, 1989; Salonen, 2002; Spear e Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001).

A relação de objeto do *borderline* permanece uma relação a dois, mas diferente da díade primitiva própria da psicose; relação de objeto clivada/anaclítica (Eu/objeto clivado). No anaclitismo existe separabilidade entre o Eu e o objeto, ainda que os limites sejam perfurados ou permeáveis (Bergeret, 2004; Brown, 1990; Coimbra de Matos, 2002; Horner, 1976; Masterson e Rinsley, 1975; Spear e Sugarman, 1984; Tuttmann, 1990; Westen, 1990).

No constructo psicodinâmico, as relações objetais são consideradas como estruturando a organização das experiências passadas e do futuro (Priel *et al.*, 2000). Existe um *continuum* entre a função representativa dos objetos internos e as representações: um *continuum* na diacronia do desenvolvimento infantil e um *continuum* nos processos inconscientes do pensamento do adulto (Imbasciati, 1998).

Provavelmente, existirá um *background* genético comum e inicial a ambas as perturbações – esquizofrenia e demência – (Barak *et al.*, 1997), hipotetizando-se que diferentes estruturas psíquicas de personalidade – fruto de um desenvolvimento precoce diferenciado (em interação com os fatores genéticos) – se associam ao desenvolvimento da esquizofrenia e da demência. É objetivo deste trabalho realizar uma análise exploratória da estrutura de personalidade dessas duas perturbações, no que toca à natureza da angústia e da relação de objeto subjacentes.

## Método

### Participantes

A amostra é constituída por 58 participantes do sexo feminino, residentes em hospital psiquiátrico, sendo que 30 participantes têm

o diagnóstico de esquizofrenia (51.7%) e 28, o diagnóstico de demência (48.3%). Relativamente ao último grupo, refere-se a prevalência do diagnóstico de demência vascular (75%), demência de *Alzheimer* (21.5%) e demência dos Corpos de *Lewy* (3.5%), ressaltando-se que para efeitos de análise foram agrupados no diagnóstico geral de demência. Participantes com o diagnóstico de esquizofrenia apresentam idades compreendidas entre os 60 e os 94 anos ( $M = 68.83$  anos,  $DP = 8.13$ ), e os participantes com o diagnóstico de demência, idades entre os 60 e os 98 anos ( $M = 83.36$  anos,  $DP = 7.51$ ).

### Instrumentos

Mini Mental State (MMSE) (Guerreiro *et al.*, 1994). Foi aplicada a prova de rastreio de competências cognitivas (avalia competências como a orientação, a retenção, a atenção/o cálculo, a evocação/linguagem). Era condição necessária para serem integrados nesta investigação que os participantes tivessem, ao nível do MMSE, uma pontuação global que indicasse ausência de déficit cognitivo ou déficit cognitivo ligeiro.

Thematic Apperception Test (TAT) (Murray, 1973). Foram selecionados oito cartões sensíveis sobretudo às angústias pré-edi-pianas, de índole mais primitiva, a reação à separação e à perda e relacionados à capacidade de elaboração da posição depressiva. Os cartões escolhidos foram designadamente o 3BM, 5, 7GF, 9GF, 11, 12BG, 13B e o 19. O tratamento do TAT segue a análise dos processos feita de acordo com Shentoub (1999), descodificação dos processos psicológicos contidos em cada etapa das respostas e sua avaliação, tendo em conta os conteúdos manifestos e latentes e as problemáticas a subjazer cada cartão estímulo. A folha de análise incide ao nível de processos rígidos/controle, labilidade, evitamento do conflito – processos de inibição de tipo fóbico, narcisismo, maníaco, condutas agidas e processos factuais – e emergência em processos primários (Shentoub, 1999). Vale salientar que, no fim da avaliação de cada prova projetiva TAT, é registada a frequência total correspondente a cada processo observado, no conjunto global de todos os cartões estímulo analisados.

Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship (Summers, 1978). Do ponto de vista exploratório, esse instrumento é utilizado para avaliar o grau de simbiose das

relações de objeto, subjacente às narrativas do TAT. Enfatiza-se que a codificação é baseada na percepção das partes envolvidas na relação e não na interação comportamental por si (Summers, 1978). É utilizado o sistema de codificação específico para as provas projetivas, sendo que a codificação é dicotômica (presente ou ausente), registrando-se a frequência total correspondente a cada grau de simbiose observado no conjunto global. Os graus/níveis de simbiose avaliados são os seguintes (Summers, 1978): (i) indiferenciação; (ii) intrusão comportamental; (iii) intrusão não comportamental; (iv) dificuldade de separação para o Eu; (v) dificuldade de separação para o Outro; (vi) desaprovação da relação de Outros; (vii) dependência; (viii) ordens/injunções; e (ix) cumprimento de ordens.

### Procedimento

Amostra foi recrutada em instituições psiquiátricas para o gênero feminino, com os diagnósticos psiquiátricos/neurológicos da condição de esquizofrenia ou demência. Foi estabelecido, *a priori*, que a faixa etária a ser avaliada seria dos 60 anos em diante, visto ser nesse período que a demência é majoritariamente diagnosticada. Apenas são tidas em análise as demências de etiologia não exógena e que não sejam secundárias a múltiplas etiologias. Foi condição necessária que os sujeitos tivessem ao nível do MMSE (Guerreiro *et al.*, 1994), uma pontuação global que indicasse ausência/déficit cognitivo ligeiro – constatando-se, no grupo esquizofrenia, uma pontuação global de  $M = 22.07$  pontos e  $DP = 6.22$  e, no grupo demência, uma pontuação global de  $M = 22.14$  pontos e  $DP = 6.63$ . A aplicação das provas psicológicas decorreu sempre em situações face-a-face.

*Análise dos dados.* Tem-se em conta o registo da frequência total correspondente a cada processo ou grau de simbiose observado, no conjunto global de todos os cartões estímulo analisados. Em termos de análise estatística, após verificação da não normalidade da distribuição e da não homogeneidade das variâncias, recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* para a comparação dos resultados obtidos pelos dois grupos, nas diferentes variáveis dependentes. Para a análise estatística dos dados, recorreu-se ao *software SPSS Statistics* (v. 15, SPSS Inc. Chicago, IL). Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos com  $p < .05$ .

### Resultados

Constatam-se, a partir da Tabela 1, diferenças entre o grupo esquizofrenia (GE) e o grupo demência (GD), relativamente ao uso de alguns dos processos da Série A (Controle) em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre os processos  $A_1$  (história construída próxima do tema banal) e  $A_{15}$  (isolamento dos elementos ou das personagens) e o GE e igualmente uma associação entre os processos  $A_1$  (descrição com fixação nos detalhes),  $A_2$  (justificação das interpretações a partir desses detalhes),  $A_3$  (precauções verbais) e  $A_8$  (ruminação) e o GD.

Constatam-se, a partir da Tabela 2, diferenças entre o GE e o GD, relativamente ao uso de dois dos processos da Série B (Labilidade), em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre o processo  $B_{12}$  (acentuação de uma temática do estilo: correr, fugir, cair etc.) e o GE e, igualmente, uma associação entre o processo  $B_8$  (exclamações/comentários/digressões/referências pessoais) e o GD.

Constatam-se, a partir da Tabela 3, diferenças entre o GE e o GD, relativamente ao uso de alguns dos processos da Série C (evitamento do conflito), em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre os processos de inibição de tipo fóbico  $CP_5$  (necessidade de colocar questões por parte do clínico),  $CP_6$  (evocação de elementos ansiogênicos seguidos ou precedidos de paragens no discurso) e o processo factual  $CF_2$  (acentuação do quotidiano, do factual, do atual, do concreto) e o GE e, igualmente, uma associação entre os processos de narcisismo  $CN_4$  (postura significativa de afetos),  $CN_6$  (insistência sobre a referência aos limites e aos contornos) e os processos maníacos  $CM_1$  (sobreinvestimento da função de apoio do objeto),  $CM_2$  (idealização do objeto) e o GD.

Constatam-se, a partir da Tabela 4, diferenças entre o GE e o GD, relativamente ao uso de alguns dos processos da Série E (emergência do processo primário), em resposta aos cartões estímulo do TAT. Existe uma associação entre os processos  $E_1$  (escotomização/omissão de objetos manifestos),  $E_2$  (percepção de detalhes raros e/ou bizarros),  $E_6$  (percepção de objetos fragmentados, objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformadas),  $E_{11}$  (confusão das identidades/interpenetração de papéis),  $E_{14}$  (percepção do mau objeto/temas de perseguição) e  $E_{19}$  (associações curtas) e o GE.

**Tabela 1.** Análise dos processos da série A (controle) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD).

**Table 1.** Analysis of A seriate processes (control) in the TAT (Shentoub, 1999) relative to the schizophrenia group (GE) and dementia group (GD).

	GE		GD			
Processos	Média das ordens		Média das ordens		U	Z
A1						
1	32.83		25.93		320.00**	-2.47
2	30.90		28.00		378.00	-1.70
3	29.97		29.00		406.00	-0.97
A2						
1	22.13		37.39		199.00****	-3.74
2	24.50		34.86		270.00****	-3.55
3	23.78		35.63		248.50***	-2.88
4	29.97		29.00		406.00	-0.97
5	30.43		28.50		392.00	-1.38
6	25.80		33.46		309.00	-1.83
7	29.97		29.00		406.00	-0.97
8	20.83		38.79		160.00****	-4.25
9	29.00		30.04		405.00	-1.04
10	29.97		29.00		406.00	-0.97
11	28.70		30.36		396.00	-0.49
12	29.90		29.07		408.00	-0.487
13	29.03		30.00		406.00	-0.26
15	32.27		26.54		337.00*	-1.97
16	31.35		27.52		364.00	-0.95
17	29.97		29.00		406.00	-0.97
18	32.23		26.57		338.00	-1.72

Nota: \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .002$ . \*\*\*\* $p < .001$

**Tabela 2.** Análise dos processos da série B (labilidade) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD).

**Table 2.** Analysis of B seriate processes (lability) in the TAT (Shentoub, 1999) relative to the schizophrenia group (GE) and dementia group (GD).

	GE		GD			
Processos	Média das ordens		Média das ordens		U	Z
B1						
1	28.80		30.25		399.00	-0.39
2	29.93		29.04		407.00	-0.42
3	28.90		30.14		402.00	-0.58
4	28.45		30.63		388.50	-1.12
B2						
1	31.97		26.86		346.00	-1.58
3	26.98		32.20		344.50	-1.72
4	26.45		32.77		328.50	-1.67
5	28.98		30.05		404.50	-0.50
6	29.00		30.04		405.00	-1.04
8	22.68		36.80		215.50**	-3.23
9	29.90		29.07		408.00	-0.38
11	27.85		31.27		370.50	-1.13
12	33.70		25.00		294.00*	-3.11
13	29.48		29.52		419.50	-0.03

Nota: \* $p < .002$ . \*\* $p < .001$ .

Constatam-se, a partir da Tabela 5, diferenças entre o GE e o GD, relativamente ao grau de simbiose, demonstrado ao nível das respostas do TAT. Existe associação entre o grau 1 (indiferenciação) e o GE, e associação entre o grau 4 (dificuldade de separação para o Eu) e o grau 7 (dependência) e o GD.

## Discussão

Parecem existir evidências no sentido de que o nível de angústia, tendencialmente de

fragmentação/morte, está relacionado com o diagnóstico de esquizofrenia e que o nível de angústia, tendencialmente de medo da perda do objeto, está relacionado com o diagnóstico de demência. Globalmente, pressupõem-se indicadores no sentido da associação entre a esquizofrenia e uma relação de objeto, tendencialmente, fusional/parcial (Eu não coeso/objeto parcial), própria de uma estrutura psicótica, de tipo narcísico integral, conduzindo ao autismo, ao desinvestimento dos objetos da realidade e à indistinção entre o *dentro* e

**Tabela 3.** Análise dos processos da série C (evitamento do conflito) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD).

**Table 3.** Analysis of C seriate processes (conflict avoidance) in the TAT (Shentoub, 1999) relative to the schizophrenia group (GE) and dementia group (GD).

	GE		GD			
Processos	Média das ordens		Média das ordens		U	Z
CP						
1	27.90		31.21		372.00	-0.75
2	33.03		25.71		314.00	-1.57
3	32.53		26.25		329.00	-1.57
4	32.77		26.00		322.00	-1.55
5	34.15		24.52		280.50**	-2.19
6	31.37		27.50		364.00*	-1.98
CN						
1	28.17		30.93		380.00	-0.72
2	27.78		31.34		368.50	-0.96
3	29.97		29.00		406.00	-0.57
4	25.92		33.34		312.50**	-2.14
5	28.30		30.79		384.00	-0.86
6	23.68		35.73		245.50***	-2.94
7	29.87		29.11		409.00	-0.30
8	31.75		27.09		352.50	-1.44
10	29.10		29.93		408.00	-0.24
CM						
1	18.22		41.59		81.50****	-5.46
2	26.55		32.66		331.50*	-1.84
CF						
1	30.25		28.70		397.50	-0.35
2	37.70		20.71		174.00****	-4.21

Nota: \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .002$ . \*\*\*\* $p < .001$ .

**Tabela 4.** Análise dos processos da série E (emergência do processo primário) no TAT (Shentoub, 1999) relativos ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD).

**Table 4.** Analysis of E seriate processes (primary process emergence) in the TAT (Shentoub, 1999) relative to the schizophrenia group (GE) and dementia group (GD).

	GE		GD			
Processos	Média das ordens		Média das ordens		U	Z
E						
1	33.25		25.38		304.50*	-1.93
2	33.08		25.66		312.50**	-2.37
3	30.43		28.50		392.00	-1.38
4	31.22		27.66		368.50	-0.90
5	30.43		28.50		392.00	-1.38
6	33.77		24.93		292.00**	-2.19
7	27.83		31.29		370.00	-1.34
8	29.97		29.00		406.00	-0.97
9	30.48		28.45		390.50	-0.51
10	26.23		33.00		322.00	-1.78
11	34.02		24.66		284.50***	-2.97
12	30.30		28.64		396.00	-0.62
13	30.43		28.50		392.00	-0.62
14	34.23		24.43		278.00**	-1.38
15	29.15		29.88		409.50	-0.18
16	30.90		28.00		378.00	-1.70
17	29.97		29.00		406.00	-0.97
18	30.42		28.52		392.50	-0.97
19	38.47		19.89		151.00****	-4.46
20	29.42		29.59		417.50	-0.07

Nota: \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .002$ . \*\*\*\* $p < .001$ .



**Tabela 5.** Análise das respostas ao TAT relativas ao grupo esquizofrenia (GE) e ao grupo demência (GD) segundo o Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship de Summers (1978).

**Table 5.** Analysis of TAT answers relative to the schizophrenia group (GE) and dementia group (GD) according to the Manual for the Measurement of Symbiosis in Human Relationship by Summers (1978).

	GE		GD			
Grau	Média das ordens		Média das ordens		U	Z
1	36.82		21.66		200.50***	-3.90
2	26.72		32.48		336.50	-1.58
3	26.85		32.34		340.50*	-1.82
4	29.43		29.57		418.00	-0.71
5	29.00		30.04		405.00	-1.03
7	24.57		34.79		272.00**	-2.59

Nota: \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

o *fora* (Bergeret, 2004; Grotstein, 1989; Spear e Sugarman, 1984; Steiner, 1991). Igualmente, indicadores no sentido da associação entre a demência e uma relação de objeto, tendencialmente anaclítica/clivada (Eu/objeto clivado), própria de uma estrutura *borderline*, centrada numa dependência anaclítica ao Outro, suporte securizante à angústia de perda e abandono (Bergeret, 2004; Masterson e Rinsley, 1975; Spear e Sugarman, 1984; Westen, 1990).

Vale começar por salientar os aspectos comuns ao GE e ao GD, relativamente aos processos psicológicos usados na elaboração das narrativas nos cartões estímulo do TAT, (*vide* seção Resultados, Tabelas 1, 2, 3 e 4). Por um lado, ao nível dos processos do evitamento do conflito (Série C) de cariz fóbico, destacam-se uma tendência geral à restrição (CP<sub>2</sub>); o anonimato dos personagens (CP<sub>3</sub>); e os motivos dos conflitos não precisados, narrativas excessivamente banalizadas, impessoais, placagens (CP<sub>4</sub>) – revelando, segundo Shentoub (1999), a banalização dos afetos, as dificuldades ao nível de referências identitárias, a dificuldade e o evitamento da evocação de determinadas representações, chegando a ser o conflito escotomizado por uma rejeição das exigências do real. Nesse mesmo sentido, realça-se igualmente o processo de fixação no conteúdo manifesto (processo factual CF<sub>1</sub> – Série C,

evitamento do conflito) demonstrando a restrição, o evitamento, a fuga e a ausência de conflitualização (Shentoub, 1999). Por outro lado, destaca-se a expressão de afetos e/ou de representações maciças ligadas a problemáticas (E<sub>6</sub>) como o medo, a morte, o vazio, a destruição e a perseguição, sobretudo no GE, e o desespero, a solidão, o nada e a incapacidade, no GD. Ainda comum a ambos os grupos, a instabilidade (E<sub>12</sub>) e a clivagem do objeto (E<sub>15</sub>), sugerem uma incapacidade, por vezes, em interiorizar a “permanência dos objetos” privilegiados e, conseqüentemente, uma oscilação repetida entre representações de objetos totalmente “bons” e outros totalmente “maus” (Shentoub, 1999). Reflete-se, assim, a problemática comum a ambos os grupos – da dificuldade da relação precoce, das carências das relações de objeto, da perturbação da interação entre mundo interno e mundo externo, da colagem à realidade por embotamento da vida psíquica.

Associados ao diagnóstico de esquizofrenia, surgem processos que revelam a desestruturação e a problemática psicótica, mas também defesas recorrendo à banalização/ao concreto, como seja o processo A<sub>1</sub>1 (Série A, controle), em que existe recurso à história construída próxima do tema banal, sem usufruir da fantasia ou da simbolização, man-

tendo-se, contudo, adequada. No entanto, processos como a acentuação do quotidiano, do factual, do atual, do concreto (processo factual CF<sub>2</sub>- Série C, evitamento do conflito) revelam a não recordação, a não associação e a ausência de reação afetiva, constatando-se um déficit de ressonância fantasmática (Brelet, 1986; Shentoub, 1999), indo na linha do anterior. Dessa forma, parece ser nesse sentido que processos como o isolamento dos elementos ou das personagens (A<sub>2</sub>15- Série A, controle), a acentuação de uma temática do estilo: correr, fugir, cair, chorar (B<sub>2</sub>12- Série B, labilidade), a necessidade de colocar questões por parte do clínico (processo fórbico CP<sub>5</sub>- Série C, evitamento do conflito), a evocação de elementos ansiogênicos seguidos ou precedidos de paragens no discurso (processo fórbico CP<sub>6</sub>- Série C, evitamento do conflito) e as associações curtas (E<sub>19</sub>- Série E, emergência do processo primário) parecem revelar, nesse contexto, o desligamento relacional, o agir corporal, o déficit de ligação/conexão entre as representações, o encapsulamento afetivo e, por vezes, a falência dos mecanismos de defesa. Relativamente aos processos da Série E, emergência em processo primário, existe, igualmente, no GE, uma tendência para a escotomização/omissão de objetos manifestos (E<sub>1</sub>), não havendo deformação do real mas uma “manipulação do percebido” com fins defensivos, a percepção de detalhes raros e/ou bizarros (E<sub>2</sub>) e a percepção do mau objeto/temas de perseguição (E<sub>14</sub>), evidenciando o mecanismo de projeção e da pregnância da relação dual (Brelet, 1986; Shentoub, 1999).

Por sua vez, associados ao diagnóstico de demência, evidenciam-se processos que parecem indiciar uma problemática posicionada entre a estrutura neurótica e a estrutura psicótica. Surgem associados ao diagnóstico de demência processos da Série A (controle), como a descrição com fixação nos detalhes (A<sub>1</sub>1), as justificações das interpretações a partir desses detalhes (A<sub>2</sub>2), as precauções verbais (A<sub>2</sub>3), a ruminação (A<sub>2</sub>8) e, por seu turno, as exclamações/comentários/digressões/referências/apreciações pessoais (B<sub>2</sub>8) (processo Série B, labilidade) e o processo narcísico, da Série C (evitamento do conflito), através da postura significativa de afetos. Todos esses processos tomados como num todo parecem ser indicadores de um arranjo de sintomatologia neurótica, em que existe um apego aos pormenores que reenviam para a utilização da realidade externa para lutar contra as emergências da realidade interna, como por exemplo, o poder

apoiar-se numa realidade perceptiva para justificar o afeto ligado à separação, certa capacidade para exprimir o conflito e um uso da fantasia, um apelo à relação, existindo a noção de separabilidade entre o Eu e o Outro (Brelet, 1986; Shentoub, 1999). Esses processos parecem também evidenciar arranjos de tipo obsessivo compulsivo ou comportamentos fóbicos, característicos de organizações *borderline* (Bergeret, 2004). É importante lembrar ainda Bergeret (2004), quando este refere uma divisão do campo relacional nos *borderline* em dois setores distintos, um deles conservando uma correta avaliação da realidade, o outro funcionando de um modo menos realista – um setor adaptativo e um setor anaclítico.

Salienta-se a associação de determinados processos da Série E (emergência dos processos primários) – (E<sub>6</sub>) percepção de objetos fragmentados (e/ou objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformadas) e (E<sub>11</sub>) confusão das identidades (interpenetração de papéis) – com o GE. Processos estes identificativos, por um lado, da angústia de fragmentação, projeção e da identificação projetiva, pelo outro, da indistinção entre o Eu e o objeto, sendo que as personagens do relato ficam confundidas, até mesmo amalgamadas, numa única representação, são da ordem do fusional (Shentoub, 1999). Por seu turno, salienta-se que ao GD surgem associados determinados processos da Série C (evitamento do conflito) – o processo narcísico (CN<sub>6</sub>) insistência sobre a referência aos limites e aos contornos e os processos maníacos, (CM<sub>1</sub>) sobreinvestimento da função de apoio do objeto e (CM<sub>2</sub>) idealização do objeto (valência positiva ou negativa). Processos esses, uns identificativos da insistência à delimitação, do reforço dos limites da fronteira *dentro/fora*, das características que delimitam o interno do externo, outros da definição do objeto, essencialmente por meio da sua função anaclítica e de suporte e outros, ainda, do investimento na representação de um objeto percebido como idealmente bom/potente/belo, ou o seu contrário (Brelet, 1986; Shentoub, 1999).

Interessante é o fato de esses resultados irem no mesmo sentido dos dados das análises de TAT, em pacientes esquizofrênicos e *borderlines* em um estudo de Fernandes (2003). Salienta-se, ao nível dos pacientes esquizofrênicos, o primado dos processos de tipo factual e, ao nível da emergência dos processos primários, a percepção de objetos fragmentados, a confusão de papéis e a percepção

do mau objeto. Por seu turno, ao nível dos pacientes *borderline*, Fernandes (2003) salienta que as precauções verbais e a fixação nos detalhes são, igualmente, os processos mais frequentes nos processos de controle. Segundo dados desse mesmo estudo, os processos de evitamento narcísicos são reveladores de um funcionamento *borderline* assim como os processos de tipo factual. Relativamente aos processos maníacos, encontra-se igualmente, com frequência, o recurso à idealização do objeto, o sobreinvestimento da função de apoio e as piruetas e viravoltas. Na emergência em processo primário, destaca-se a representação maciça de uma problemática relacionada com a representação de morte ou suicídio.

Tais angústias subjacentes e os processos psicológicos específicos da esquizofrenia e da demência ficam bem patentes, do ponto de vista qualitativo, em alguns extratos de histórias do TAT. Por exemplo, pacientes com esquizofrenia, quando confrontadas com o cartão 3BM – que apresenta como conteúdo manifesto um indivíduo no chão, encostado em um banco (sexo e idade indeterminados, objeto indefinido no chão) –, referem “É uma estátua... (silêncio). Isso é uma pessoa morta. (Posso ir-me embora?)”; “Está uma pistola no chão, ela suicidou-se! Ou tentou suicidar-se!”. Por seu turno, pacientes com demência referem “Parece-me uma pessoa doente... [...] Dá-me a impressão que é uma pessoa desesperada. Desesperada!”; “[...] Ela precisava de ajuda e não encontrou... é a solidão”; “Vejo uma pessoa triste, desolada... Um abandono, coitada!... Ar de abandono, uma mulher. É isto!”. No cartão 9GF – que apresenta como conteúdo manifesto, em primeiro plano, uma jovem, por detrás de uma árvore, olha para outra jovem que corre num nível inferior, em segundo plano –, pacientes com esquizofrenia refletem “[...] Ela vai a fugir, parece a Branca de Neve, o enredo, quando vai a fugir da bruxa má... Ah! E quem vai atrás dela, leva qualquer coisa na mão! (fica absorta na história)”; “Aqui não sou capaz... Acho que é uma senhora que está viva... e que aqui em baixo está uma menina...”. Pacientes com demência, por sua vez, dizem “Isto aqui parece exterior (silêncio). Não... dá mais a sensação do exterior, mas isto aqui pode ser exterior ou interior... [...] A mãe está a repreender a filha por algo... vai atrás da filha a partir do exterior, será para a ajudar?! em auxílio?!”. No cartão 11 – que apresenta como conteúdo manifesto uma paisagem caótica, com vivos contrastes de sombra e de claridade –, pacien-

tes com esquizofrenia refletem “Isto é o apocalipse! Isto é uma destruição, horrível, que horror... Ai, aquilo parece-me uma bilha, um vaso, a explodir e a derramar coisas... O fim do mundo!”; “[...] Dá a impressão de um esqueleto... dá a impressão de serem partes de um esqueleto (silêncio). A cabeça... uma perna... aqui diversos ossos (silêncio)”; enquanto pacientes com demência dizem “[...] Vejo aqui uma pessoa para servir de amparo a este que vai a cair...”; “[...] é uma estrada com limites para as pessoas não caírem... um caminho limitado...”. No 12BG – que apresenta como conteúdo manifesto uma paisagem arborizada nas margens de um curso de água, com uma árvore e um barco em primeiro plano –, na esquizofrenia, pacientes referem “Isto é no campo... a apanhar a relva... trabalho [...]. Gostava de entrar no sobreiro, entrar, entrar, entrar... (aponta para o interior da árvore)”. No cartão 13B – que apresenta como conteúdo manifesto um rapazinho sentado à entrada de um casebre com tábuas mal unidas –, pacientes com demência refletem “Olha, coitadinho, está à espera da mãe... o que lhe está a fazer ali falta é a mãe... ou o pai, ou um irmão mais velho (silêncio). Uma pessoa...”; “Um garoto... sozinho... ou esperando que o pai chegue... Isto dá aspecto de abandono... está num local ermo, numa atitude de espera... esperando... talvez o pai ou algum adulto... Espera...”; “Acho que está desesperada, mas não pode porque ainda é uma criança... mas está à espera de algo!”; “[...] Isto é a entrada para uma casa... A criança está pensativa, concentrada, está a olhar para as coisas a dar-lhe um sentido. Daqui é o exterior, ele está a fixar-se no exterior... Está nessa análise...”.

Dessa forma, parece assim que existem dados no sentido de associar a angústia do psicótico – angústia de fragmentação/morte, de um vazio objetual e persecutório (Bergeret, 2004; Bleger, 1974; Coimbra de Matos, 2002; Freeman, 1985; Grotstein, 1989; Salonen, 2002; Spear e Sugarman, 1984; Steiner, 1991; Willick, 2001) – ao diagnóstico de esquizofrenia. E, por seu turno, os dados associam a angústia do *borderline* – angústia da perda do objeto (da incompletude narcísica) e da depressão anaclítica, do desespero e do desamparo, medo do abandono (Bergeret, 2004; Brown, 1990; Coimbra de Matos, 2002; Horner, 1976; Masterson e Rinsley, 1975; Spear e Sugarman, 1984; Tutman, 1990; Westen, 1990) – ao diagnóstico de demência. A reforçar essa ideia estão os dados da avaliação da simbiose nas narrativas do

TAT, segundo uma análise proposta por Summers (1978) (vide seção Resultados, Tabela 5), sendo que o grau 1 de simbiose correspondente à indiferenciação está associado ao diagnóstico de esquizofrenia, o que revela indiferenciação sujeito/objeto, não separabilidade entre dentro/fora e relação fusional; e o grau 3 de simbiose, correspondente à dificuldade de separação para o Eu e o grau 7, correspondente à dependência, estão associados ao diagnóstico de demência, revelando a angústia de abandono, o medo da perda do objeto, a necessidade de uma relação de ligação anaclítica.

Parecem existir evidências no sentido de as características da estrutura psíquica tendencialmente psicótica estarem relacionadas, em predominância, com o diagnóstico de esquizofrenia, e as características da estrutura psíquica tendencialmente *borderline* estarem relacionadas, em predominância, com o diagnóstico de demência. Salva-guarde-se que a interpretação dos dados e as possíveis generalizações que possam ser efetuadas apenas se confinam à amostra limitada do estudo e ao gênero feminino.

Algumas das possíveis limitações deste estudo estão relacionadas com o fato de a amostra não se encontrar devidamente estratificada e homogeneizada, e devido ao diagnóstico de demência englobar três etiologias. Como sugestões para futuras investigações, apresenta-se como de interesse o explorar possíveis “arranjos espontâneos”, sobretudo de tipo narcísico e obsessivo, subjacentes à demência. A análise comparativa entre diferentes etiologias da demência e a medida psicológica em causa teriam, igualmente, interesse.

## Referências

- ABRAHAM, V.G.; WALTER, M. 2008. À propos d'une psychopathologie de la démence. *NPG Neurologie- Psychiatrie- Gériatrie*, **8**(47):32-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2008.01.018>
- BARAK, Y.; SWARTZ, M.; DAVIDSON, M. 1997. Dementia in elderly schizophrenic patients: Reviewing the reviews. *International Review of Psychiatry*, **9**:459-463. <http://dx.doi.org/10.1080/09540269775321>
- BERGERET, J. 2004. *Psicologia patológica: Teórica e clínica*. Lisboa, Climepsi, 360 p.
- BLEGER, J. 1974. Schizophrenia, autism, and symbiosis. *Contemporary Psychoanalysis*, **10**:19-25.
- BRELET, F. 1986. *Le TAT: Fantasma et situation projective*. Paris, Dunod, 188 p.
- BROWN, L.J. 1990. Borderline personality organization and the transition to the depressive position. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, **18**:505-511.
- CLEMENT, J.P.; DARTHOUT, N.; NUBUKPO, P. 2003. Événements de vie, personnalité et démence. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, **1**(2):129-138.
- COIMBRA DE MATOS, A. 2002. *O desespero*. Lisboa, Climepsi, 488 p.
- DAMÁSIO, A. 2000. *O sentimento de si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Portugal, Europa-América, 424 p.
- EVANS, S. 2008. Beyond forgetfulness: How psychoanalytic ideas can help us to understand the experience of patients with dementia. *Psychoanalytic Psychotherapy*, **22**(3):155-176. <http://dx.doi.org/10.1080/02668730802323494>
- FERNANDES, I.M.B. 2003. *Do objecto a conhecer ao objecto conhecido: Estudo comparativo do Rorschach e do TAT*. Lisboa, Portugal. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa, 710 p.
- FREEMAN, T. 1985. Nosography and theory of the schizophrenias. *International Journal of Psycho-Analysis*, **66**:237-243.
- GROTSTEIN, J.S. 1989. A revised psychoanalytic conception of schizophrenia: An interdisciplinary update. *Psychoanalytic Psychology*, **6**(3):253-275. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085123>
- GUERREIRO, M.; BOTELHO, M.A.; LEITÃO, O.; CASTRO-CALDAS, A.; GARCIA, C. 1994. Adaptação à população portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination. In: REUNIÃO DA PRIMAVEIRA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEUROLOGIA, Coimbra, 1994. *Anais...* Coimbra, p. 1-9.
- HARVEY, P.D. 2004. Dementia and schizophrenia: Similarities and differences. In: P.D. HARVEY (ed.), *Schizophrenia in late life: Aging effects on symptoms and course of illness*. Washington DC, American Psychological Association, p. 101-117.
- HORNER, A.J. 1976. Oscillatory patterns of object relations and the borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, **3**:479-482.
- IMBASCIALI, A. 2003. *Nascimento e construção da mente*. Lisboa, Climepsi, 297 p.
- MASTERSON, J.F.; RINSLEY, D.D. 1975. The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, **56**:163-177.
- MURRAY, H.A. 1973. *Thematic apperception test manual*. Cambridge, Harvard University Press, 20 p.
- MYSLINSKI, M. 1994. Permanence des organisateurs de la vie mentale adulte sous la présentation déficitaire de la femme âgée. *Psychologie Médicale*, **26**(4):365-367.
- MYSLINSKI, M. 1998. L'attachement thérapeutique: Une réponse humaine à la souffrance de l'abandon dans la démence. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, **20**:46-47.
- PALMER, B.W.; HEATON, R.K.; PAULSEN, J.S.; KUCK, J.; BRAFF, D.; HARRIS, M.J. 1997. It is possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*, **11**(3):437-446. <http://dx.doi.org/10.1037/0894-4105.11.3.437>
- PRIEL, B.; KANTOR, B.; BESSER, A. 2000. Two maternal representations. *Psychoanalytic Psychology*, **17**:128-145. <http://dx.doi.org/10.1037/0736-9735.17.1.128>

- SALONEN, S. 2002. Understanding psychotic disorder. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, **25**:143-146.
- SHENTOUB, V. 1999. *Manual de utilização do TAT*. Lisboa, Climepsi, 228 p.
- SPEAR, E.E.; SUGARMAN, A. 1984. Dimensions of internalized object relations in borderline and schizophrenic patients. *Psychoanalytic Psychology*, **1**(2):113-129.
- STEEN, R.G. 2007. *The evolving brain: The known and the unknown*. New York, Prometheus Books, 437 p.
- STEINER, J. 1991. A psychotic organization of the personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, **72**:201-207.
- SUMMERS, F. 1978. Manual for the measurement of symbiosis in human relationship. *Psychological Reports*, **43**:663-670.
- TURETSKY, B.I.; MOBERG, P.M.; MOZLEY, L.H.; MOELTER, S.T.; AGRIN, R.N.; GUR, R.C.; GUR, R.E. 2002. Memory-delineated subtypes of schizophrenia: Relationship to clinical, neuro-anatomical, and neurophysiological measures. *Neuropsychology*, **16**(4):481-490.
- TUTTMAN, S. (1990). Exploring an object relations perspective on borderline conditions. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, **18**:539-553.
- VIGNAT, J.P.; BRAGARD, J.J.; SUCHET, D. 1987. Démence et psychogénèse. *Médecine & Hygiène*, **45**(1702):1466-1472.
- WADDELL, M. (2007). Only connect : The links between early and later life. In: R. DAVENHILL (ed.), *Looking into later life: A psychoanalytic approach to depression and dementia in old age*. United Kingdom, Karnac, p. 187-200.
- WESTEN, D. 1990. Towards a revised theory of borderline object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, **71**:661-693.
- WILLICK, M.S. 2001. Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *Journal of American Psychoanalytic Association*, **49**:27-56.

Submetido: 16/02/2011

Aceito: 16/05/2011