

# PENSAMENTO CLÍNICO NO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO: Relações Objetais de Dois Pacientes Depressivos

José Tolentino ROSA \*

## RESUMO

Este artigo descreve as relações objetais de dois pacientes gravemente deprimidos, uma moça de 29 anos e um menino de dez anos de idade, que apresentavam, em comum, queixas associadas a intensas angústias persecutórias e a presença de um objeto interno vingativo.

Na análise do TRO, o equilíbrio adaptativo se mostrou precário nos dois pacientes: 28 pontos (em 91 possíveis) para M1 e 22 pontos para M2. Embora as histórias contadas por M1 sugerissem maior grau de sadismo, as histórias de M2 mostravam com muita ênfase a perseguição do objeto interno vingativo, diminuindo a eficácia do equilíbrio adaptativo.

Foram comentadas as dificuldades que o objeto interno vingativo causa na elaboração da posição depressiva. A reconstrução do mundo interno se faz com muita persistência e tolerância à frustração.

## I – INTRODUÇÃO

Este artigo pretende ilustrar uma modalidade de pensamento clínico no diagnóstico psicológico. Walter Trinca (1983), em seu livro intitulado "O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade", focaliza 15 diferentes formas de

---

(\*) Mestrado em Psicologia – Instituto Metodista de Ensino Superior (IMS) de São Bernardo do Campo.

pensamento clínico, sendo a modalidade "Prova de Hipótese" a que mais se aproxima do enfoque aqui adotado.

Neste trabalho, a análise do "Teste de Relações Objetais" (Phillipson, 1981) de dois pacientes depressivos aponta para a existência psicodinâmica de um objeto interno vingativo, logo no início do psicodiagnóstico.

No processo de diagnóstico, ao se entrevistar um paciente, tenta-se captar os motivos latentes da queixa, diferentes do motivo manifesto. O motivo latente pode ser atingido quando se escuta e simultaneamente se pensa acerca do caso. São elaboradas hipóteses a respeito da queixa e dos verdadeiros motivos que levaram o paciente a procurar ajuda psicológica. Em geral, o verdadeiro motivo é diferente do manifesto, mais sério e mais relevante, sobre o qual o paciente pode tomar consciência durante o psico-diagnóstico. Quando isso ocorre, costuma ser um bom prognóstico para a psicoterapia.

Na entrevista devolutiva, às vezes esses motivos latentes são incluídos. A reação do paciente é importante para detectar seu processo de pensamento: se puder tolerar a frustração, provavelmente terá bom prognóstico na psicoterapia; mas se houver dificuldades no reconhecimento dos motivos implícitos ou latentes, provavelmente as resistências serão muito fortes, com prognóstico duvidoso, sugerindo muito cuidado com as interpretações psicodinâmicas para não se chegar a um impasse.

O psicólogo tenta escutar o paciente e pensar livremente sobre o que está ouvindo, sem se prender à versão que o paciente ou os pais lhe transmitem, por exemplo. Está, portanto, interessado em descobrir suas fantasias sobre o que iria acontecer se o paciente lhe dissesse toda a verdade.

Às vezes, os pais começam por aspectos mais saudáveis e gratificantes do filho, incluindo gradativamente o mais doentio. Isto é indício de uma adequada elaboração da angústia depressiva, de uma colaboração positiva com o psicólogo durante o psicodiagnóstico ou psicoterapia. A posição depressiva não está bem elaborada em casos onde há: 1) **excessiva idealização do filho** (só aparecem aspectos saudáveis), com negação maníaca dos aspectos doentios que causariam excessiva dose de culpa persecutória; 2) ou em casos cujos pais usam a entrevista como processo evacuativo, depositando rapidamente no psicólogo os

aspectos mais ansiógenos, dificultando posteriormente a entrevista devolutiva. Esses pais dificilmente podem tolerar uma compreensão profunda que inclua os aspectos mais sadios (ou doentios) do filho.

Há pais que não toleram perceber aspectos positivos nos filhos, pois isso levanta muita culpa e ansiedade depressivas, sentimentos que não podem tolerar dentro de si e tentam evacuar e depositar no psicólogo; apresentam pensamento pouco elaborado, funcionando mais por identificação projetiva, sem tolerância à frustração e com desenvolvimento prejudicado de sua capacidade de pensar. (Bion, 1965; Lino da Silva, 1988).

A ansiedade também pode impedir o psicólogo de fazer perguntas, escutar, reter, elaborar hipóteses alternativas, integrar dados ou efetuar uma boa síntese e posterior devolução. Pode atuar em nível de contra-identificações, projetiva e introjetiva, atacando os genitores ou um deles, atacando o filho, dificultando o psicodiagnóstico pelo tom de voz seco, cortante, agressivo ou indiferente.

A origem dessas inibições do pensamento clínico, segundo Segal (1981), pode estar no medo do superego, pois o medo de uma autoridade externa impede o "falar", enquanto o medo de uma autoridade interna dificulta o pensar. A autoridade externa pode proibir as ações, enquanto o superego — autoridade interna — pode proibir o pensamento e até a busca do próprio conhecimento. Ilustram, por exemplo, essa tese o mito do "Jardim do Éden", onde é proibido comer da árvore do conhecimento; o da "Torre de Babel", onde a procura do conhecimento de Deus é castigada por um ataque à linguagem e ao pensamento verbal; e o mito de Prometeu, que envolve castigo por procurar a luz, fornecida pelo fogo.

A exigência do superego é de que seja endeusado, mas de se tornar um deus que não pode tolerar o esclarecimento, pois nenhum deus sobrevive ao fato de ser conhecido em demasia. É necessário um mistério para que haja um deus.

O pensar coloca um limite à onipotência da fantasia e, por isso mesmo, costuma ser atacado por causa do profundo anseio do ser humano pela onipotência e onisciência.

O aparecimento do pensamento coincide com a diminuição da onipotência, com a experiência da frustração e

com o movimento do princípio do prazer para o princípio da realidade (Segal, 1981).

Formar uma conceituação das circunstâncias reais e esboçar uma alteração real pode ser o primeiro passo no pensamento. Este evolui no hiato entre a experiência da necessidade e a de sua satisfação.

Uma necessidade intensa pode ser vivenciada como a presença de um objeto mau, que morde, rasga e ataca. Na verdade, é uma necessidade de um objeto que está ausente e que será alucinado. A fantasia onipotente só não é um pensamento, porque não é reconhecida como tal. Trata-se, na verdade, de um modo de pensar concreto. Quando as fantasias, características da parte "primitiva" da mente, passam a fazer parte do lado "consciente", elas se movimentam para o domínio do pensamento. Pode-se dizer, então, "eu fantasiei isto ou aquilo", ou eu pensei isto ou aquilo. O pensamento clínico evolui, portanto, a partir da fantasia onipotente, que é uma fantasia reconhecida como tal, e de uma hipótese clínica que pode ser submetida ao teste da realidade.

O pensamento clínico principia, pois, com o teste da realidade e depois promove o próprio teste da realidade. O pensamento clínico fornece também uma hipótese experimental acerca da natureza das coisas — uma verificação constante do que fantasiamos a partir da evidência (Trinca, 1983).

Enquanto as fantasias onipotente e onisciente visam a negar a experiência da necessidade, o pensamento, que aceita a necessidade, pode ser usado para explorar as realidades externa e interna e para lidar com elas. Porém, por derivar-se da frustração e, ao mesmo tempo, admiti-la e tolerá-la, o raciocínio clínico pode ser atacado desde os seus primórdios, tanto pelo paciente, como por seus pais ou pelo próprio psicólogo clínico.

Este ódio aos processos de pensamento, profundamente enraizado no inconsciente, pode estar ativo durante todo o psicodiagnóstico. O pensamento lógico, o raciocínio formal, rouba-nos o luxo da crença cega, da fé onipotente: as fantasias perdem seu caráter onipotente.

Nietzsche dizia que o pensamento não vem quando queremos, vem quando ele quer. Podemos acrescentar que ele

não é o que queremos, é o que ele quer ser. Isto, naturalmente, personifica o pensamento como se fosse uma entidade com vontade própria.

Existe uma categoria de pensamentos deste tipo, em que eles são atribuídos a um objeto interno e sentidos como tal, vindos de um objeto interno vingativo, como uma inspiração diabólica ou uma perseguição. Já foi demonstrado anteriormente que pacientes com severa depressão tendem a apresentar deficiência na percepção de relações triangulares no "Teste de Relações Objetais" e a presença de objetos internos vingativos. (Rosa e colaboradores, 1986). Entretanto, o pensar é o resultado de uma interação complexa de impulsos, desejos, fantasias e percepções. Na clínica, às vezes o psicólogo é livre para pensar mas também, com toda a liberdade, logo se vê envolto em um laço que o faz sentir-se responsável pelo próprio pensamento.

A tarefa de ajudar o paciente, acima de tudo, implica no reconhecimento do valor incomensurável da liberdade de pensamento e do quanto vale a pena esforçar-se por alcançar essa liberdade, em nível cada vez mais elevado.

Simon (1984) demonstrou o desmoronamento do mundo interno quando, na depressão, o objeto amado perdido (por morte ou abandono) é internalizado como objeto vingativo, tiranizando o sujeito.

A reconstrução do mundo interno vai depender do objeto interno bom, firmemente estabelecido, sem o qual o processo de idealização se perturba e o luto não é elaborado. O objeto protetor idealizado não subsiste aos ataques de ódio e inveja e não protege o ego do objeto vingativo (no que se transformou o objeto perdido), impedindo o paciente de elaborar a posição depressiva.

Analisando o "Teste de Relações Objetais" de dez pacientes com depressão reativa, verificou-se a predominância de ansiedades persecutórias quando o objeto amado perdido se transformava em objeto interno vingativo (Rosa e Colaboradores, 1986).

Como a presença desse objeto vingativo ocorria em casos mais graves de depressão, conforme o percentil fornecido pelo Inventário de Depressão de Beck, decidimos aqui avaliar o

“Teste de Relações Objetais” de Phillipson (1981) de dois pacientes gravemente deprimidos.

Entretanto, as hipóteses sobre os pacientes e seus objetos internos deverão servir mais para ativar as fantasias inconscientes do leitor do que para sedimentar um modelo de psicodiagnóstico.

## II – MÉTODO

**Sujeitos:** Dois pacientes, M1 e M2, fizeram parte deste estudo.

**M1** é um garoto de 10 anos, 2º ano escolar, cujos pais se queixavam do seu desinteresse pela escola, a partir do 2º ano, onde estava até aquela data com ameaça de desligamento da escola (expulsão). Além disso apresentava os seguintes sintomas: agressividade, perda de apetite, insônia, hiperatividade, dificuldade de pensar e de se concentrar numa atividade; pensamentos relativos a morte e destruição; e perda de interesse ou prazer em atividades usuais.

**M2** era uma moça de 29 anos, que tinha concluído o 3º grau e exercido a profissão com êxito durante uns cinco anos ininterruptamente. Queixava-se de uma profunda melancolia, com desinteresse por tudo e por todos, tendo inclusive deixado de trabalhar no consultório há um ano atrás, passando a viver na dependência dos pais e completamente entediada. Queixava-se também de insônia, esquecimento, dificuldade de seguir uma rotina, de que não tinha domínio sobre seus sentimentos (sensação de total descontrole emocional). Oscilava entre lutar para manter a posse de um objeto amado (um namorado, com o qual mantinha um vínculo muito tênue) através de mecanismos obsessivos e o esforço para expulsar objetos amados mortos (uma prima e outros parentes mortos) que povoavam seu mundo interno desde os 8 anos, quando repetiu o 2º ano pela primeira vez.

**Recursos Materiais:** Foram utilizadas as 13 lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson, com especial ênfase nas histórias frente às lâminas das séries A e C que avaliam respectivamente ansiedades depressivas e a qualidade do vínculo emocional com o objeto. A presença da cor na série C apresenta

um desafio ao sujeito, tal como no Rorschach. Convida o sujeito a responder a sentimentos expressos pela cor e a integrar esses sentimentos com seus próprios aspectos emocionais na resposta global.

A série A explora as primeiras relações de objeto, de dependência e sua relação com o contato físico e sensitivo; evidencia o grau de dissociação e aspectos psicóticos da personalidade; defesas de caráter neurótico.

A série B enfatiza um clima de ameaça e indiferença; mobiliza controles egóicos maduros e geralmente aparecem defesas de caráter neurótico.

**Procedimento:** Após a entrevista, o TRO foi aplicado conforme as instruções de Phillipson (1981), em seu "TEST DE RELACIONES OBJETALES".

A análise do TRO foi feita pretendendo verificar a presença de objeto interno vingativo em pacientes com depressão. Como havia 13 lâminas, a probabilidade exata pode ser calculada pelo binômio de Newton, usando-se a prova bionomial exata para testar  $H_0$  — "O objeto interno vingativo aparece nas histórias do TRO por mero acaso" — contra  $H_a$ : "o objeto interno vingativo aparece em pacientes com acentuado grau de melancolia". O nível de significância escolhido foi  $p \leq 0,05$ .

O equilíbrio adaptativo foi avaliado de acordo com a escala abaixo de sete pontos, derivada do próprio manual do Teste de Relações Objetais (Phillipson, 1981).

1 — Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações muito negativas.

2 — Equilíbrio não mantido, predominando a ansiedade, com relações negativas.

3 — Tendência adaptativa, com resultante negativa.

4 — Equilíbrio mantido, podendo dar liberdade para relações positivas.

5 — Tendência adaptativa com resultante positiva.

6 — Liberdade ampla para estabelecer relações positivas.

7 — Liberdade ampla para estabelecer relações muito positivas.

Quadro 1: Síntese das relações objetivas de dois pacientes com queixa de depressão, conforme o Teste de Phillipson

RELAÇÕES DE OBJETO			
Sé-Sub- res- jei- tos	1 pessoa	2 pessoas	3 pessoas
	Objeto interno vingativo no julgamento de um assassinato (latrocínio).	Medo do futuro por causa da vingança do objeto interno; não sabe se o casal poderá cuidar do filho (acrescentado).	Sensação de abandono, os objetos bons foram perdidos e os maus se tornam perseguidores internos.
M1			Angústia paranoide, com a briga de 3 jovens punks com 3 homens. Assassinato de um jovem por vingança.
A	Medo de pensar livremente, de ser ajudada. Alucinações constantes para obter gratificações (intolerância à frustração). Sem controle sobre o pensamento, devido ao objeto interno vingativo.	Relação idealizada. Medo de destruição para objeto interno vingativo. (Trata-se de uma prima com a mesma idade de M2, que faleceu com complicações diabéticas aos 26 anos de idade).	Obj. interno idealizado; Medo de destruição, aniquilamento e morte; medo de não mais elaborar o luto; Idealização para lidar com a inveja do morto.
	Dois objetos internos maus, sendo um real e outro acrescentado. Não aparece claramente a noção de vingança.	Saudosismo, vontade de morrer, de ir ao encontro do garotinho morto (sujeitou-se com 2 anos e meio quando M1 tinha 4 anos de idade. Esse é o principal objetivo vingativo.	Isolamento e indiferença para c/o grupo composto de pessoas sádicas (querem tirar o sarro) e vingativas.
B	Deseja construir uma casa para morar. Medo da destruição, da perseguição e das inspirações dialécticas.	Deseja visitar alguém num lugar muito distante, mas o obj. é sádico e precisa ficar hipervigilante.	Desejo de ser perdoada, de atenuar a culpa pelo objeto morto, por pensamentos mágicos. Medo do desconhecido, do místico. Negação da realidade.
M2			
M1	Ritual de limpeza — traços obsessivos acentuados de limpeza, não coerentes com a fig. de uma cozinha desarrumada e não "em ordem" como M1 percebeu.	Assassinato com requintes de sadismo. Latrocínio. Obj. interno vingativo de lâmina A2 reaparece aqui, segundo verbalização de M1.	Objeto persecutório e vingativo representado pelo grupo.
C	Objeto vingativo quer destruir a família unida, que tanto inveja. Medo de ataque e perseguição pelo objeto interno.	Deseja aprender com a amiga que está morrendo; triunfo e controle onipotente sobre o objeto amado (quer manter sua posse). Medo de ataques do objeto interno idealizado.	Deseja ser onipotente e ver o mundo de cima. Identificada com o objeto interno vingativo. Medo de ser dominada por ele. Negação onipotente.
M2			



### III – RESULTADOS

**CASO M1** – Os resultados da análise de M1 mostram que o objeto interno vingativo está presente em dez das 13 lâminas (ver Quadro I), só não aparecendo claramente em A3, B1 e C1 ( $p \leq 0,04$ ). A soma de pontos no Equilíbrio Adaptativo foi 6 na série A; 11 em B; 10 em C; com total de 28.

A história da lâmina Branca, última na seqüência de aplicação, ilustra o intenso sadismo do objeto vingativo, do mundo interno de M1:

“Um menino de família, educado, bem vestido e saindo para ir à escola de ônibus. Lá conversa com amigos, assiste às aulas e combina que, após as aulas, vão a uma loja de discos. Chegando à loja, escolheram alguns discos e, de repente, presenciam um crime. É um amigo deste menino que entra na loja muito mal vestido, com uma garrafa na mão. Quebra a garrafa e deixa-a denteada. Corta todas as pessoas lá presentes, que estão se divertindo e, em alguns segundos, ele enfiou a garrafa na barriga do menino. Os companheiros não acreditam no que vêem. Tratava-se de uma “rixa” não resolvida. É uma briga que nunca termina”.

(M1 chora e se lembra do garotinho que se suicidou com 2 anos e meio, quando M1 tinha 4 anos e com o qual tinha brigado dias antes de uma viagem para um estado vizinho ao de São Paulo, onde ocorreu a tragédia que foi escondida de M1, até os 8 anos, por seus pais).

A percepção da relação triangular na família, pai, mãe e criança, é sugerida pelas lâminas A3, B3 e C3. A situação edípica não foi evidenciada em nenhuma das três histórias:

A3 sugeriu pessoas que estavam numa estação de trem, que passou muito rapidamente e não parou; as pessoas xingaram, mas ficaram na dúvida se alguém sabotou os freios do trem ou se os passageiros e o maquinista tinham sido assaltados.

Em B3 havia quatro pessoas, embora M1 tenha sugerido uma situação triangular derivada da cena pri-

mária: uma moça espiona sua irmã beijando e abraçando o namorado e conta para a mãe (acrescentada à figura) que vai brigar com a irmã maior, que vai brigar com a menor, a irmã fofoqueira.

C3 foi identificada inicialmente como uma família reunida, mas só há figuras masculinas: "um homem de pé arrumando um quadro na parede, enquanto dois outros, sentados numa poltrona, dão palpite sobre o que está sendo arrumado".

**CASO M2** – Os resultados mostraram que o objeto interno vingativo estava presente em onze das 13 histórias, só não aparecendo nas correspondentes às lâminas Branca e B1 ( $p \leq 0,01$ ). Em C2 aparece também um mecanismo de controle obsessivo para satisfazer o desejo de manter a posse do objeto interno amado, porém aparece concomitantemente ao medo dos ataques do objeto interno idealizado. (ver Quadro I). Soma total de 22 pontos: A = 6; B = 7; C = 5 e 4 pontos na prancha Branca.

A história da lâmina 13, Branca, foi assim elaborada por M2:

"Um túnel de arco-íris colorido. Antes do túnel há muito verde, muita vida, mas não dá para ver nada além do túnel. Será que vale a pena caminhar? pra viver? pra ver? "

Como título para sua história escolheu "A vida" e, em seguida, ficou em silêncio, enquanto algumas lágrimas escorriam pelo seu rosto, num choro profundo de alguém que suplicava ajuda para gostar de viver.

Nas lâminas com três pessoas contou histórias que escamotearam as relações triangulares pelo acréscimo de personagens:

**A3** – É uma fila de atendimento com três homens que procuram conversar com uma pessoa invisível. Um já foi atendido e os outros dois vão concluir também a procura de si mesmos.

**B3** – Uma espiã ou detetive está olhando um casal de suspeitos. Ela está conversando com uma sua amiga, mas não pode ser descoberta pelo casal, pois é invisível e sócia dessa amiga. (mistura de delírio do

sósia com auto-cópia, conforme Afonso Fernandez).

**C3** — São três homens reunidos para discutir algum trabalho. Um deles se volta para uma estátua, imagem, fica observando-a. De repente, uma luz vermelha reflete da imagem, parede e escada. A estátua ganha movimento e fica uma pessoa igualzinha à que estava observando e que é o seu criador (Delfrio do sósia). Todos os quatro tomam um cafezinho e voltam para o trabalho.

#### IV — DISCUSSÃO

Os motivos latentes são diferentes dos manifestos. Com M1, eles se referem à dificuldade da família em lidar com a morte, devido ao predomínio de fantasias onipotentes e de exigências excessivas do superego, impedindo o grupo familiar de ter pensamentos e de lidar com eles. A mãe escondeu de M1 que o amiguinho tinha se suicidado; o sujeito veio a saber por intermédio de um amigo da vizinhança, ao final do 1º ano escolar, época em que apareceram os problemas.

Os pais puderam respirar mais aliviados quando essas dificuldades foram apontadas na entrevista devolutiva. A excessiva idealização do filho e a pouca tolerância diante da frustração da finitude da vida levaram a um desenvolvimento hipertrofiado da capacidade de pensar, conforme achados de outros autores (Ocampo et al., 1979; Bion, 1965).

Apesar de M1 ter contado uma história frente à lâmina branca de modo bastante agressivo quando comparada com a de M2, a soma de pontos relativa ao equilíbrio adaptativo foi igual a 27 para M1 e 18 para M2 nas outras lâminas. Estes dados sugerem um prognóstico mais favorável para M1, que foi confirmado pela menor duração do tratamento. A aparente gravidade da agressividade de M1 pode estar relacionada ao fato de o superego infantil ser mais cruel e sádico, em comparação com o dos adultos (Simon, 1986).

Havia menor distância entre os motivos latente e manifesto no sujeito M2, pois a psicogênese da profunda melanco-

lia estava na presença constante de um luto não-elaborado, perturbado pela presença de um objeto interno vingativo (Simon, 1984; Rosa e Simon, 1988).

M2 ilustra como o pensamento pode ser personificado, como se fosse uma entidade com vontade própria: o olhar de um homem, na lâmina C3, cria uma pessoa e a transforma em objeto interno vingativo, com suas próprias vicissitudes como demonstramos em outro trabalho (Rosa e Simon, 1988).

A partir de um trabalho conjunto com o Prof. Dr. Ryad Simon e baseado nas concepções de seu artigo "Contribuição ao Estudo do Objeto Interno" (Simon, 1984), descreveram-se as relações objetivas de M2 com o objeto interno vingativo. M2 tinha se desligado do universo, abandonara os pais, o namorado, os amigos, seu país e sua profissão para se absorver totalmente no relacionamento com a prima, sua sócia cuja imagem interna correspondia a uma moça forte, afável, culta e benevolente.

Enquanto M2 comportou-se como infeliz, a prima internalizada deixou-a em paz. Porém bastou que M2 voltasse a trabalhar e recomeçasse a se desvencilhar da prima morta, para que este objeto interno vingativo começasse a atemorizar a todos, com inspiração diabólica e perseguição.

Para Freud, o trabalho mais difícil para uma pessoa enlutada é admitir a perda do objeto amado.

M2 não suportou a perda prematura do objeto amado, introjetou-o e uma parte de seu ego identificou-se com o objeto perdido, uma prima que morrera de diabetes ainda jovem.

Entretanto, como demonstrou Knobel (1979) em "Episódios de mejoría maníaca en el curso del tratamiento analítico", a onipotência está diretamente vinculada à anialidade e as reações de melhoria maníaca que aparecem no decorrer da psicoterapia significam um triunfo do superego com ego, que enganado, se submete, entregando-se a uma aparente atividade instintiva libidinal. O superego, dissociado, expande sua destrutividade, impulsionando o sujeito à destruição, com sentimentos de alegria e satisfação, aumento da auto-estima e sentimentos de onipotência narcísica destrutiva. A aparente genitalidade adota então expressões anais, que fazem com que o sujeito renuncie

aos objetos bons ou os leve a uma condição anal destrutiva e se relacione exclusivamente com objetos maus idealizados. Portanto há, nos períodos maníacos, uma verdadeira finalidade masoquista destrutiva imposta pelo superego; representado em M2 pelo objeto interno vingativo. São comuns os ataques sádico-anais sobre o psicólogo durante a fase maníaca. (Rosa e Simon, 1988).

Examinando as reações da paciente ao tentar voltar-se para a vida, esboçando triunfantemente um retorno ao mundo externo, percebemos uma total depressão cheia de auto-recriminações (do tipo "não devia estar fazendo psicoterapia"; "é tudo nhém... nhém... nhém"), impotência e idéias de suicídio. A hostilidade também aumenta neste período.

Seguiram-se semanas de profunda depressão. Sentia-se muito sensível, incapaz de tolerar o sofrimento. O preço que pagava para não sofrer era não viver. Sua vida, se queixava, transcorria numa superficialidade monótona e vazia. Esta era uma forma de evitar hostilidade da prima internalizada.

Gradualmente, M2 vai se interessando pelo mundo, embora muito superficialmente. Ultimamente, nos sonhos, a prima internalizada está menos vingativa — talvez por estar progredindo o trabalho de luto — e M2 tem alguma permissão para relacionar-se mais amistosamente com os vivos.

Os sentimentos depressivos se originam na etapa de vida que Klein chamou de "posição depressiva". A agressão produz culpa quando os objetos bom e mau estão sintetizados em um só, e quando os sentimentos de amor e ódio estão integrados, dirigidos para a mesma pessoa.

Na posição depressiva, se houver excessiva destrutividade dirigida ao objeto amado, a agressão é vivenciada como perda do objeto bom interno, que se torna persecutório, trazendo o sujeito de volta para a posição esquizoparanóide. Se a hostilidade ao objeto amado for tolerável, a posição depressiva se mantém, pois os sentimentos de culpa estimulam a reparação dos danos causados ao objeto bom e o ego se fortalece, bem como a relação amorosa com o objeto.

No luto saudável, o objeto perdido é internalizado como uma lembrança, havendo o reconhecimento de que não mais existe no mundo externo. Na melancolia e na neurose

obsessivo-compulsiva, quando há excesso de ódio, os objetos mortos não se extinguem, mantendo-se vivos no mundo interno e tendo por objetivo destruir ou escravizar o ego. Para Abraham (1965), nos estados maníaco-depressivos ocorre a expulsão repetida do objeto amado em certos intervalos de tempo, enquanto nos estados obsessivos existe uma tendência dominante de manter a posseção do objeto amado.

Entretanto, as duas doenças representam uma atitude diferente do paciente para com aquele crime (parricídio, matricídio ou filicídio) que não cometeu: na melancolia e na mania, executa este crime de tempos em tempos num plano psicológico (cerimonial dos festins totêmicos); na neurose obsessiva, ele efetua uma luta constante contra a sua perpetração. É comum, portanto, uma oscilação entre essas duas psicopatologias ao longo do tratamento.

Nos casos aqui apresentados, foi estatisticamente significativa e presente do objeto interno vingativo, revelado numa análise às cegas do Teste de Relações Objetais de Phillipson (M1 com  $p \leq 0,04$  M2 com  $p \leq 0,01$ ). A reconstrução do mundo interno, desmoronado pelo objeto morto e idealizado, geralmente se faz com muita persistência e tolerância através do processo psicoterapêutico. As evoluções do objeto interno na relação de transferência parecem permitir aos pacientes experienciar, elaborar e reduzir suas angústias paranóides, caminhando em direção à posição depressiva com maior tolerância aos sentimentos de culpa.

Concluimos, portanto, que o "Teste de Relações Objetais" é muito útil no psicodiagnóstico de pacientes depressivos, auxiliando o pensamento clínico para, através de um "teste da hipótese psicodinâmica", compreender o mundo interno desmoronado logo durante o psicodiagnóstico, mostrando características importantes do sistema tensional inconsciente, como a presença do objeto interno vingativo e as intensas angústias paranóides. Pudemos através desses dois casos ilustrar uma modalidade do pensamento clínico em psicodiagnóstico: a "Prova de Hipótese", uma das modalidades do "Pensamento Clínico em Psicodiagnóstico".

## ABSTRACT

*This paper describes the objectal relations of two severely depressed out patients, a single woman 29 years old and a little boy aged 10, with both presenting complaints associated to intense paranoid and persecutory anxieties and, on the psychodiagnosis, the occurrence of a vindictive internal object.*

*On the "Phillipson's ORT Test", the "adaptive equilibrium" was very poor for both the patients: 28 points (among 91) for M1 and 22 points for M2.*

*Although the told stories by M1 had more intense sadistic expressions, M2 stories highlighted the persecution of the vindictive internal object.*

*Some difficulties with the vindictive internal object on the depressive position working through.*

*The reconstruction of the inner world was made with a lot of persistence and tolerance to frustration.*

## REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, Karl, *Teoria Psicanalítica da Libido*. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 1970. Tradução do original inglês de 1965 por Christiano Monteiro Oiticica.
- BION, W. R., *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro, Imago, 1988. Tradução do original inglês de 1965 por Wellington M. de Melo Dantas.
- KNOBEL, Maurício, *Episódios de Mejoría Maníaca en el curso del tratamiento analítico*. In A. Rascovsky y David Liberman, *Psicoanálisis de la Mania y la Psicopatía*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1979.
- LINO DA SILVA, Maria Emília, *Pensando o Pensar: com W. R. Bion*. São Paulo: M. G. Editores Associados Ltda., 1988.
- OCAMPO, M. L. S. e colaboradores, *Las Técnicas Proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires, Nueva Vision, 1979.

- PHILLIPSON, H., **Test de Relaciones Objetales**. Barcelona, Espanha, Ed. Paidós Iberica, 1981.
- ROSA, J. Tolentino e SIMON, Ryad, **Evoluções do objeto interno nos sonhos e na transferência** (ainda no prelo).
- ROSA, J. Tolentino e colaboradores, **Contribuição ao Psicodiagnóstico de pacientes depressivos para psicoterapia breve**. Trabalho mimeografado apresentado no **XX Congresso Interamericano de Psicologia**. Caracas, Venezuela, 1976.
- SEGAL, H., **A obra de Hanna Segal: uma abordagem Kleiniana à prática Clínica**. Tradução do original de 1981 por Eva Nick. Rio de Janeiro, Imago, 1982.
- SIMON, Ryad, **Contribuições ao Estudo do Objeto Interno**. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 1984, 3, 283-300.
- SIMON, Ryad, **Introdução à Psicanálise: Melanie Klein**. São Paulo, E. P. U., 1986.
- TRINCA, Walter, **O Pensamento Clínico em Diagnóstico da Personalidade**. Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1983.