

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRIA EN PROBLEMAS Y PATOLOGIAS DEL DESVALIMIENTO
TESE DE MESTRADO
ORIENTADOR: SEBASTIÁN T. PLUT
ALUNA: SANDRA DE LAVRA PINTO**

TESE DE MESTRADO

CARACTERÍSTICAS DO DISCURSO DE PACIENTES COM SONOLÊNCIA

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Denis Martinez, diretor do Laboratório do Sono da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pela orientação e oportunidade de poder realizar a parte prática deste trabalho neste local, aos pacientes que, mesmo sem conhecer-me previamente, se dispuseram a conceder as entrevistas com franqueza e espontaneidade.

Agradeço a orientação do Dr. Sebastián Plut.

Para
Lúcia, Paulo, Marçal e Marla

ÍNDICE

1) Introdução.....	6
2) Problema.....	8
3) Justificativas	
3-1) Contribuição Científica.....	9
3-2) Contribuição Social.....	10
4) Estado de Arte	
4-1) Sonolência.....	10
4-2) Linguagem e Métodos..	15
5) Marco Conceitual	
5-1) Teoria do Desvalimento	19
5-2) Algoritmo David Liberman.....	33
6) Objetivos	
6-1) Objetivo Geral.....	39
6-2) Objetivos Específicos.....	39
7) Metodologia	
7-1) Tipo de Investigação.....	40
7-2) Unidades de Análise.....	40
7-3) Variáveis.....	40
7-4) Critérios de Seleção de Casos.....	40
7-5) Técnicas e Instrumentos.....	40
8) Exposição e Análise dos Resultados	
8-1) Dados Obtidos – Júlio	43
8-2) Dados Obtidos -Carlos.....	55
8-3) Análise dos Resultados.....	67
8-4) Análise Comparativa entre os dois Casos.....	74
9) Conclusões.....	75
10) Apêndices	
Apêndice A: Categorias de Análise do ADL.....	77
Apêndice B: Escala de Sonolência de Epworth Modificada, Lista de Verificação de Sintomas, Questionários do Laboratório do Sono.....	83

Apêndice C: Caso 1 - Júlio

C-1) Identificação do Paciente Júlio.....	87
C-2) Dados Obtidos no Laboratório do Sono.....	87
C-3) Entrevista em Português do Paciente Júlio.....	87
C-4) Entrevista em Espanhol do Paciente Júlio.....	98
C-5) Resultado Colorido do Discurso de Júlio, Após Uso do Dicionário Computadorizado.....	109
C-6) Seqüências Narrativas; Estudo da Rede de Palavras, das Cenas, das Erogeneidades e das Defesas de Fragmentos do Discurso Relativos ao Paciente Júlio.....	118

Apêndice D: Caso 2 - Carlos

D-1) Identificação do Paciente Carlos.....	161
D-2) Dados Obtidos no Laboratório do Sono.....	161
D-3) Entrevista em Português do Paciente Carlos.....	161
D-4) Entrevista em Espanhol do Paciente Carlos.....	172
D-5) Resultado Colorido do Discurso de Carlos, Após Uso do Dicionário Computadorizado.....	182
D-6) Seqüências Narrativas; Estudo da Rede de Palavras, das Cenas, das Erogeneidades e das Defesas de Fragmentos do Discurso Relativos ao Paciente Carlos.....	191
11) Bibliografia.....	234

CARACTERÍSTICAS DO DISCURSO DE PACIENTES COM SONOLÊNCIA

1) INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste na Dissertação de Mestrado da Maestria in Problemas y Patologias Del Desvalimiento, realizada em UCES pela aluna Sandra de Lavra Pinto, tendo como Diretor da Maestria o Dr. David Maldavsky e como orientador o Dr. Sebastián Plut.

O interesse em sua realização provém de duas vertentes: a primeira refere-se ao desenvolvimento, nas últimas décadas, de métodos de pesquisa em psicoterapia e psicanálise que visam avaliar e entender como se processam estas duas formas de tratamento, sem interferir nas mesmas, pois o observador não está fisicamente presente, embora, através da análise do discurso gravado, pode aproximar-se da intimidade do que ocorre; a segunda diz respeito ao estado de desvalimento em que se encontram pacientes com queixas de sonolência diurna, que lutam constantemente para poder manter-se conectados a um mundo do qual parecem querer fugir, contagiando muitas vezes o próprio terapeuta.

Entre os métodos estudados, o Algoritmo David Liberman (ADL), a ser descrito mais adiante, por basear os observáveis em categorias advindas da formulação dada pela teoria psicanalítica ao desenvolvimento psíquico, situa-se, não apenas na intimidade do processo psicoterápico ou psicanalítico, como também na essência das manifestações da estrutura mental do paciente.

A presente tese traz, no item 2, em que consiste o problema a ser investigado e, no item 3, as justificativas de sua realização.

A seguir, o Estado de Arte (item 4) apresenta alguns estudos que abordam a sonolência de um ponto de vista organicista ou psicodinâmico, ressaltando a dificuldade de classificar alguns quadros segundo a Classificação Internacional das Doenças do Sono. Neste tópico também estão referidos métodos que buscam no estudo da linguagem do paciente formas de investigação, ao invés do relato e interpretação do terapeuta sobre ele. É dado um breve histórico a respeito de algumas pesquisas que inicialmente despertaram o interesse para a realização deste trabalho.

O Marco Conceitual (item 5) divide-se em duas partes: sub-títulos que mostram tópicos importantes da Teoria do Desvalimento, entre os quais os relativos à

pulsão de dormir e suas perturbações e descrição do método Algoritmo David Liberman, ambos desenvolvidos por David Maldavsky.

O item 6 refere-se aos Objetivos Gerais e Específicos da tese, enquanto o de número 7 diz respeito à metodologia empregada, uma aplicação do Algoritmo David Liberman. No item 8 são dados os resultados obtidos para cada um dos pacientes, quanto às erogeneidades e às defesas predominantes em cada um dos fragmentos que exemplificam os temas selecionados no discurso (sonolência, trabalho e estudo e relacionamento familiar) e que formam as seqüências narrativas. São feitos totais parciais e gerais, comparados com a análise interativa das palavras, a partir do Dicionário Computadorizado. Após são analisados todos estes aspectos, em conjunto, para cada entrevistado, bem como uma comparação entre os dois. No item 9 estão as conclusões.

O item 10 corresponde aos apêndices: o Apêndice A apresenta as categorias de análise do ADL, conforme explicadas no livro *La Investigación Psicoanalítica del Lenguaje* (Maldavsky, 2004); o Apêndice B traz a Escala de Sonolência de Epworth Modificada, a Lista de Verificação de Sintomas e Questionários utilizados no Laboratório do Sono, elementos usados para a seleção da amostra e que constituem procedimentos padrão na investigação de distúrbios do sono; os Apêndices C e D referem-se aos dois casos estudados, subdividindo-se, para cada um, nos dados obtidos no Laboratório do Sono, onde consta uma ficha clínica e testes para a seleção da amostra, a entrevista em português e em espanhol, o resultado colorido do uso do Dicionário Computadorizado e, como parte principal do estudo, a aplicação do ADL. Em relação a este, são obtidas seqüências narrativas correspondentes aos três temas escolhidos (sonolência, trabalho e estudo e relacionamento familiar, pois são temas comuns aos dois pacientes), de acordo com cada uma das sete erogeneidades. São estudados fragmentos do discurso que exemplificam as seqüências, as erogeneidades em jogo, as cenas, os personagens, os ideais. É feita uma comparação com as erogeneidades encontradas pela análise interativa das palavras e são caracterizadas as principais defesas. Todos estes dados são tabulados e obtidos totais parciais e gerais.

2) PROBLEMA

Este estudo consta da análise de uma entrevista obtida com cada um de dois pacientes que buscaram tratamento com queixa de sonolência diurna. Esta não se devia a uso de medicamentos, depressão, apnéia ou outro distúrbio do sono claramente identificado na Classificação Internacional das Doenças do Sono. A presença do sintoma interfere intensamente com a qualidade de vida de seus portadores, além de colocá-los às vezes em situação de risco próprio ou alheio, mas a falta de uma causa bem determinada deixa-os à mercê de uma constante luta, diante da qual apenas conseguem paliativos.

Os pacientes com sonolência diurna representam um desafio por despertarem no terapeuta um sentimento de impotência frente ao estado de inermidade e desinteresse pela manutenção de um tônus vital compatível com atividades corriqueiras, normais para outros indivíduos.

Diferentemente de pacientes que trazem para tratamento conflitos, manifestações ansiosas ou depressivas, sintomas dos quais querem se livrar ou problemas de relacionamento que desejam resolver, aqueles com queixas de sonolência muitas vezes englobam o terapeuta numa sensação de torpor ou tendência a compartilhar de seu estado.

Referem-se às tarefas do dia-a-dia como uma luta para manterem-se atentos, como se nada do mundo externo os estimulasse ou superasse a sensação prazerosa de desligar-se de tudo e mergulhar no sono. Os propósitos de qualquer atividade esbarram com a falta de obediência do corpo, que se contenta em permanecer num estado de mínimo esforço. Da mesma forma, no tratamento, parecem não existir motivações que consigam confrontar-se com esta tendência apática, desvitalizada, que Freud atribui à manifestação do instinto de morte.

A barreira que se encontra nestes casos é a de um grande vazio emocional. Os sentimentos, os desejos, as mais simples vontades, estão muitas vezes amortecidos, como que abandonados. Esta situação caracteriza o estado de desvalimento que toma conta destes pacientes. Este trabalho busca observar as estruturas e correntes psíquicas que se manifestam nestas patologias, bem como as defesas utilizadas. A idéia foi de investigar que características psicológicas apresentam estes pacientes, considerando sua manifestação no relato.

Para isto, foi aplicado às entrevistas o método criado por David Maldavsky, denominado Algoritmo David Liberman. Através dele, pretende-se obter um inventário das erogeneidades e defesas prevalentes, tendo por base que representam a subjetividade destes pacientes, bem como suas estruturas clínicas.

Estes elementos podem fornecer dados para verificar como o sintoma interfere na vida cotidiana, suas possíveis motivações não manifestas, a que ele serve em cada personalidade.

Por outro lado, a utilização de um método inovador, que permite alcançar, de forma objetiva, a profundidade das bases dinâmicas das manifestações discursivas, faz parte dos interesses desta investigação.

3) JUSTIFICATIVAS

3.1) CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA

Este trabalho procura chamar a atenção da importância de fatores de ordem psicológica, muitas vezes egossintônicos, que contribuem ou são responsáveis por estados de sonolência, para que eles passem a integrar a avaliação destes quadros.

Outra contribuição é, ainda que de forma incipiente, usar um instrumento que avalie de maneira sistemática, a linguagem única e espontânea do paciente, a partir de um referencial teórico psicanalítico. Os questionários respondidos pelo mesmo na avaliação de transtornos do sono, entre eles a sonolência, buscam listar sintomas para configuração diagnóstica segundo os critérios da Classificação Internacional de Doenças (Williams, 1995). A entrevista realizada pelo médico leva em conta, de acordo com sua habilidade, a percepção de distúrbios, de forma empírica. Tanto os questionários quanto a entrevista são valiosos para a compreensão do caso. O estudo sistemático da linguagem, proposto neste trabalho, procura complementar, objetivar e quantificar estes dados.

A partir desta abordagem inicial, restrita a apenas dois pacientes, devido à complexidade do método, a idéia é ampliá-la posteriormente para um número maior de casos, permitindo talvez integrar o ADL à avaliação habitual dos distúrbios do sono.

3.2) CONTRIBUIÇÃO SOCIAL

O estado de sonolência tem grande repercussão do ponto de vista social. São muitas vezes responsáveis por acidentes de veículos ou de trabalho (Masson, 1998, Moldofsky, 1992, Westbrook, 1999, Williams, 1995, Withers, 1999), atingindo ao portador e a outros indivíduos. Interferem de maneira menos dramática, porém mais constante, no desempenho de todas as atividades de quem apresenta este mal (Masson,1998).

A seleção de casos para este trabalho deseja contribuir ao entendimento daquelas situações de sonolência que não correspondem às causas já discriminadas como apnéia, uso de medicamentos, etc, pois delas fazem parte pacientes que, por sua própria doença, tem dificuldade em reconhecê-la como tal, embora as conseqüências possam ser graves para si e para outros.

4) ESTADO DE ARTE

4-1) SONOLÊNCIA

A bibliografia médica referente aos estados de sonolência (Billiard, 1998a, 1998b, Braz, 1987, Ferrer, 1999, Johnson, 1999, Martinez, 1999, Masson, 1998, Moldofsky, 1992, Pedroso, 1996, Petiau, 1998, Reimão, 1989, Westbrook, 1999) tenta estabelecer uma relação causa-efeito tendo por base, em sua grande maioria, fatores orgânicos ou ambientais responsáveis por este distúrbio, como: alteração no ciclo sono/vigília devido a maus hábitos de sono ou atividades profissionais; privação do sono; repercussão de doenças orgânicas (de qualquer órgão ou sistema, podendo, por exemplo, produzir dor, ou específicas, como apnéia do sono, síndrome das pernas inquietas, alterações neurológicas) ou mentais (entre estas, têm sido enfatizados nos últimos tempos aspectos bioquímicos de origem hereditária); uso de medicamentos; alterações no sono geneticamente determinadas.

Todos estes enfoques procuram resolver ou minorar as manifestações de sonolência sem levar em conta as características psicológicas do paciente. Mesmo do

ponto de vista psiquiátrico, a sonolência é vista como um sintoma, em geral, de depressão e esta, tratada farmacologicamente.

Por outro lado, autores de orientação psicanalítica (Braunschweig, 1975, Fain, 1975, 1977, Freud, OC, Kreisler, 1977, Leite, 1989, Maldavsky, 1992e, 1995f, 1995g, Marty, 1995, Neves, 1994, Spitz, 1996), buscam o entendimento destes quadros no estabelecimento de alterações muito precoces do desenvolvimento ou de situações traumáticas. Os aspectos orgânicos são integrados nesta compreensão.

Entretanto, os enfoques de cunho psicanalítico e de orientação organicista parecem constituir mundos à parte. Em estudos com crianças (Kreisler, 1974), oriundos de pacientes do hospital Saint-Vincent-de Paul, em Paris, os transtornos funcionais, como os referentes ao sono, são avaliados e discutidos de forma integrada por um pediatra, um psiquiatra e um psicanalista após observação da criança em seu contexto, nas relações com a família e em seus aspectos orgânicos. Já na avaliação de uma hipersonia em adultos, o modelo proposto (Billiard, 1998a, 1998b, Johnson, 1999, Martinez, 1999, Moldofsky, 1992, Petiau, 1998, Reimão, 1989, Westbrook, 1999), os questionários, o exame físico, os exames complementares, ainda que completos na avaliação das causas apontadas acima, não leva em consideração, de forma integrada, os fatores psicológicos muitas vezes determinantes ou desencadeantes do quadro. Estes podem ser constatados, mas não abordados.

Conforme salientam Williams et al. (1995), sendo o sono uma mudança no estado de consciência (considerando aqui consciência no sentido neurológico), seus distúrbios são de grande interesse para a psiquiatria. A sonolência excessiva diurna pode estar ligada a vários fatores, sendo alguns bastante conhecidos, como a Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, inadequada higiene do sono, alterações no ritmo sono/vigília imposta por questões laborativas, doenças físicas, neurológicas ou psiquiátricas.

O tipo de paciente com sonolência a ser examinado neste trabalho refere-se àquele que, não possuindo os fatores acima descritos como favorecedores da sonolência diurna, pelo menos numa intensidade tal que a justifique, apresenta, por outro lado, indicações de se encontrar num estado de toxidade pulsional, caracterizado por apatia ou sobreadaptação, desinteresse na vida de relação, pensamento e comportamento do tipo operatório, em que há um empobrecimento da atividade simbólica. Segundo Maldavsky (1995f), possuem um modo particular de percepção, em que esta, no estado de sonolência e hipnose, não vai acompanhada de consciência (no sentido de

uma perturbação da consciência primordial, a de matiz ou tônus afetivo). É um terreno que se refere aos fundamentos do anímico (da vida pulsional, da estrutura neuronal, do instinto).

Apresentou-se a dificuldade de classificar objetivamente o tipo de sonolência a ser estudado no presente trabalho de acordo com padrões internacionais. Conforme a International Classification of Sleep Disorders (1990), talvez possa receber a denominação de Hipersonia Idiopática, visto preencher os critérios, embora esta, de causa desconhecida, é presumidamente devida a alterações no Sistema Nervoso Central; ou, ainda, poderá ser incluída em algum dos critérios de depressão ou transtornos de ansiedade, apesar de não ter todas as características típicas destes quadros; ou, talvez, possa ser situada como Síndrome da Subvigilância.

Na literatura médica, os trabalhos dedicados ao estudo da Hipersonia Idiopática pouco conhecem de sua patofisiologia e patogenia e buscam compreendê-la avaliando fatores genéticos e neurológicos. Salientam a importância de diferenciá-la de outros transtornos conhecidos causadores de sonolência, como a Síndrome da Apnéia do Sono, alterações no ritmo circadiano, doenças, etc. Estudos preliminares no Japão (Sasaki, 1998) relacionaram alterações sazonais no sono e no apetite, ligados a fatores ambientais, principalmente semelhanças na convivência estreita e prolongada de casais. Tais trabalhos apontam para o processamento via alteração somática de vivências de ordem relacional e ambiental.

Por outro lado, a comparação do discurso desses casos com aqueles de pacientes portadores de Apnéia do Sono de intensidade grave, permitiria verificar a repercussão dos dois tipos de manifestação na expressão verbal do sujeito portador de sonolência.

A literatura psicanalítica mostra de longa data, desde os escritos de Freud, o interesse pelo sono e suas manifestações, sobretudo os sonhos, como fonte de acesso ao inconsciente. Já na Interpretação dos Sonhos (1900a), ao citar autores, chama a atenção de Freud o aspecto não da ausência total de estímulos externos durante o sono, mas do desinteresse do ego por eles. Explica a transformação de uma idéia em imagem sensorial que aparece nos sonhos, como uma regressão do aparelho psíquico de um ato ideacional complexo para a matéria-prima dos traços de memória subjacentes a ele, até as imagens perceptuais, o que só é possível pelas mudanças de catexia que o estado de sono ocasiona nas extremidades sensórias do aparelho, graças à “exclusão do mundo exterior”. Assim, o sonhar é “um exemplo de regressão às primitivas condições

daquele que sonha, um ressurgimento de sua infância, dos impulsos instintivos que a dominaram e dos métodos de expressão que então se achavam disponíveis” (pág.585).

No mesmo texto, Freud atribui o “desejo de dormir” ao pré-consciente, atendendo à necessidade do descanso (função de autoconservação) e de manter sob seu controle, através do sonho, a excitação do inconsciente que foi deixada livre.

Para Freud, o sono está intrinsecamente ligado ao sonhar. Este é visto como uma forma de expressão de impulsos que se encontram sob a pressão da resistência durante o dia, mas que puderam, na noite, achar reforço em fontes de excitação profundamente situadas. Devido ao “disfarce” da elaboração onírica e à falta de acesso à motilidade, os impulsos inconscientes reprimidos podem ter uma satisfação, liberando o pré-consciente de ter que exercer uma contracatexia permanente e atender a um “desejo de dormir” (Freud, 1900a), de acordo com os estímulos de autoconservação.

Em Sobre o Narcisismo: uma Introdução (1914c), Freud compara a condição do sono com a da doença, no sentido de acarretar uma retirada narcisista das posições da libido de seus objetos amorosos para o próprio ego do indivíduo, através do desejo único de dormir. Vê o egoísmo dos sonhos e o da enfermidade como exemplos de alterações na distribuição da libido resultantes de uma modificação no ego.

No Suplemento Metapsicológico à Teoria dos Sonhos (1917h), Freud considera que, ao dormir, as pessoas colocam de lado a maioria de suas aquisições psíquicas, aproximando-se da situação na qual começaram a vida. Afirma que, somaticamente, “o sono é uma reativação da existência intra-uterina, na medida em que atende às condições de repouso, calor e exclusão do estímulo; na realidade, durante o sono muitas pessoas retomam a posição fetal. O estado psíquico de uma pessoa adormecida se caracteriza por uma retirada quase completa do mundo circundante e de uma cessação de interesse por ele” (pág.253). “No estado de sono, a libido é levada ao ponto de restauração do narcisismo primitivo...O narcisismo e o egoísmo coincidem; a palavra narcisismo destina-se apenas a ressaltar o fato de que o egoísmo é também um fenômeno libidinal; ou...o narcisismo pode ser descrito como o complemento libidinal do egoísmo” (pág.254). Freud destaca que a retirada das catexias psíquicas do mundo externo para o ego favorece o reconhecimento precoce de modificações corporais, como no caso de doenças.

Em Esboço de Psicanálise (1940r), Freud refere-se a como, com o rompimento das relações com o mundo externo e pela retirada das catexias dos órgãos dos sentidos, o ego faz cessar suas funções e proporciona uma volta a um estado anterior

de coisas, quando era parte do id. Justifica dizendo que surge no nascimento uma pulsão de retorno à vida intra-uterina que foi abandonada – uma pulsão de dormir. “O sono é um retorno deste tipo ao útero” (pág.192). Como durante o sono a motilidade está paralisada, muitas das sanções impostas ao id são levantadas, o que permite a realização de desejos através dos sonhos.

Teorias psicanalíticas posteriores a Freud (Braunschweig, 1975, Kreisler, 1977, Marty, 1995, Spitz, 1996), baseadas no desenvolvimento da criança, também privilegiaram o sono como um sinalizador básico das funções que se desenvolviam no bebê e em sua relação com a mãe.

Kreisler (1977), afirma que a maturação neurofuncional não explica por completo todas as características evolutivas. Os fatores externos incidem nestas estruturas para moldar o dormir em seus diferentes aspectos. Fain, no mesmo texto, assinala que os primeiros movimentos que animam a simbiose se relacionam com as necessidades orgânicas e libidinais que surgem ritmicamente. Sua satisfação permite retornar ao estado de sono requerido para a maturação psicossomática. Também se refere a que, em termos psicanalíticos, um bom funcionamento do ciclo sono-vigília corresponde a um retorno espontâneo da libido ao estágio do narcisismo primário. O sentimento de fusão, de indiferenciação com o ambiente, alcança seu ponto culminante neste estado. Distingue dois tipos de sono: o que sobrevém depois de uma gratificação e permite uma regressão libidinal narcisista quase completa e o que segue à frustração, inclusive ao sofrimento, e que só se produz após o esgotamento da tensão interna.

Fain (Kreisler, 1977) expõe sobre a solução de compromisso que se estabelece a partir de determinada idade para conciliar estas duas modalidades do dormir. Esta solução de compromisso é a atividade onírica.

Fain considera que a existência de síndromes em que a função de guardar o sono está a cargo do ambiente demonstra uma dificuldade para adquirir uma função mental auto-reguladora. Em pacientes com sonolência pode existir a busca de procedimentos autocalmantes, como o embalo.

Maldavsky (1995f) cita Freud (1940r) ao dedicar-se à abordagem das patologias do desvalimento, aprofundando o estudo do critério da alteração interna como modo de processamento da pulsão. Em sua teoria do trauma, um dos modelos de Freud fala que, em nexos com uma situação traumática, o ego pode vivenciar uma estase da necessidade, da autoconservação, que não consegue encontrar satisfação, implicando numa estase libidinal. Seus efeitos podem apresentar-se como uma alteração da pulsão

de dormir, o que conduz não a uma reparação energética, mas sim à inércia, à entrega a uma morte sem consciência e sem interlocução. Ocorre um processo regressivo na economia psíquica, ao contrário da outra meta buscada pela pulsão de dormir, que consiste na hegemonia de nexos intercorporais elementares, em termos de intercâmbios químicos, do estabelecimento dos ritmos circadianos, propiciando uma recuperação energética satisfatória.

A sonolência excessiva seria assim a expressão desta tendência regressiva, de uma morte psíquica, de uma letargia duradoura carente de qualificação e de consciência. Conforme Maldavsky (1995f), tais estados podem acompanhar-se de crises de insônia, de momentos narcolépticos, de sonambulismo, como testemunhas de um conflito relacionado com o despertar da consciência e da subjetividade.

Outra forma em que diz isto é considerando o duplo valor do egoísmo (pulsão de autoconservação): como parte de Eros, mas também da pulsão de morte, por um lado como tentativa desintoxicante e por outro como tendência à abolição das tensões vitais.

Neste sentido, pode-se pensar que os impulsos sexuais desejosos de satisfação, oriundos das profundezas do id e que se expressam nos sonhos, ajudam, ao lado dos estímulos externos, a manter um tônus de vigília e atenção, por parte do pré-consciente, capaz de retirá-lo do estado de total abandono para voltar à vida da vigília.

4-2) LINGUAGEM E MÉTODOS

Até há bem pouco tempo e ainda hoje por parte de muitos, a pesquisa em psicoterapia, realizada de forma semelhante às outras ciências, era considerada difícil ou mesmo impossível, pela intervenção demasiada dos instrumentos de pesquisa no “setting” psicoterápico, bem como na dificuldade de medir a expressão de sentimentos, fantasias, defesas, etc.

Wallerstein (1989) cita que, em contraste com outras disciplinas, a psicanálise (e a psicoterapia) não desenvolveu estudos regulares de “follow up” para avaliar seus resultados e ajudar a melhoramentos na técnica e, através dela, na teoria.

Este autor lembra os “follow up” descritos por Freud e Deutsch, que eram casuais e comenta dois projetos de “follow up” sistemáticos: o de Pfeffer e o Projeto de Pesquisa em Psicoterapia da Fundação Menninger, realizados pela metade dos anos 50 e 60.

O Método de Pfeffer consistia em geral de cinco a sete entrevistas de tipo analítico na frequência de uma vez por semana, quatro anos após o término do tratamento, realizadas por um analista a cargo do “follow up”, isto é, não o que realizou a análise, procurando obter uma situação próxima à original (de tratamento). Em alguns pacientes ocorreu uma reativação da transferência, com reagudização de sintomas.

O Projeto de Pesquisa em Psicoterapia da Fundação Menninger (“follow up”), foi realizado com 42 pacientes, dois a três anos após o término do tratamento. Para evitar a reativação da transferência, o número de entrevistas foi pré-determinado, feito por vários entrevistadores e utilizados testes psicológicos e dados de fontes colaterais. Houve casos em que as entrevistas despertaram ansiedades e atuações e em ¼ dos pacientes elas adiaram psicologicamente o fim da terapia.

Estes dois exemplos, bastante complexos, com grande investimento financeiro e de pessoal, apesar de trazerem determinados resultados importantes, ilustram formas de pesquisa para avaliação de tratamentos psicanalíticos e psicoterápicos em que, buscando uma “objetividade”, caem no impasse de, ou usar instrumentos alheios ao processo terapêutico tido como objeto de estudo ou, na medida em que se aproximam mais do procedimento utilizado no tratamento, reativá-lo, modificando o que querem observar.

Nas últimas décadas foram desenvolvidos vários métodos que procuram avaliar de modo quantitativo os conceitos em que se baseia a teoria psicanalítica: a questão central da transferência, as mudanças no vínculo terapeuta-paciente, as fantasias, as manifestações das instâncias psíquicas, as relações de objeto, etc. Entre estes se pode citar o modelo processual de Ulm (Kächele, 1988), os programas Count e Lexstat de Martindale, o método Structural Analysis of Social Behavior, de Lorna Benjamin (1986), o método CCRT (Core Conflictual Relationship Theme), de Lester Luborsky e Paul Crits-Christoph (1990), The Penn Psychotherapy Project (Luborsky, 1988).

O Dr. David Maldavsky desenvolve há vários anos estudos sobre pacientes com estruturas de funcionamento mental muito primitivas, como as estruturas narcisistas, esquizofrênicas, psicossomáticas, aditivas, bem como a sua forma de expressão através da linguagem. No final de 1996 iniciou a Maestria en Problemas y Patologías del Desvalimiento, na Cidade de Buenos Aires, ligada à Universidade Hebrea Argentina Bar-Ilán, passando mais tarde à Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Este mestrado, que tem como base teórica psicanalítica a Teoria do

Desvalimento, por ele desenvolvida, enfoca cinco temas de estudo: Psicossomática, Violência Familiar, Incapacidades, Adições e Transtornos Traumáticos. Os distúrbios do sono, dentre eles a sonolência, situam-se, a partir do ponto de vista psicossomático, como parte de processos desestruturantes capazes de levar a uma situação de desvalimento psíquico. O que é buscado no presente trabalho é caracterizar a expressão, na linguagem, deste tipo de transtorno.

Na apresentação do livro “Lenguajes del erotismo” (1999j), Maldavsky salienta que a análise cada vez mais refinada das linguagens constitui uma das preocupações atuais das ciências da subjetividade.

Dahl (Teller, 1986) acredita que para dar à psicanálise um *status* e pesquisa científicos se precisa tomar como dados, seriamente, as palavras do paciente, gravá-las, transcrevê-las. Pesquisando nelas, encontrar-se-ão os padrões e estruturas que estão lá para serem descobertos, que não são inventados ou arbitrariamente impostos pelo analista. O que faz este empreendimento plausível é o fato bruto da redundância, a repetição dos desejos e defesas e dos compromissos adotados no curso da adaptação ao mundo. Na narrativa do paciente dos eventos de sua vida (sua narrativa, não a narrativa do analista sobre o caso), ele se repete infinitamente. A esperança científica repousa nesta redundância, não na narrativa única de uma vida única. Dahl procura examinar a microestrutura da associação livre. Toma pequenos trechos de entrevistas, decompõe-nos em partes, observa as repetições, as relações gramaticais, o conteúdo do texto, as discrepâncias, segmentando frases para encontrar novos entendimentos e relações. No final, traduz sua compreensão nos termos analíticos clássicos.

O método CCRT (Core Conflictual Relationship Theme), criado por Lester Luborsky e Paul Crits-Cristoph (Luborsky, 1990), baseia-se no conceito freudiano de transferência, segundo o qual o indivíduo transfere, de forma repetitiva, para novos objetos, os desejos e reações que experimentava em relação a figuras importantes de sua infância. Isto constitui o núcleo ou padrão no qual são expressos os conflitos neuróticos centrais da personalidade, que tendem sempre a se restabelecer em cada novo relacionamento. Examinando a transcrição de entrevistas gravadas em vídeo ou fita de áudio, o CCRT propõe-se a quantificar o padrão de relacionamento do paciente.

Maldavsky (1997i, 1999j) também parte da análise do discurso do paciente, decompondo-o em fragmentos e relações, interpretando-os com base no seguinte pressuposto: que um dos traços centrais da subjetividade reside no vínculo

singular que cada um desenvolve com sua vida pulsional, sobretudo com a sexualidade (em seu sentido amplo). Como conseqüência, seu modo de encarar o problema da linguagem se orienta nesta mesma direção: como uma manifestação qualquer (verbal, gesticular, visual, olfatória) testemunha uma erogeneidade determinada, assim como a posição singular derivada do nexos com ela. Faz uso do modelo algorítmico, a ser descrito mais adiante, em lugar de apenas uma quantificação. Refere-se em particular à estrutura diferencial do pré-consciente, entendido como uma malha de processos expressivos enlaçados entre si segundo uma lógica interna, de onde derivam classes de verbos, substantivos, adjetivos, processos retóricos, concepções de tempo e de espaço. Ao se articular segundo critérios internos, esses elementos se contrapõe a outros, e podem ser distintivos das diferentes estruturas clínicas.

Interroga-se Maldavsky, (1997h) sobre a constituição das marcas mnêmicas, do universo simbólico. Estas derivam de percepções, porém são a expressão da vida pulsional. Cita Freud (1950), que supôs que nas vivências se articulam pulsão e percepções, e que estas últimas se transformam em marcas mnêmicas, como representantes de um ou outro dos termos em jogo. As representações, portanto, passam a ser delegadas da pulsão no anímico, constituem sua linguagem.

Na tentativa de investigar as manifestações de pacientes, Maldavsky (1997i), ao invés de usar uma metodologia estatística, prefere recorrer a modelos algoritmos. Define a estes como prescrições de uma determinada ordem na execução de um conjunto de instruções explícitas, com a intenção de solucionar certo tipo de problema. A consideração das manifestações clínicas desde a perspectiva de um algoritmo implica partir do suposto de que existem termos interconectados: verbos, substantivos, adjetivos, frases, figuras retóricas, etc. Em conseqüência, não importa quantas vezes um paciente proferiu uma palavra, mas sim como várias delas, diferentes entre si, se misturam em uma rede, em uma trama. Esta deve ser passível de ilustrar um entendimento teórico ou clínico já estabelecido.

5) MARCO CONCEITUAL

5.1) TEORIA DO DESVALIMENTO

Os itens a seguir dizem respeito a alguns tópicos desta teoria que serão utilizados no presente trabalho.

5.1.1) Tipos de transtornos

A teoria do desvalimento procura desenvolver um aporte metapsicológico para explicar o funcionamento, as características e alterações presentes num grupo de transtornos de caráter muito regressivo, entre os quais se encontram as adições, os transtornos narcisistas, os distúrbios psicossomáticos, os transtornos de estresse pós-traumático, a violência familiar.

5.1.2) Processo somático, pulsões, libido, instintos

Para isto lança-se ao estudo dos primórdios do desenvolvimento do psiquismo, tendo como base a psicanálise. Detêm-se nos primeiros trabalhos de Freud (1895), não explorados com profundidade por seus seguidores e aonde tomam importância os fatores energéticos representados por magnitudes endógenas tensionantes, geradas por fenômenos orgânicos, às quais não é possível escapar e que devem achar expressão no psiquismo. Surge o conceito de pulsão, como um conceito limite entre o somático e o psíquico, cujo caráter específico é o de representar uma exigência de trabalho para a mente. São pulsionais aqueles processos somáticos que requerem para a resolução de um estímulo, uma ação de descarga motora específica.

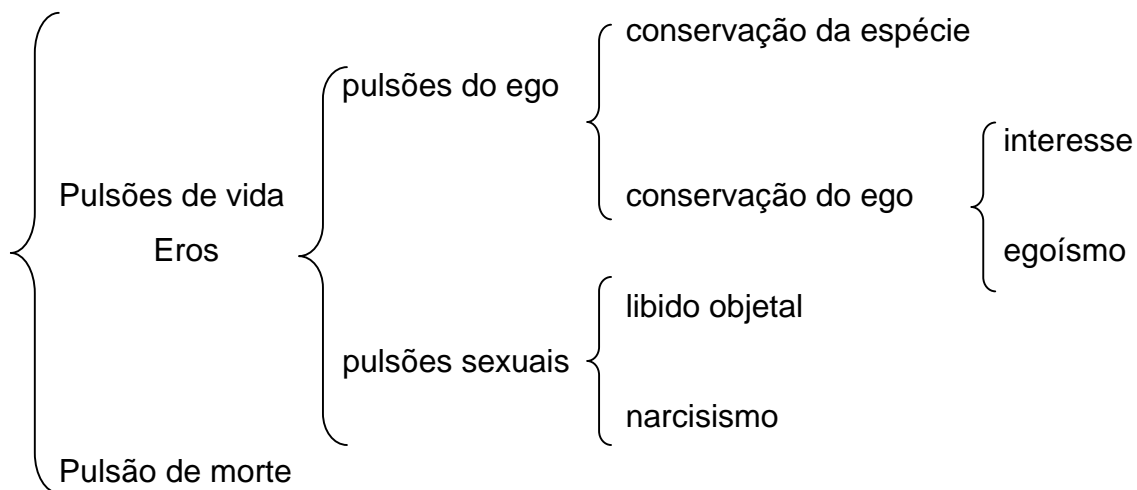
No livro *Del Suceder Psíquico*, N. Neves et al. (1994) resumem os conceitos freudianos referentes ao desenvolvimento psicológico, nos quais a teoria do desvalimento se baseia. O texto que segue, neste item, foi extraído deste livro e da obra de Freud (OC).

Freud diferencia pulsão de libido, definindo esta como a força, quantitativamente variável e mensurável, das pulsões sexuais e pertencente exclusivamente ao terreno psíquico.

Também distingue pulsão de instinto. Este constitui, por um lado, um conjunto de esquemas formais universais que ordenam a especificidade das vivências individuais e, por outro lado, os conteúdos que jazem no núcleo do inconsciente. É algo que está inscrito, gravado, incorporado na matéria viva como tal, é desencadeado por uma situação específica e independe de experiência prévia. Como conjunto de esquemas

funciona como matriz, como molde a ser preenchido pelo vivenciar da história infantil. As fantasias primordiais (vida intra-uterina, cena primária, sedução, castração), são esquemas instintivos que reordenam formalmente a diversidade das vivências infantis. A consideração do instinto como núcleo do inconsciente o coloca como um conjunto de conteúdos sobre os quais recai a investidura pulsional proveniente das fixações derivadas da história libidinal de cada sujeito. Portanto, cada uma das cenas que constituem as fantasias primordiais pode aparecer expressada na linguagem do erotismo oral, anal ou fálica, segundo sua predominância.

A classificação final das pulsões, por Freud, pode ser esquematizada como segue:



As duas pulsões básicas são: Eros, cuja meta é produzir unidades cada vez maiores e, assim, conservá-las, ou seja, uma ligação; e pulsão de morte, cuja meta é dissolver nexos, destruir e, como meta última, levar o organismo vivo ao estado inorgânico.

Daí surge o conceito freudiano (Freud, 1920i), de que cada um “morre a sua maneira”, significando que a pulsão de vida tenta neutralizar a de morte, retardando seu desenlace, criando caminhos alternativos para que ela demore a alcançar seu fim. Nas patologias do desvalimento, pela situação de fragilidade e desamparo, o sujeito “se deixa morrer”. Há um estancamento da libido, enfraquecendo a capacidade de Eros de se ligar à pulsão de morte para diminuir seu poder desestruturante.

5.1.3) Consciência e percepção

Um tema fundamental na teoria do desvalimento é a questão da consciência, onde, segundo Maldavsky (1997h), se localiza o conflito, nestes quadros. Há uma falha na consciência. Para Freud, existem dois tipos de consciência: o primeiro tipo

resulta como um efeito da organização do sistema nervoso como derivado da percepção e é chamada consciência neuronal ou sensorial. A segunda, a consciência psíquica ou consciência pensar (por implicar numa simbolização, numa capacidade de abstração) secundária, é cronológica e logicamente posterior e se desenvolve a partir da ativação de marcas mnêmicas ou como expressão de pensamentos. É ligada à palavra. Esta segunda forma, no princípio se dá de um modo alucinatório e a seguir por mediação do pré-consciente.

Conforme Maldavsky (1995f), nos pacientes com patologias do desvalimento, esta perturbação na chamada consciência originária se dá ao nível da percepção: prevalecem as incitações sensoriais monótonas, calmantes, que nivelam a tensão pulsional de um modo desvitalizante. A consciência secundária fica abolida. Caracteriza-se por estados de marasmo, sonolência, monotonia, estupor, onde se borra o diferencial. Há uma perda na qualificação a favor das quantidades, como ritmos, períodos, números, cálculos.

Outro ponto salientado por ele nestes pacientes, diz respeito ao aspecto do mundo sensível referente à viscosidade. Corresponde ao espaço em que o paciente supõe mover-se, que poderia considerar-se como placentário. Em pacientes adultos, os estados viscosos se fariam evidentes como apego a um universo numérico, ocorrendo uma percepção sem consciência, de caráter hipnótico: o número (a freqüência, o período), tem maior valor que a qualidade sensorial específica.

Outro aspecto ligado à percepção refere-se ao golpe, que produz dor e às vezes um estado de aturdimiento em lugar de registros sensoriais. Quando a atividade numérica, auto-hipnótica, fracassa, o paciente se encontra com uma realidade brutalmente intrusiva, como um golpe.

Maldavsky (1995f) também faz referência à vertigem, tanto no aspecto temporal, caracterizado pelo incremento da velocidade em uma aceleração hipertrófica, quanto espacial, que corresponderia a um registro cenestésico e vestibular (enjôo, girar em torvelinho, cair num espaço infinito, cabeceio lateral, ser aspirado pelo vazio), neste caso com duas alternativas: ou participando de um lugar onde o corpo está incluído, ou sofrendo a expulsão de tal espaço.

Tal vertigem pode se combinar com um estado crepuscular, com uma vigília só aparente que conserva o estado anímico de dormir, semelhante a um estupor.

Este tipo de organização do mundo sensível deriva de uma função atribuída aos órgãos da percepção, que devem operar a serviço de um apego

desconectado. O apego implica uma adesividade a um corpo alheio, cujos ritmos pulsionais são captados pela sensorialidade, que hierarquiza a percepção de funções vitais básicas (como movimentos respiratórios, batimentos cardíacos) desenvolvidas no organismo de outro, a quem o paciente adere. A desconexão serve de complemento do apego ao assegurar a ausência desta atenção psíquica que permitiria dotar de coerência a registros sensoriais diferenciais.

5.1.4) Fases do desenvolvimento psicosexual

Freud (OC) desenvolveu o estudo das principais fases do desenvolvimento psico-sexual: oral, anal, uretral, fálica, genital, ligadas a uma predominância de zonas erógenas, de acordo com o desenrolar do amadurecimento orgânico. Abraham considerou o desmembramento das duas primeiras em duas fases e Maldivsky acrescentou uma anterior, relacionada com as primeiras impressões deixadas no recém-nascido pelo surgimento das funções vitais. A teoria do desvalimento considera as principais fases do desenvolvimento como: intra-somática (I), oral primária (O1), oral secundária (2), anal primária (A1), anal secundária (2), fálico-uretral (FU), fálico-genital (FG). Cada uma delas se expressa por um conjunto de características, de desenvolvimentos de afetos, de defesas, que se traduzem em diferentes linguagens.

5.1.5) Fixação e regressão

Também fazem parte da teoria freudiana os conceitos de fixação e regressão. O primeiro diz respeito a fases do desenvolvimento em que, por falta ou excesso, permaneceram pontos de vulnerabilidade que determinariam certas características, deixariam marcas nas fases posteriores ou aos quais o ego retornaria (regrediria), ao ter que se defrontar com eventos que não conseguisse elaborar.

Marty (1995), aborda os movimentos de complexização e descomplexização que podem ocorrer no plano orgânico. Refere-se a estados mais regressivos que aqueles descritos como depressão (nesta preserva-se a atividade simbólica), em que o paciente apresenta uma atividade automática, aparentemente normal, mas carente de significado afetivo, à qual chama de depressão essencial, ou depressão sem sujeito. Marty e M. Uzan aludem a um pensamento operatório, descrito como um pensamento consciente que: 1) não parece possuir um laço orgânico com uma atividade fantasmática de certo nível; 2) duplica e exemplifica a ação, seja a que a preceda ou a siga, mas sempre em um campo temporal limitado. O Outro é dotado de um sistema de pensamento idêntico. A palavra é vivida como um meio de descarregar tensão, através de um mecanismo de deslocamento, em que o sujeito emprega o nome

de uma coisa para designar outra, sem que exista uma atividade fantasmática subjacente, que as ligue analogicamente. Esta descrição coincide com a de outros autores, entre eles Sifneos e Nemiah, com o conceito de alexitimia, significando uma carência de palavras para designar estados afetivos ou uma incapacidade para distinguir entre estes.

5.1.6) Produção anímica da diversidade

Na descrição da história da produção anímica da diversidade, Maldavsky (1997h) considera que o diferente depende, em cada situação, do que seja o estado pré-existente. Cada elemento anímico se desenvolve a partir do prévio e contém um aporte complexizante.

Destaca que quando ocorre uma dissolução das diferenças geracionais, culturais ou étnicas, predomina uma tendência à banalização do diferencial e um rechaço do que questiona esta homogeneização. Enfatiza-se então um universo desqualificado, na medida em que a qualidade pressupõe diferença. Ao nível do discurso isto se expressa como predomínio de um pensar especulador e numérico sobre a significatividade e o enlace simbólico com as origens.

No que diz respeito a um processo anímico e vincular, a oposição ao surgimento da qualificação e da diferença consiste em degradá-lo à categoria do orgânico, de um universo carente de consciência, de inércia psíquica. A aversão ao diverso pode culminar em um esforço supressor do corpo próprio ou alheio.

5.1.7) Trauma

Pensando o psiquismo em termos de estímulos energéticos, Freud (1920i) afirma que ele precisa se proteger de quantidades excessivas, quer vindas do interior do organismo, quer do meio externo. Os órgãos dos sentidos servem de filtro, deixando passar quantidades discretas de excitação provenientes do exterior. Os estímulos internos são mediados pelos cuidados maternos, que promovem a satisfação das necessidades. Vai se diferenciando um ego primitivo, que serve como uma pele protetora aos montantes pulsionais e à invasão externa, constituindo-se no que Freud chama a barreira protetora antiestímulo. Entretanto, se o montante de excitação é de tal intensidade que rompe esta barreira, gerando dor, inicialmente o ego utiliza um mecanismo também econômico, a contra-investidura. Esta retira investidas de outros lugares, para criar, em torno da zona de intrusão, uma investidura contrária de mesmo nível da dor, com o conseguinte empobrecimento das pulsões de vida. Tal tentativa de frear a intrusão, ao mesmo tempo a mantém. No esforço por paralisá-la, amolda a economia pulsional a ela. Tal estado caracteriza o trauma e a fixação a ele. Se a dor

persiste, toda a energia pulsional vai se consumindo (homeorrexis), deixando o ego inerme, mergulhado num mundo em que estão apagadas as qualidades e diferenças. Fica atingida a pulsão de autoconservação e o componente libidinal perde sua capacidade adesiva a elementos anímicos.

5.1.8) Procedimentos autocalmantes

Em casos onde a couraça antiestímulo foi arrasada por estímulos excessivos, pode ocorrer que os estímulos mecânicos, provenientes do mundo físico, que possuem uma frequência, uma distribuição temporal, são captados pelos órgãos sensoriais e utilizados com uma função neutralizadora das hipertrofias sensuais devastadoras, não ligáveis.

Conforme Maldavsky (1995f), o esforço por recuperar uma articulação entre a excitação mecânica e o quimismo pulsional pode dar origem a uma auto-estimulação rítmica (como o ato de embalar), que opera à maneira de uma contra-investidura do trauma, ao qual obtura e ao mesmo tempo representa. Refere-se aos procedimentos autocalmantes do ego, descritos por outros autores (Fain, 1993; Smadja, 1993; Szweç, 1993). Salieta que estes não constituem contra-investiduras simbólicas, significativas, mas basicamente econômicas. Trata-se de um conjunto de recursos para dominar a excitação ou sua drenagem exagerada, apelando à percepção e/ou à motricidade. Buscam a calma mais que a satisfação.

Já Spitz (1996) estuda o balanço no bebê quando este adquire um caráter patológico, descrevendo-o como um distúrbio da motilidade que passa a tornar-se a principal atividade do bebê, substituindo a maioria das atividades comuns nesse nível de idade. Entende-o como um distúrbio da formação do objeto: enquanto outras atividades auto-eróticas, como o chupar o polegar, necessitam a catexe de uma representação de objeto (catexe secundária, narcisista), o balanço, envolvendo todo o corpo da criança numa estimulação auto-erótica, consiste numa atividade pré-objetal (o corpo é objeto de uma pulsão narcisista primária), que se limita à descarga de sua pulsão libidinal por meio do balanço. Spitz verificou este comportamento em crianças que foram prejudicadas em seu desenvolvimento por uma relação inadequada com a mãe.

Fain (Kreisler, 1994) ressalta o papel do embalo maternal como uma estimulação satisfatória capaz de acalmar uma tensão interna, o qual permite uma regressão ao narcisismo primário próprio do dormir.

5.1.9) Correspondência clínica

Cada sujeito traz, em sua personalidade, características que se formaram ao longo de seu desenvolvimento e que trazem as marcas das diferentes fases, determinando seus traços de caráter. Quando alguma delas predomina de forma rígida e intensa, desemboca em um transtorno. A correspondência clínica do mesmo com as diversas fases ou tipos de erotismo refere-se a:

- patologias do desvalimento>intra-somático;
- esquizofrenias e esquizoidias>oral primário;
- depressões e melancolias>oral secundário;
- paranóias, perversões, psicopatias e patologias do ato>anal primário;
- neurose obsessiva>anal secundário;
- fobias>fálico-uretral;
- histerias de conversão>fálico-genital

5.1.10) Fantasias originárias

Maldavsky (1976b) refere que, em psicanálise, o conceito de fantasia corresponde a um argumento imaginário, organizado em seqüências, em que se acha presente o sujeito e outras pessoas e que representa, de maneira mais ou menos deformada pelos processos defensivos, a realização de um desejo inconsciente. Na fantasia está incluído, além da encenação do desejo, o proibido, e com este, o risco correspondente, a castração. A fantasia tem dois componentes: forma e conteúdo. A forma se cria no pré-consciente, a origem do conteúdo é inconsciente. O conteúdo de todas é similar, podendo-se encontrar uma série de elementos comuns em todas elas. Cita Lyotard, que as considera como tendo matrizes. Para detectar os componentes destas matrizes Maldavsky considera as fantasias originárias, ou cenas primitivas, que possuem um valor estruturante sobre as demais fantasias, constituindo um patrimônio que se transmite filogeneticamente, sendo portanto universais. As mais importantes são: sedução (expressa o surgimento de um desejo), cena primária (sua realização) e castração (conseqüência de tal realização). São estruturantes da fantasia, da personalidade e do sujeito, na medida que constituem o complexo de Édipo desde o ponto de vista psicanalítico. Para cada tipo de erotismo haveria um esquema de vivência das cenas primitivas. Também propõe que faça parte das fantasias originárias a da vida intra-uterina.

Os elementos verbais e paraverbais de um discurso adquirem sua significação quando enlaçados com as moldagens determinadas pelas fantasias primordiais. Tais fantasias aludem a:

- um estado inicial anterior ao surgimento da tensão>vida intra-uterina
- despertar do desejo> sedução
- tentativa de consumá-lo> cena primária
- conseqüências desta tentativa> castração

No caso, por exemplo, do erotismo intra-somático:

- fantasia da vida intra-uterina: apresenta-se como equilíbrio econômico
- fantasia de sedução: surge alguém com um desejo especulador (como pedir dinheiro emprestado)
- cena primordial: este alguém procura consumir este desejo
- fantasia de castração: em conseqüência ocorre um prejuízo monetário ou seu equivalente orgânico

No caso, por exemplo, de um paciente esquizofrênico:

- fantasia de sedução: olha-se no espelho e surge o desejo de espremer pontos com acne
- cena primária: representada pelo onanismo, substituído pelo ato de fazer brotar o pus
- fantasia de castração: olha-se no espelho e assusta-se com a profundidade dos poros

No caso, por exemplo, do erotismo fálico-genital

- fantasia da vida intra-uterina: cena na qual prevalece uma harmonia estética de conjunto. O centro está constituído por um casal no qual uma mulher poderosa e bela recebe dons e atributos de um homem. O sujeito ocupa o lugar de um dos vários componentes que dão beleza ao conjunto.
- fantasia de sedução: promessa de dar um presente que se mostra em um envoltório atraente, mas cujo conteúdo consiste em um objeto pouco valioso.
- cena primordial: uma festa ou seu equivalente, em que há uma grande heterogeneidade ou barulho agitado, centralizada em torno de certos protagonistas hegemônicos, que dramatizam uma cena que todos contemplam ou imitam.
- fantasia de castração: uma gravidez monstruosa, na qual o continente não pode suportar a complexidade, a densidade ou o tamanho do conteúdo.

As manifestações verbais e paraverbais podem ter um significado em vários lugares destas fantasias primordiais sem perder sua significação diferencial como expressão de determinada linguagem de erotismo.

5.1.11) Formação, funções e tipos de ideal de ego

Em *Procesos y Estructuras Vinculares* (1990d), Maldavsky, a partir de conceitos freudianos, desenvolve o estudo sobre a formação, as funções e os tipos do ideal de ego. Este faz parte do superego, estrutura originada a partir de uma diferenciação do ego tendo, por um lado, suas raízes no id e, por outro, sendo um representante da realidade através da autoridade dos pais. O ego, buscando a síntese entre as exigências pulsionais e o mundo sensorial, se identifica com o pai-modelo-ideal, o qual inicialmente tem um cunho onipotente, dado através da imagem projetada daquilo que o ego desejaria ser (identificação primária). Em um tempo posterior, a imagem do ideal é substituída pela palavra, que expressa processos mais complexos do mesmo. Isto ocorre sobretudo quando advém o juízo da castração materna. Há a queda de uma identificação primária, a renúncia a investidas objetivas edípicas, uma dessexualização e a substituição por identificações secundárias (“ser como” o pai, mas “não ser” ele, “não fazer” como ele – proibição do incesto).

Como uma das funções do ideal de ego, se tem que, derivado de um vínculo-pai, o ideal constitui um ponto em que o ego se respalda para tomar decisões, baseando-se em certos valores para julgar sobre o que é bom ou mau, útil ou prejudicial. Esta função consiste em permitir o desenvolvimento de juízos atributivos, proferidos pela consciência moral. Outra função é que a produção de um ideal, para Freud, é um requisito para o desenvolvimento de processos sublimatórios, uma das formas de elaborar exigências pulsionais. Outra função é a relação do ideal com a representação-grupo, ligada ao sentido de realidade. Ou, ainda, a hipótese do privilégio do pensar (pré-consciente>palavra>simbolização>pai) sobre o perceber (inconsciente>percepção>realidade sensorial>mãe), que se refere à constituição e à eficácia do nome do pai, segundo Freud e Lacan.

Partindo do estudo de diferentes tipos de ideais presentes na história da humanidade e seu significado, Maldavsky, juntamente com Liberman, desenvolveu algumas propostas em relação aos distintos ideais do ego, dos sentidos de realidade, segundo as estruturas clínicas. Descreveram cada ideal em termos de dois pólos, um valorizado e outro denegrido, sintetizados no quadro abaixo:

Estrutura clínica	Conteúdo do ideal
Esquizoidia e esquizofrenia	observar sem participar/ser observado participando
Depressão e melancolia	ser amado e perdoado/não ser amado nem perdoado
Paranóia e transgressões	perseguir fazendo justiça/ser perseguido injustamente
Neurose e caracteropatia obsessiva	pensar ordenadamente e ser virtuoso/ pensar desordenadamente e ser vicioso
Histeria de angústia e caracteropatia fóbica	dramatizar e controlar o perigo/ fracassar na dramatização e no controle do perigo
Histeria de conversão e caracteropatia histérica	dramatizar e provocar impacto estético/ fracassar na dramatização e provocar um impacto de fealdade

Supondo que em cada um destes grupos de estruturas existe uma fixação pulsional específica, Maldavsky conjectura que os ideais de ego são transmutações de diferentes tipos de erogeneidade. Mais tarde, levando em conta o que atualmente chama patologias do desvalimento, passou a considerar um outro tipo de erotismo, o intra-somático, ocorrendo em um tempo lógico anterior ao oral primário, caracterizado por uma fixação libidinal aos órgãos em que se registra a tensão de necessidade e cujo ideal seria a ganância, manifestada por um afã especulativo. Sintetizando os conteúdos acima de cada ideal, propõe o seguinte esquema:

Tipo de erotismo	Tipo de ideal
Intra-somático	Ganância
Oral primário	Verdade
Oral secundário	Amor
Anal primário	Justiça
Anal secundário	Ordem
Fálico-uretral	Dignidade
Fálico-genital	Beleza

Os quadros acima, referentes ao ideal de ego, também podem ser descritos como:

- erotismo intra-somático
 - ideal>ganância. Se o ego se consubstancia com este ideal, sobrevém uma estrutura, o caráter sobreadaptado. Ao contrário, quando supõe que o outro extrai um ganho, um número, a sua custa, surge uma manifestação psicossomática, e um estado de depressão essencial, carente de matiz afetivo.
- erotismo oral primário
 - ideal>verdade. Centra-se em torno de um profeta, um iluminado que tem o poder por haver obtido a revelação. O sujeito é eleito como representante do líder, ou fica paralisado de terror ante um líder hostil que lhe extrairá uma essência.
- erotismo oral secundário
 - ideal>amor. Centra-se em torno de alguém que é possuidor de um dom, dos quais os outros dependem e se nutrem e que, por sua vez, depende deles. Ou o paciente se identifica com este ideal, ou se posiciona como subalterno a ele.
- erotismo anal primário
 - ideal>justiça. Ou o paciente se identifica com um modelo que representa um ideal vindicativo, ou vê a outro neste papel, enquanto o seu é submeter-se humilhante e vergonhosamente.
- erotismo anal secundário
 - ideal>ordem. O sujeito tem uma relação com um líder introjetado que distribui seu amor por igual. Está entre quem mantém a ordem e procura expulsar os agentes da desordem, ou se identifica com a posição do desordenado ou vicioso.
- erotismo fálico-uretral
 - ideal>dignidade. Mantém uma marca identificatória de dignidade, mas seu desejo se direciona para um grupo inimigo, o que desperta angústia. Ou sustenta sua dignidade e toma seu fracasso como um sintoma, ou evita a situação de desejo e sofre de desconfiança e pessimismo.
- erotismo fálico-genital
 - ideal>beleza. Baseia-se na projeção da beleza em um líder, com quem estabelece uma identificação hipertrófica, ou se coloca na posição de quem se propõe a arruinar a pretensa coerência estética alheia.

5.1.12) Representação de coisa e representação de palavra

Partindo da obra de Freud, o inconsciente é visto como um conjunto de representações de coisa, que se articulam com as representações de palavra pré-conscientes para configurar, na consciência, a imbricação entre representação de coisa e representação de palavra (Maldavsky, 1976b). A representação de coisa emergiria da estruturação e conjugação de certos sentidos imbricados com imagens surgidas das experiências pessoais e constitui a base para que a representação palavra possa ser captada como tal. A palavra, como a coisa à qual está soldada, é concebida como um dom proveniente da mãe. O corpo e suas partes recebem uma marca dada por certos nomes outorgados pela mãe, que inscrevem um novo tipo de erogeneidade no âmbito da palavra (Neves, 1994)). Por sua vez, a representação de palavra atua sobre a representação de coisa conferindo-lhe graus crescentes de diferenciação e complexidade. Para Freud, a relação entre representação de palavra e de coisa é o que denomina relação simbólica.

A intelecção da palavra “não” passa por um processo evolutivo que demonstra a aquisição de novas lógicas. Inicialmente o “não” é um modo de expulsão. A seguir, o “não” deixa de coincidir com o ato motor e se constitui em ato verbal oposto ao primeiro, com o qual se gera uma disjunção que precede a conquista do termo como símbolo. Mais adiante o “não” se articula com outras palavras no interior de um discurso e adquire o valor de símbolo. A representação corpo, correspondente ao tempo lógico anterior, fica agora subordinada à palavra. A lógica que passa a atuar nesse ego mais desenvolvido, caracterizado pelo predomínio do pré-consciente verbal, permite superar o imediato do presente, pois passa a ser possível recordar uma vivência sem necessidade de repeti-la. Isto faz com que se constitua uma temporalidade, na qual o presente e o passado se diferenciam.

Esta maturação se processa ao longo do desenvolvimento e culmina com a formação do superego, na fase edípica. A aceitação da castração materna, a proibição do incesto, funcionam como um “não” em termos da erogeneidade, que necessita buscar outras formas de se expressar além da voluptuosidade, fazendo-o através da palavra, da abstração. Isto é obtido através da identificação com o vínculo-pai (Freud, Lacan). Surge um pré-consciente que expressa um pensar, não apenas um representar (ligado à percepção, à vivência). A idéia da castração materna leva a novos processamentos psíquicos do tipo pré-consciente, estruturados a partir da ausência de algo anelado. A falta de um termo verbal para expressar um suposto falo na mãe dá

espaço para que a palavra represente, abstratamente, um pensamento inconsciente que não encontra suporte na realidade sensível. Para Freud, o progresso na espiritualidade é consequência da supremacia do pensar sobre o representar. Considera fundamental neste processo a inteligência acerca da participação do pai na própria origem. A filiação materna deriva da vivência. Já o papel do pai na procriação deve ser inferido. É produto de um pensamento pelo qual a própria criança se coloca no lugar de filho de seu pai.

5.1.13) Defesas

Existem várias defesas que o ego lança mão para se defender de situações internas e externas que o coloquem em perigo. Dentre elas, os pacientes com afecções psicossomáticas utilizam com frequência e intensidade a renegação (“desmentida”), descrita por Freud como uma cisão do ego no processo de defesa e que consiste num reconhecimento intelectual de um determinado fato, concomitantemente com seu desconhecimento, ou repúdio, do ponto de vista emocional.

Outra defesa, tratando-se agora de pacientes psicóticos, é a forclusão (“desestima”), que consiste na operação de borramento de um elemento psíquico no interior da psique (Braunschweig, 1975)). O forcluído é um modo de reação do ego ao desprazeroso, passando a considerá-lo não existente.

A renegação e a forclusão (“desmentida” e “desestima”) se opõem a juízos emitidos pelo ego-prazer purificado (juízo de atribuição, que outorga ou não uma propriedade boa ou má, útil ou prejudicial, a uma coisa) ou pelo ego-real definitivo (juízo de existência, que discrimina se uma representação ou um pensamento pode ou não ser reencontrado na realidade, como percepção) (Maldavsky, 1986c).

Já a repressão se opõe ao desejo, negando aos representantes psíquicos inconscientes da pulsão uma tradução ao pré-consciente, à palavra, utilizando uma contrainvestidura.

A criatividade e a sublimação são defesas que podem opor-se tanto a percepções e juízos, porém mantendo um reconhecimento da realidade e da lei, quanto ao desejo, neste caso permitindo alcançar um prazer simultâneo à manifestação, ou impondo à pulsão uma mudança de meta.

Maldavsky (1995f) salienta, nas afecções tóxicas e traumáticas, a predominância da forclusão (“desestimação”) do sentir, consistindo em um distúrbio cujo critério primordial é a adesividade carente de conexão e de investidura de atenção psíquica. Surge do conflito da pulsão de morte contra Eros. Esta defesa inicialmente se dirige contra o matiz afetivo (que implica um vínculo terno, em lugar de um sensual que

tende à drenagem libidinal) e se complementa com a projeção de um psicótico que desestima esta realidade que é o paciente, em cuja vida psíquica o paciente não tem lugar algum, mas ao qual deve submeter-se.

Para fazer um inventário das principais defesas, Maldavsky (2001) parte da categorização das estruturas psicopatológicas, considerando um grupo principal e outro derivado: 1) neuroses de transferência>caracteropatias e psicoses derivadas; 2) caracteropatias narcisistas não psicóticas; 3) psicoses> caracteropatias derivadas; 4) patologias tóxicas e traumáticas> caracteropatias derivadas.

Considerando as defesas como destino de pulsões sexuais, no processo defensivo a erogeneidade e/ou o ego regridem a pontos de fixação anteriores do seu desenvolvimento. Como defesas prevalentes em cada estrutura clínica, com seus respectivos pontos de fixação, tem-se: 1) neuroses de transferência (histerias de conversão e de angústia e neurose obsessiva)>repressão>FG, FU E A2; 2) estruturas narcisistas não psicóticas (caracteropatias transgressoras e perversas, caracteropatias depressivas e caracteropatias esquizóides)>desmentida>A1, O2, O1; 3) psicoses (paranóia, melancolia, esquizofrenia)>desestimação da instância paterna e da realidade>A1, O2, O1; 4) neuroses tóxicas (afecções psicossomáticas, adições) e traumáticas>desestimação do afeto>LI.

As defesas funcionais, ou adaptativas, são as mesmas que as patógenas, embora não levem, como estas, a uma tendência a deter ou fazer retroceder uma complexização psíquica crescente. A defesa é patógena se perturba o refinamento egóico ou impõe uma regressão.

A teoria da defesa está ligada à teoria da pulsão (a defesa é um destino da pulsão no ego) e à idéia de conflito que o ego tem entre seus senhores: pulsão, realidade e superego. A meta específica da defesa é opor-se a um dos amos do ego. A meta genérica consiste em manter algum tipo de equilíbrio libidinal narcisista. Para determinar se uma defesa é exitosa, deve ter obtido ambas as metas. Por exemplo, pode opor-se a um dos senhores do ego, mas não ser satisfatória quanto à manutenção do narcisismo. Portanto, pode ser exitosa, fracassada ou parcialmente exitosa/fracassada. No item 5.2) estão discriminadas formas operacionais para decidir sobre o êxito ou fracasso das principais defesas, bem como de sua funcionalidade ou patogenia.

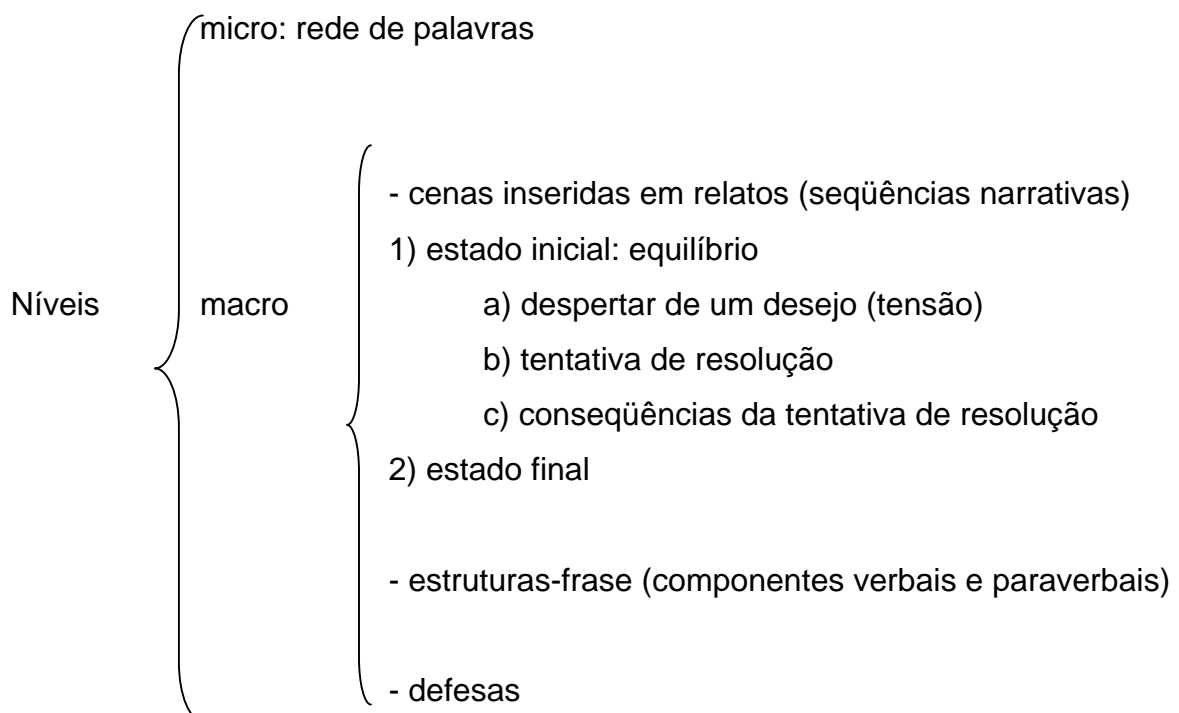
5.1.14) Caracteropatia sobreadaptada

Em torno da idade de dezoito anos surge a necessidade de independizar-se dos pais, de abrir-se para um mundo exogâmico, com metas ligadas a

atividades laborativas e de amor (Maldavsky, 1992e). Isto implica a renúncia à ilusão de contar com um pai nutridor. Em pacientes em que há uma afecção psicossomática, ocorre uma pretensão de refutar sua falta (renegação), sendo um pai nutridor para si próprios (identificação): procuram colocar-se numa posição de “self-made man”, obter um nome, um lugar, um prestígio. Com isto criam uma imagem de um personagem paranóico, ao qual se submetem, ante o qual interpõe uma atividade especuladora, com referência aos números e ao prestígio. Oferecem-lhe bens materiais, que perdem progressivamente sua significação para transformar-se somente em números. Outras características são uma fachada desafiadora, a renegação de um juízo que afirma que determinados atos ou objetos são prejudiciais, apesar de seu caráter prazeroso, a não constituição do sentir, a impossibilidade de que surja um matiz afetivo, o aumento permanente da tensão voluptuosa. A sobreadaptação consiste num conjunto de práticas ou discursos em que a abolição dos próprios processos identificatórios se disfarça como adequação a presumíveis imposições de um ser despótico e louco.

5.2) Algoritmo David Liberman

Em *Lenguajes del Erotismo* (1999j), Maldavsky faz uma aplicação do que chamou Algoritmo David Liberman, o qual também será usado no presente trabalho. Pode ser esquematizado como segue:



Consta de um nível micro e um nível macro.

Do primeiro fazem parte redes de palavras consideradas como representantes psíquicos dos vários tipos de erotismo: intra-somático (I), oral primário (O1), oral secundário (O2), anal primário (A1), anal secundário (A2), fático-uretral (FU), fático-genital (FG). Haveria assim sete tipos de redes de palavras, mas na prática ocorre uma combinatória. As pulsões (os vários tipos de erotismo) encontram expressões (suportes) principalmente nos verbos. Abaixo são descritos alguns exemplos destes agrupamentos, sendo que no Apêndice A encontram-se outras referências às erogeneidades:

- patologias tóxicas de pacientes psicossomáticos
 - referência a números (contar, enumerar, somar, multiplicar, comprar, adquirir, analisar)
 - referência à alteração corporal (comer, aspirar, injetar)
 - linguagem críptica
 - aceleração (girar, cair, apressar)
 - letargia (desanimar, cansar, amolecer)
 - relações com os demais de conteúdo adesivo (aderir, grudar)
 - deslocamento espacial sem sustentação em um vínculo significativo (perder-se, cair)
 - desbordes emocionais (estalar, irromper, extravasar)
 - efeitos das estimulações impingidas por outros sobre o corpo do paciente (incitar, provocar)
 - ações que tendem a despertar a piedade alheia (suplicar, rogar, mendigar)
 - sobreadaptação (conseguir, vencer, sobressair, consumir)
 - componente paranóide (com referência a maus tratos: abusar, danificar; ou a um dano que se realiza: prejudicar, sujar, romper; ou a um ato extrativo: saquear, roubar, usurpar; ou a atos transgressores: delinquir; ou violentos: atacar, batalhar, encurrular, bombardear; ou expulsivos: arrojado)

- erotismo oral primário (esquizofrenias)
 - verbos qualitativos, ou seja, que adjudicam uma qualidade a alguém que atua (era uma espécie de...expressão corporal; havia crianças que...eram maiores que eu)

- os estados de ânimo aparecem equiparados a uma coisa que possa ser possuída (eu tenho medo à relação sexual; era um mínimo de mundo sensível; as tardes eram tributárias do sonho)
- uso de verbos que mais comumente se referem a estados, para aludir a localizações espaciais (as aldeias que estavam águas acima)
- verbos que se referem a estados dos objetos (o idioma não está contaminado de grego)
- verbos que se referem a efeitos (seu filho estava pronto para nascer e talvez impaciente)
- verbos que se referem a atividades (outro o estava sonhando)
- verbos que se referem a estados de ânimo (ficar, persistir, temer, doer, humilhar)
- verbos que indicam deslocamento espacial em que o sujeito é colocado em determinado lugar por outro (a mim me puseram, fui mandado, servir)
- verbos extrativos (tirar, privar)
- verbos de tipo representacional, cujas ações o sujeito executa por ordem de outro (compreender, ver, espiar, fotografar, pensar, recordar, relatar, sonhar, imaginar)
- erotismo fálico-uretral (caracteropatias fóbicas e contrafóbicas):
 - tipo de desejo (ambicionar, penetrar, avantajar, arriscar, encarar)
 - caráter modal, expressam uma tensão ambiciosa (poder, atrever-se, animar-se a)
 - estado afetivo correspondente ao desejo acima (angustiar)
 - angústia (estremecer, tremer, tiritar)
 - modo como a angústia se expressa no discurso (como pergunta, como interrogante)
 - deslocamento espacial (aproximação a um espaço ou objeto ou penetração nele)
 - esforço para neutralizar a angústia (mediante a fuga: fugir, escapar; ou adequando-se às circunstâncias: amoldar-se, acostumar-se, domesticar; ou aplacando a um competidor: amansar)
 - interferência em um processo (cortar, interromper)
 - sentimento de derrota ante a competição (envergonhar, humilhar)
 - ato orgulhoso (dignar-se)
 - exibição de um ato de potência (alardear)
 - evitação de expor-se (disfarçar, dissimular)

- despertar da angústia ante o perigo (alertar, afugentar)
- contato com o outro (tocar, acarinhar)
- efeitos do contato com o outro (contagiar, infectar, envenenar, enfeitiçar)
- substituição da própria decisão pela alheia (aconselhar, influir, suggestionar)
- posições contrapostas ante a palavra alheia (confiar, desconfiar, suspeitar, crer, encantar)
- apresentação de imagens visuais (desenhar, pintar)
- atividade visual (ver, olhar, contemplar)

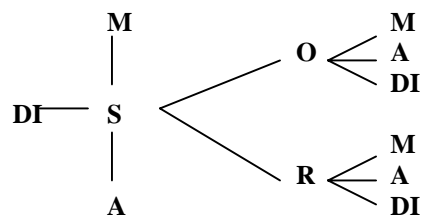
- erotismo fálico-genital (histerias)
 - verbos que expressam uma relação com o desejo (prometer, querer, jurar, ter vontade de, ir a, sabe que?, trago-lhe uma novidade)
 - verbos correspondentes à entrega, ao dom, ao presente (presentear, entregar, oferecer, brindar, dar, dizer um segredo, relatar, sonhar, fantasiar)
 - verbos que aludem ao exhibir-se, a chamar a atenção e seduzir (olhar, escutar, fascinar, atrair, gostar, brilhar), ou a seus contrários (desinteressar-se, enojar-se)
 - verbos que aludem ao ato de doação em termos estéticos (embelezar, enfeitar)
 - verbos que expressam os efeitos da recepção de um conteúdo desmesurado (estalar, arrebrantar)
 - verbos que se referem ao aumento ou diminuição de tamanho, de brilho ou de cor (engrandecer, deslumbrar, descolorir-se)
 - verbos que aludem a sentimentos correspondentes a sofrer o desinteresse do objeto (enciumar, invejar)
 - verbos que expressam a reclamação de um dom (pedir, reclamar, rogar, responder-me, dar-me, falar-me, dizer-me)
 - verbos que incluem metáforas com uma dimensão oral (apetecer, cozinhar, comer)
 - verbos que se referem à teatralização (representar, disfarçar-se, cantar, bailar)
 - verbos que fazem alusão ao prazer vivenciado ou seu inverso (gozar, desfrutar, alegrar-se, rir)

A correspondência clínica destes tipos de erotismo são, respectivamente, as patologias de desvalimento (I), as esquizofrenias e esquizoidias (O1), as depressões e melancolias (O2), as paranóias, perversões, psicopatias e patologias do ato (A1), a neurose obsessiva (A2), as fobias (FU), as histerias de conversão (FG).

Do nível macro fazem parte cenas inseridas em relatos, um estado inicial de equilíbrio (a partir do qual se desenvolve o despertar de um desejo, uma tentativa de resolução e as conseqüências da tentativa de resolução) e um estado final. A este conjunto denomina seqüências narrativas.

Também fazem parte deste nível as frases proferidas diante de um interlocutor, por exemplo paciente e terapeuta, servindo neste caso para detectar relações transferenciais, através de componentes verbais e paraverbais.

Para decidir sobre o caráter funcional ou patógeno das defesas (Maldavsky, 2001), é importante ter em conta a posição do narrador no relato. Tais posições são as de modelo (M), objeto (O), rival (R), ajudante (A), sujeito (S), duplo idêntico (DI). O objeto e o rival também possuem seus duplos, seus modelos e ajudantes, segundo o esquema abaixo:



Para saber se a “desmentida” ou a “desestimação” são normais ou patógenas (Maldavsky, 2001), deve ser levado em conta em que lugar se encontra o narrador em relação às linguagens do erotismo sádico anal secundário, fático uretral e/ou fático genital, representantes da realidade e da lei. Se estas linguagens do erotismo se conjugam harmoniosamente com as linguagens dos erotismos sádico anal primário, sádico anal secundário, oral primário ou intra-somático e guiam a meta global do relato, a defesa é funcional. Se os representantes psíquicos da linguagem do erotismo sádico anal secundário, fático uretral ou fático genital estão submetidos ou tomados como um meio a serviço das metas de alguma das linguagens de erotismo restantes, a defesa é patógena.

Para decidir se a defesa patógena é exitosa, fracassada ou ambas, leva-se em consideração que o êxito da defesa consiste em rechaçar um juízo e manter a ilusão de onipotência. Seu fracasso consiste no retorno desprazeroso do juízo rechaçado e na caída da ilusão de onipotência. Como situações intermediárias, pode-se ter que não retorna o juízo desprazeroso, porém não se mantém a ilusão de onipotência, substituída por um intenso sentimento de fracasso e de inferioridade.

O êxito ou fracasso da defesa se detecta ao analisar as posições do relator nas cenas. Em nível de relato, o êxito da defesa se infere porque o paciente se supõe em uma posição onipotente obtida por roubo (“desmentida”) ou por meios extraordinários (“desestimação”). O fracasso da defesa se adverte porque o paciente se coloca ou como objeto ou instrumento para um interlocutor imediato que o usa com o objetivo de consagrar-se como onipotente (“desmentida”), ou como objeto ou instrumento de personagens todopoderosas, distantes e inobserváveis (“desestimação”). Quanto ao êxito/fracasso da defesa, se detecta quando o paciente não alude a ações mas persiste em descrever estados de caráter desprazeroso, como é inerente aos desenlaces disfóricos do relato.

Quando se trata da repressão como principal defesa, para saber se ela é funcional ou patógena, observa-se se ocorre um predomínio hipertrófico da linguagem do erotismo sádico anal secundário, fálico uretral ou fálico genital, o que interfere nas possibilidades expressivas. Neste caso, a defesa é patógena. Se no discurso as várias linguagens do erotismo se manifestam de forma harmônica, a defesa é uma repressão funcional.

Para saber se a repressão patógena é exitosa ou fracassada, verifica-se a posição do paciente: se ele se coloca como sujeito de um desejo hipertrófico freado, a repressão é exitosa; se ele é o ator de uma tentativa de consumação fracassada, ficando como rival derrotado em relação ao desejo, a defesa fracassa.

Também é importante detectar se ocorrem “desmentidas” secundárias à repressão, o que se manifesta se o paciente se situa na posição de quem consome seu desejo à custa de outros, vistos como ajudantes não reconhecidos (sendo neste caso exitosa), ou se coloca na posição de tais ajudantes, que então alcançam sua meta em detrimento do narrador (trata-se então de uma “desmentida” secundária fracassada).

5.2.1) Nexos e subordinações

Os pacientes com sonolência podem apresentar aspectos de vários tipos de erogeneidade, cada uma se expressando através de uma linguagem característica, formando um mosaico em que se pode verificar um predomínio de um dos tipos de fixação libidinal. Estas diversas configurações também são analisadas da mesma maneira, formando um tramado pulsional complexo, em que sobressairão as estruturas principais.

Para isto, torna-se necessário discernir nexos e subordinações. Alguns elementos do discurso parecem ser organizadores do conjunto, como aqueles que se referem, por exemplo, à alteração orgânica como modo de resolver um conflito, no caso de uma fixação numa libido intra-somática.

5.2.2) Critérios estatísticos ou lógicos

O predomínio de um grupo de características sobre as demais pode ser inferido a partir de critérios quantitativos:

- número de vezes em que ocorreu
- duração de tempo, na entrevista, em que ocorreu.

Entretanto, também serão utilizados critérios lógicos, determinados por:

- posição no relato (inicial ou final)
- importância
- mudança de significado

Se a coerência entre o enfoque estatístico e o lógico não coincidem, a dominância lógica se impõe sobre o critério estatístico.

6) OBJETIVOS

6.1) OBJETIVO GERAL

Contribuir ao estudo da linguagem de pacientes com sonolência.

6.2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6.2.1) Diferenciar estados de sonolência que não sejam devidos a: privação de sono, uso de medicamentos, apnéia do sono ou transtornos de humor;

6.2.2) Caracterizar o tipo de discurso de tais pacientes;

6.2.3) Estabelecer a predominância e relação das diversas estruturas clínicas de cada paciente.

7) METODOLOGIA

7.1) TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Trata-se de uma investigação limitada do tipo exploratório.

7.2) UNIDADES DE ANÁLISE

Fragmentos do discurso relativos a duas entrevistas com pacientes que apresentam sonolência diurna.

7.3) VARIÁVEIS

Fixações pulsionais (erogeneidades) e defesas manifestados através do estudo das redes de palavras e seqüências narrativas pertencentes a duas entrevistas com pacientes que apresentam sonolência diurna.

7.4) CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DE CASOS

Foram entrevistados pacientes que procuraram o Laboratório do Sono da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, sob a direção do Dr. Denis Martinez. Este Laboratório foi pioneiro no Brasil na realização de estudos polissonográficos do sono, seguindo em todos os passos os atuais critérios de avaliação dos distúrbios do sono: entrevista, exame da orofaringe, resposta a questionários efetuada pelo paciente, dos quais fazem parte a Escala de Sonolência de Epworth e uma Lista de Verificação de Sintomas, eletroencefalografia, eletromiografia, com observação de movimentos oculares, movimentos de pernas, movimentos dos maxilares, movimentos respiratórios, oximetria.

A seleção da amostra consta de pacientes que apresentaram queixas de sonolência. A estes é aplicada a Escala de Sonolência de Epworth modificada (Anexo 1). Após entrevista clínica com o médico responsável pelo Laboratório do Sono, Dr. Denis Martinez, e realização de exame de polissonografia, são escolhidos dois pacientes que não apresentam a Síndrome de Apnéia do Sono, que não usam medicação passível de produzir sonolência diurna, que não apresentam transtorno do humor.

7.5) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

7.5.1) É realizada uma entrevista gravada em fitas de áudio, semi-estruturada, de 45 minutos de duração, pela mestranda, em que o paciente é convidado a falar de seus

sintomas e das circunstâncias pessoais, familiares, profissionais, presentes e passadas, a eles relacionadas. As intervenções são as menores possíveis e visando apenas o aprofundamento exploratório dos sintomas, permitindo a maior parte do tempo a associação livre. Tal entrevista segue o modelo proposto por Marty em seu livro *El Orden Psicossomático* (1995) e por Maldavsky em *Lenguajes del Erotismo* (1999j).

7.5.2) As entrevistas são transcritas para o português e, após, vertidas para o espanhol.

7.5.3) Não será analisado o nível correspondente às estruturas-frase, pois o material e o tipo de abordagem propõem-se ao estudo de relações extratransferenciais, a um corte transversal de um momento na vida de cada entrevistado, ligado à pergunta sobre o sintoma (sonolência) e visto não tratar-se de um vínculo terapeuta-paciente nem de um conjunto de sessões com uma evolução longitudinal decorrente da interação com este.

7.5.4) A análise das entrevistas se processará pela quantificação e avaliação das erogeneidades e defesas predominantes, do ponto de vista estatístico e lógico, manifestadas no estudo da rede de palavras e seqüências narrativas de cada entrevista.

7.5.4.1) Rede de palavras

Para a análise da rede de palavras foi utilizado, sobre a versão em espanhol da entrevista, tomando apenas o discurso do paciente, sem as intervenções da mestranda, o Dicionário Computadorizado (Maldavsky, 2002a).

Tendo-se em vista que as linguagens do erotismo dispõe de um repertório de palavras em quantidade de termos diferente, foi realizada uma calibração (Maldavsky, 2004, pg.80), cujo valor é inversamente proporcional à quantidade de termos que na base de dados tem cada linguagem do erotismo:

LI	2,58
O1	2,82
O2	2,10
A1	1,50
A2	1,00
FU	1,55
FG	1,07

7.5.4.2) Seqüências narrativas

O estudo das seqüências narrativas baseou-se, para sua operacionalização, no Capítulo I do livro *La investigación psicoanalítica del lenguaje* (Maldavsky, 2004). No apêndice A estão as tabelas e elementos utilizados na avaliação das cenas, tipo de ideais, de personagens, de defesas, etc.

As entrevistas foram divididas em três temas: sonolência, trabalho e estudo e relacionamento familiar. Para cada um deles, foram discriminadas cenas correspondentes às várias erogeneidades.

7.5.4.3) Fragmentação

Como unidade de análise para o estudo, cada uma das entrevistas foi subdividida em cerca de 60 fragmentos, tendo como critério de escolha representar um trecho que exemplificava, quando possível, os diversos aspectos das cenas correspondentes às sete erogeneidades (estado inicial, despertar do desejo, tentativa de consumir o desejo, conseqüências da tentativa de consumir o desejo, estado final).

Em relação a cada fragmento, foi feita uma análise interativa da rede de palavras, obtida a partir do Dicionário Computadorizado, para verificar a qual das opiniões, dadas pelo Dicionário, a palavra mais se adequava, no contexto.

A seguir, para cada um, foram analisados os vários elementos das cenas, como: atributos dos personagens, ideal expressado no relato, ajudante dos personagens, personagem dominante, espaços, estados afetivos, ações motoras.

Em cada fragmento foram indicadas as principais defesas e qual a dominante, do ponto de vista lógico, a partir da posição do narrador no relato.

7.5.4.4) Síntese

Após a análise dos fragmentos, de acordo com os critérios acima descritos, foi feito, para cada tema, um resumo da análise interativa das palavras, outro para as erogeneidades dominantes, do ponto de vista lógico, em cada fragmento e um terceiro para as defesas. Depois, obtidos os totais gerais.

7.5.4.5) Comparações

Na análise dos resultados foram comparados o nível micro, das palavras, com o nível macro, das seqüências narrativas, para cada paciente, bem como entre os dois, em conexão com a história de cada um, expressa nas entrevistas.

8) RESULTADOS

8-1) Dados obtidos – Júlio

Quadro I

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Domi- nante
Sonolência	LI	Est.inicial	1	X				X	X	X	LI
	LI	Idem	2	X		X		X	X	X	LI
	LI	Despertar desejo	3	X				X	X	X	LI
	LI	Idem	4	X	X	X	X	X	X	X	LI
	LI	Tentativa consumar desejo	5	X				X	X		LI
	LI	Idem	6	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Idem	7	X				X			LI
	LI	Conseqüência tentativa de consumar desejo	8	X	X	X	X	X	X	X	LI
	LI	Estado final	9			X		X	X	X	LI
	LI	Idem	10	X		X	X	X		X	LI
	LI		11	X		X		X	X	X	LI

Quadro II

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante
Trabalho e Estudo	O1	Despertar desejo	12		X	X		X	X	X	O1
	O1	Tentativa consumir desejo	13		X	X		X	X	X	O1
	A2	Estado Inicial	14			X	X	X	X	X	A2
	A2	Idem	15					X			A2
	A2	Tentativa consumir desejo	16					X	X		A2
	A2	Idem	17	X		X		X	X	X	A2
	A2	Idem	18					X		X	A2
	FU	Estado inicial	19		X	X		X	X	X	FU
	FU	Tentativa de consumir desejo	20	X		X		X	X	X	FU
	A2 e FG		21			X		X	X	X	A2
	FU e FG		22	X		X		X	X	X	FG

Quadro III

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Domi- nante
Relacionamento familiar	LI	Estado inicial	23	X		X			X	X	LI
	LI	Idem	24	X	X	X		X	X	X	LI
	LI e O2	Idem	25	X		X	X	X	X	X	O2 e LI
	LI	Despertar desejo	26	X			X	X	X	X	LI
	LI	Idem	27	X			X	X	X	X	LI
	LI	Idem	28	X		X		X	X	X	LI
	LI e A1	Idem	29	X	X		X		X	X	LI e A1
	LI	Tentativa consumir desejo	30	X		X		X	X	X	LI
	O1	Estado inicial	31			X	X	X	X	X	O1
	O2	Idem	32			X		X	X	X	O2
	O2	Idem	33			X		X	X	X	O2
	O2	Despertar desejo	34	X	X	X	X	X	X	X	O2
	O2	Idem	35			X	X	X	X	X	O2
	O2	Idem	36			X				X	O2
	O2	Idem	37			X	X	X	X	X	O2
	O2	Idem	38	X		X	X	X	X	X	O2
	O2	Desp. e tentativa consumir desejo	39		X	X	X	X	X	X	O2
	O2	Tentativa consumir desejo	40			X		X	X	X	O2
	O2	Idem	41	X		X		X	X	X	O2
	O2	Idem	42			X		X	X	X	O2
	O2	Conseq. tentativa consumir	43			X		X	X	X	O2

		desejo									
	A1 e FU	Tentativa consumar desejo	44			X	X	X	X	X	A1 e FU
	A1	Conseq. tentativa consumar desejo	45			X	X				A1
	A1	Idem	46			X		X	X	X	A1
	A2	Estado inicial	47	X	X	X	X	X	X	X	A2
	A2	Despertar desejo	48			X		X	X	X	A2
	A2	Idem	49			X	X	X	X	X	A2
	A2	Tentativa consumar desejo	50			X		X	X	X	A2
	A2	Idem	51			X		X	X	X	A2
	A2	Idem	52	X		X	X	X	X	X	A2
	A2	Estado final	53		X			X	X	X	A2
	O1 ou A2		54		X		X	X	X	X	O1 ou A2
	A2	Estado final	55			X		X	X	X	A2
	FU	Despertar desejo	56	X	X	X		X	X	X	FU
	FU	Tentativa consumar desejo	57			X		X	X	X	FU
	FG	Conseq. tentativa consumar desejo	58			X		X	X	X	FG
	FG e A1		59			X	X	X	X	X	FG e A1
	FG		60			X	X	X	X	X	FG

Quadro IV

Legendas- Defesas: DAPE: desestimação do afeto, patógena, exitosa
 DAPNE: desestimação do afeto, patógena, não exitosa
 DAF: desestimação do afeto, funcional
 DPE: desestimação patógena, exitosa
 MPE: desmentida patógena, exitosa
 MPNE: desmentida patógena, não exitosa
 MF: desmentida funcional
 RPE: repressão patógena exitosa
 RPNE: repressão patógena não exitosa
 RF: repressão funcional
 MRE: desmentida secundária à repressão, exitosa
 MRNE: desmentida secundária à repressão, não exitosa
 FR: formação reativa
 P: projeção
 I: identificação

Fragmento:F

F	DAPE	DAPNE	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPNE	RF	MRE	MRNE	FR	P	I
1	X														
2	X														
3		X													
4			X												
5		X													
6		X													
7		X													
8						X									
9			X												
10			X												
11		X													
12							X								
13				X											
14								X			X				
15								X							

16								X							
17										X	X				
18								X							
19								X			X				
20								X			X				
21										X	X				
22										X					
23	X														
24				X											
25						X								X	
26	X														
27							X								
28										X	X				
29										X		X			
30										X	X				
31								X			X				
32										X					
33										X					
34						X									
35						X		X							
36															
37										X					
38										X	X				
39					X									X	X
40						X							X		
41										X	X				
42										X	X				
43					X										
44					X									X	
45															
46							X								
47										X	X				
48										X	X				
49										X	X				
50										X					
										X	X				
51															
52								X							
53									X		X				

54								X			X				
55				X				X							
56										X					
57										X	X				
58										X	X				
59								X							
60										X	X				

A tabulação da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos relativos à sonolência está resumida abaixo:

Fragmentos de 1 a 11	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	291	54	4	31	5	116	42	39
	Calibradas 392,03	85,32	11,28	65,10	7,50	116,00	65,10	41,73
	%	21,76	2,88	16,60	1,91	29,59	16,61	10,64

Tabela 1 – Análise interativa das palavras – Sonolência: Erogeneidades – Caso Júlio

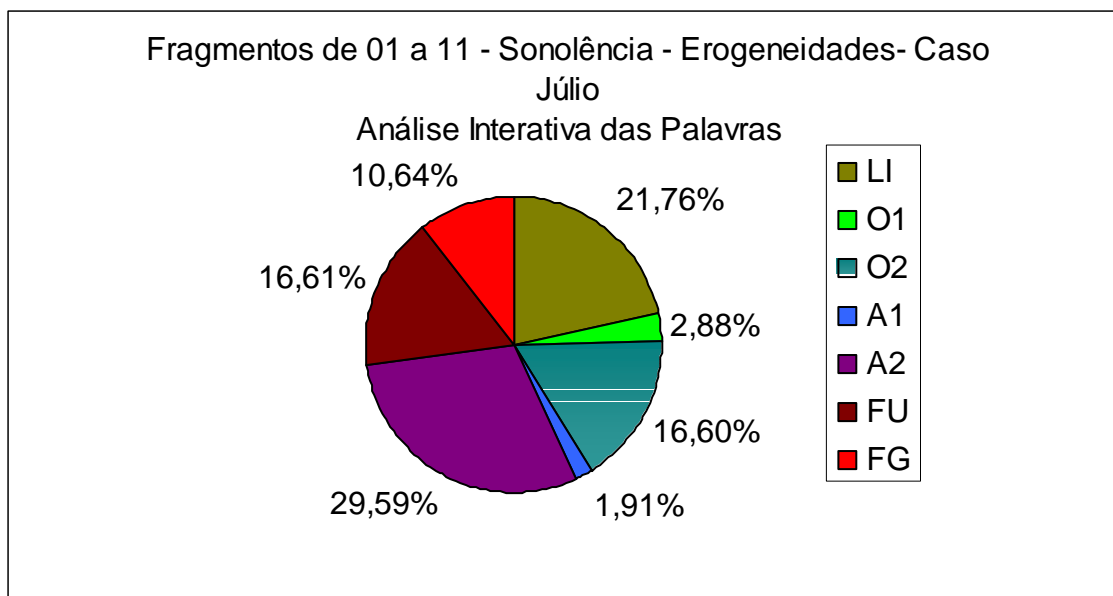


Gráfico 1 – Análise interativa das palavras – Sonolência: Erogeneidades – Caso Júlio

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao trabalho e estudo:

Fragmentos de 12 a 22	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	175	3	6	19	2	69	48	28
	Calibradas 237,92	4,74	16,92	39,90	3,00	69,00	74,40	29,96
	%	1,99	7,11	16,77	1,26	29,00	31,27	12,59

Tabela 2 – Análise interativa das palavras – Trabalho e Estudo: Erogeneidades – Caso Júlio

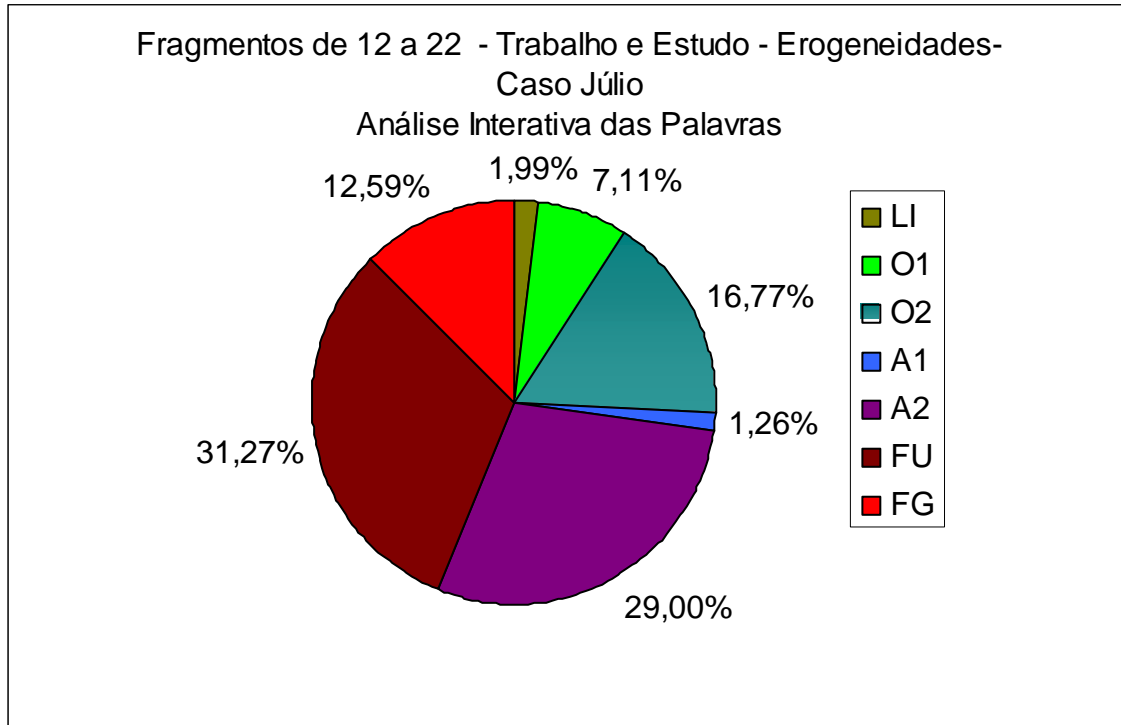


Gráfico 2 – Análise interativa das palavras – Trabalho e Estudo: Erogeneidades – Caso Júlio

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao relacionamento familiar

Fragmentos de 23 a 60	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	F U	FG
	893	28	7	136	25	359	161	177
	Calibradas 1185,02	44,24	19,74	285,60	37,50	359,00	249,55	189,39
	%	3,73	1,67	24,10	3,16	30,29	21,06	15,98

Tabela 3 – Análise interativa das palavras – Relacionamento Familiar: Erogeneidades – Caso Júlio

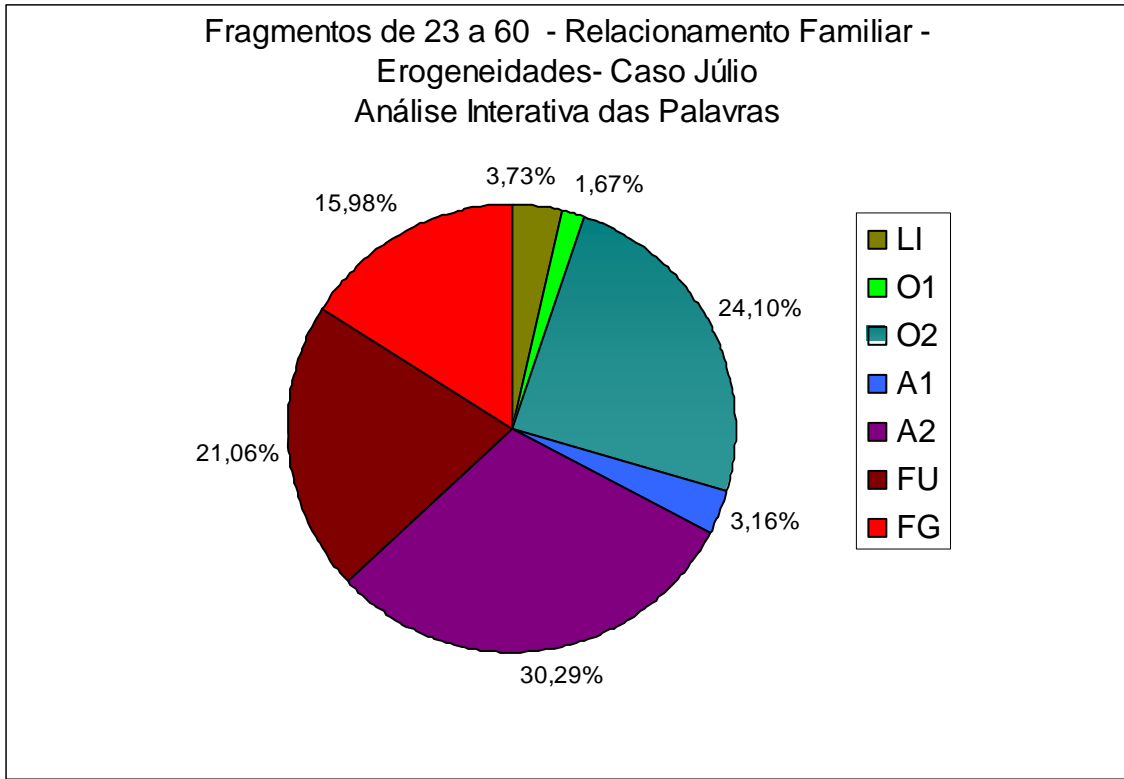


Gráfico 3 – Análise interativa das palavras – Relacionamento Familiar: Erogeneidades – Caso Júlio

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar

Fragmentos de 01 a 60	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	1359	85	17	186	32	544	251	244
	Calibradas 1814,97	134,30	47,94	390,60	48,00	544,00	389,05	261,08
	%	7,40	2,64	21,52	2,64	29,97	21,44	14,38

Tabela 4 – Análise interativa das palavras – Total: Erogeneidades – Caso Júlio

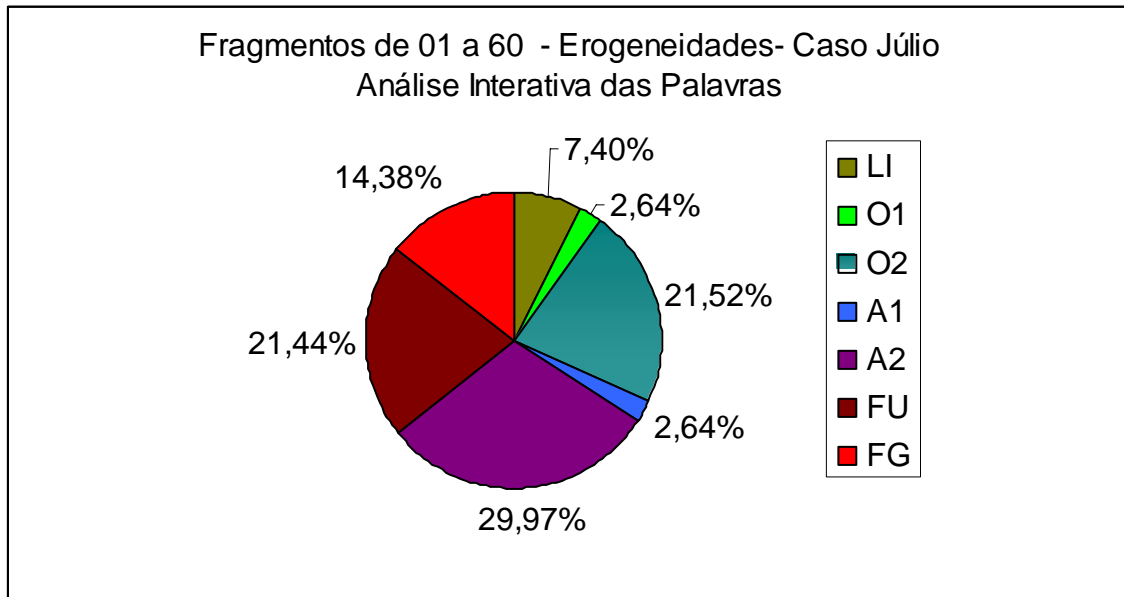


Gráfico 4 – Análise interativa das palavras – Total: Erogeneidades – Caso Júlio

Resumo da dominância das diversas erogeneidades nas seqüências narrativas referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar

Total	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Sonolência	11						
Trabalho e Estudo		2			6	2	1
Relacionamento Familiar	8	2	13	5	9	3	3
Total Geral	19	4	13	5	14	5	4
%	29,69	6,25	20,31	7,81	21,88	7,81	6,25

Tabela 5 – Seqüências narrativas – Sonolência, Trabalho e Estudo, Relacionamento Familiar, Total Geral: Erogeneidades – Caso Júlio

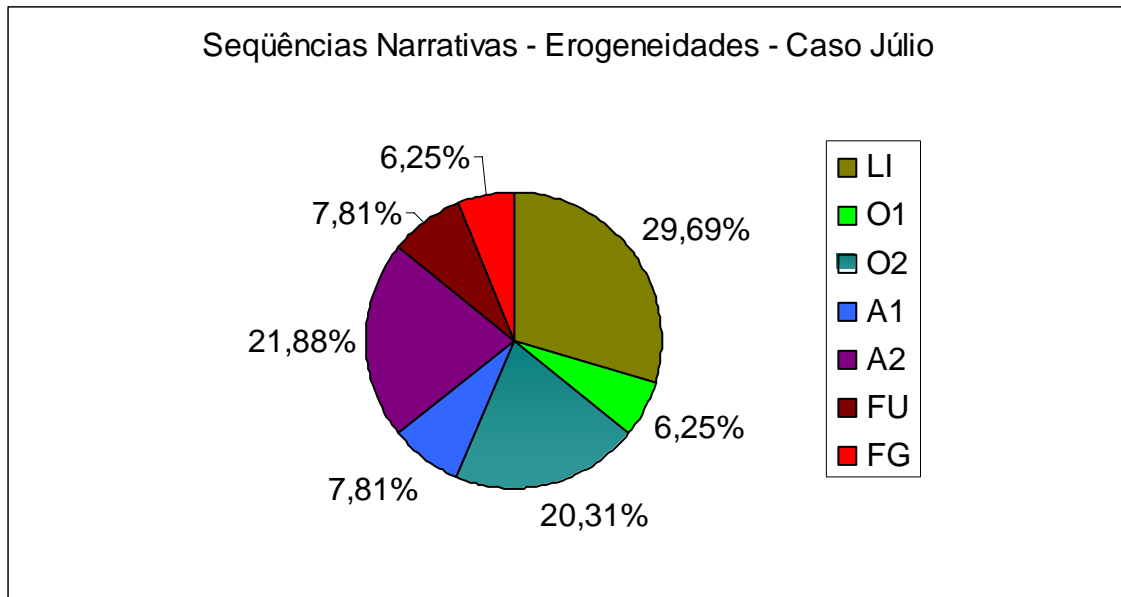


Gráfico 5 – Seqüências Narrativas – Total Geral: Erogeneidades – Caso Júlio

Resumo das defesas predominantes encontradas nos diversos fragmentos:

Legendas: T: Total

S: Sonolência

TE: Trabalho e Estudo

RA: Relacionamento Familiar

TG: Total Geral

T	DAPE	DAPNE	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPNE	RF	MRE	MRNE	FR	P	I
S	2	5	3			1									
TE				1			1	6		3	5				
RA	2			1	4	4	2	5	3	18	15	1	3	1	1
TG	4	5	3	2	4	5	3	11	3	21	20	1	3	1	1
%	4,60	5,75	3,45	2,30	4,60	5,75	3,45	12,64	3,45	24,14	22,99	1,15	3,45	1,15	1,15

Tabela 6 – Seqüências Narrativas – Sonolência, Trabalho e Estudo, Relacionamento Familiar, Total Geral: Defesas – Caso Júlio

Nos gráficos a seguir, referentes a defesas, estas foram agrupadas em dois conjuntos: as sete primeiras da tabela acima, englobadas como “desestima” e “desmentida” (consistindo nas defesas: desestimação do afeto patógena exitosa, desestimação do afeto patógena não exitosa, desestimação do afeto funcional, desestimação patógena exitosa, desmentida patógena exitosa, desmentida patógena não

exitosa, desmentida funcional), e as oito seguintes como “repressão” (reunindo: repressão patógena exitosa, repressão patógena não exitosa, repressão funcional, desmentida secundária à repressão exitosa, desmentida secundária à repressão não exitosa, formação reativa, projeção e identificação).

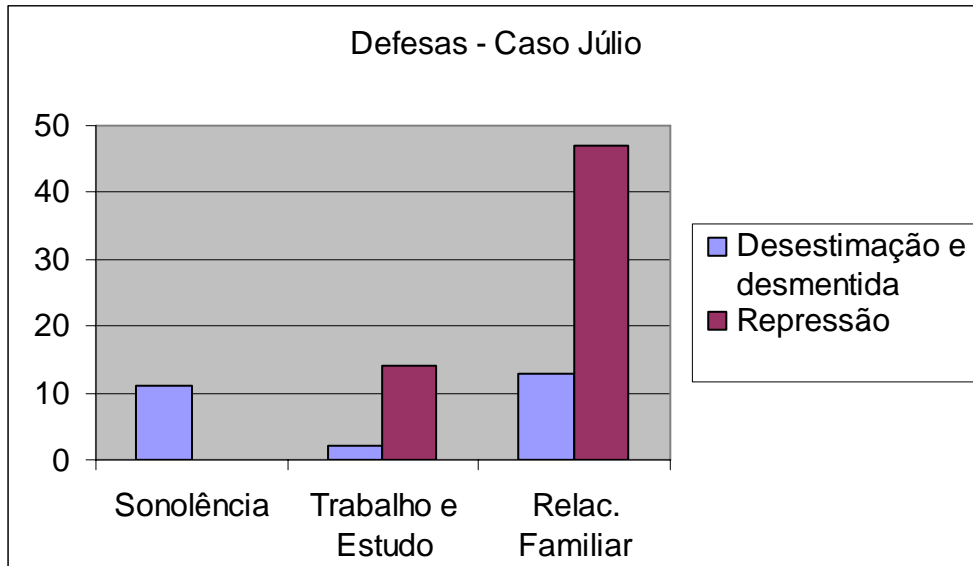


Gráfico 6 – Seqüências Narrativas - Sonolência, Trabalho e estudo, Relacionamento Familiar: Defesas – Caso Júlio

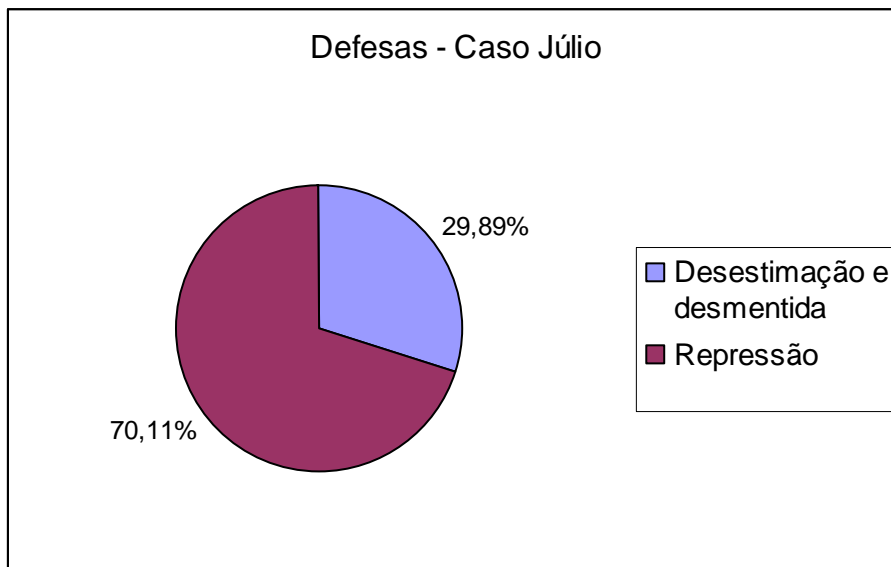


Gráfico 7 – Seqüências Narrativas – Total Geral: Defesas – Caso Júlio

8-2) Dados obtidos – Carlos

Quadro I

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Domi- nante
Sonolência	LI	Est. inicial	1	X	X	X	X	X	X	X	LI e O2
	LI	Idem	2	X	X	X		X	X	X	LI
	LI	Despertar desejo	3	X	X	X		X	X	X	O2
	LI	Tentativa consumar desejo	4	X				X	X	X	LI
	LI	Idem	5	X	X	X		X	X	X	LI
	LI	Idem	6	X		X		X	X	X	LI
	LI	Idem	7	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Conseqüência tentativa de consumar desejo	8	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Est. final	9	X	X	X		X	X	X	LI e O1
	LI	Idem	10	X		X	X	X	X	X	LI
	O1	Despertar desejo	11	X	X			X		X	O1
	O1	Tentativa consumar desejo	12	X	X	X	X	X	X	X	O1 e A2
	O1	Conseqüência tentativa de consumar desejo	13	X	X	X	X	X	X	X	O1
	O2	Est. inicial	14	X	X	X		X	X	X	LI e O2
	O2	Despertar desejo	15	X	X	X	X	X	X	X	O1 e LI
	O2	Tentativa consumar desejo	16	X		X		X	X	X	LI
	O2	Conseqüência tentativa	17	X		X		X	X	X	LI

Quadro III

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante
Relacionamento familiar	LI	Est. inicial	31	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Despertar desejo	32	X		X		X	X	X	O2
	LI	Idem	33	X	X	X	X	X	X	X	LI
	LI	Tentativa consumir desejo	34	X		X		X	X		O2
	LI	Idem	35	X		X		X	X		LI
	LI	Conseqüência tentativa consumir desejo	36		X	X		X	X	X	O1
	LI	Idem	37	X	X	X	X	X	X	X	LI e O2
	LI	Est. final	38	X			X	X	X	X	LI
	LI	Idem	39	X		X	X	X	X	X	LI
	O2	Est. inicial	40			X		X		X	O2
	O2	Despertar desejo	41			X	X	X	X	X	FU
	O2	Idem	42	X				X		X	A2
	O2	Tentativa consumir desejo	43	X	X	X	X	X	X	X	LI
	O2	Idem	44		X			X	X	X	O2
	O2	Conseqüência tentativa consumir desejo	45	X		X	X	X	X	X	LI
	O2	Idem	46	X		X		X	X	X	O2
	O2	Est. final	47	X	X	X		X		X	LI e O2
	A1	Despertar desejo	48	X		X	X	X	X	X	LI e A1
	A1	Tentativa	49			X	X	X	X	X	O2 e

		consumar desejo									A1
	A1	Idem	50	X		X	X	X	X	X	LI e A1
	A1	Conseqüência tentativa consumar desejo	51	X				X	X	X	A2
	A1	Est. final	52	X		X	X	X	X	X	O2
	A2	Est. inicial	53					X	X		FU
	A2	Despertar desejo	54	X		X	X	X	X	X	A2
	A2	Tentativa consumar desejo	55			X	X	X	X	X	FU
	A2	Conseqüência tentativa consumar desejo	56	X		X	X	X	X	X	A2 e FU
	FU	Est. inicial	57	X		X	X	X	X	X	FU
	FU	Despertar desejo	58	X		X	X	X	X	X	FU
	FU	Conseqüência tentativa despertar desejo	59			X		X	X		A2
	FU	Est. final	60			X		X	X	X	FU e O2
	FG		61			X		X	X	X	FG

Quadro IV

Legendas- Defesas: DAPE: desestimação do afeto, patógena, exitosa
 DAPNE: desestimação do afeto, patógena, não exitosa
 DAF: desestimação do afeto, funcional
 DPE: desestimação patógena, exitosa
 MPE: desmentida patógena, exitosa
 MPNE: desmentida patógena, não exitosa
 MF: desmentida funcional
 RPE: repressão patógena exitosa
 RPNE: repressão patógena não exitosa
 RF: repressão funcional
 MRE: desmentida secundária à repressão, exitosa
 MRNE: desmentida secundária à repressão, não exitosa
 E: evitação
 P: projeção
 I: identificação

Fragmento: F

F	DAPE	DAPNE	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPNE	RF	MRE	MRNE	E	P	I
1	X														
2	X														
3					X										
4	X														
5	X														
6	X														
7	X												X		
8	X	X													
9		X							X						
10	X														
11					X										
12					X										
13					X										
14		X													
15	X												X		

16	X														
17	X	X													
18	X														
19	X													X	
20		X													
21		X													
22					X					X					
23										X					
24		X													
25															
26					X										
27	X														
28										X		X			
29											X				
30	X	X													
31	X														
32	X														
33		X													
34		X													
35	X														
36	X														
37	X														
38					X	X									
39		X													
40	X														
41									X			X			
42															
43	X				X										
44	X														
45		X				X									X
46		X													
47		X													
48		X													X
49	X	X													
50	X	X		X											X
51															
52	X														X
53															
54										X					

55								X							
56										X					
57										X					
58								X	X					X	
59															
60										X		X			
61										X					

A tabulação da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos relativos à sonolência está resumida abaixo:

Fragmentos de 1 a 23	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	718	154	43	73	12	210	111	115
	Calibradas 1040,98	243,32	121,26	153,30	18,00	210,00	172,05	123,05
	%	23,37	11,65	14,73	1,73	20,17	16,53	11,82

Tabela 7 – Análise interativa das palavras – Sonolência: Erogeneidades – Caso Carlos

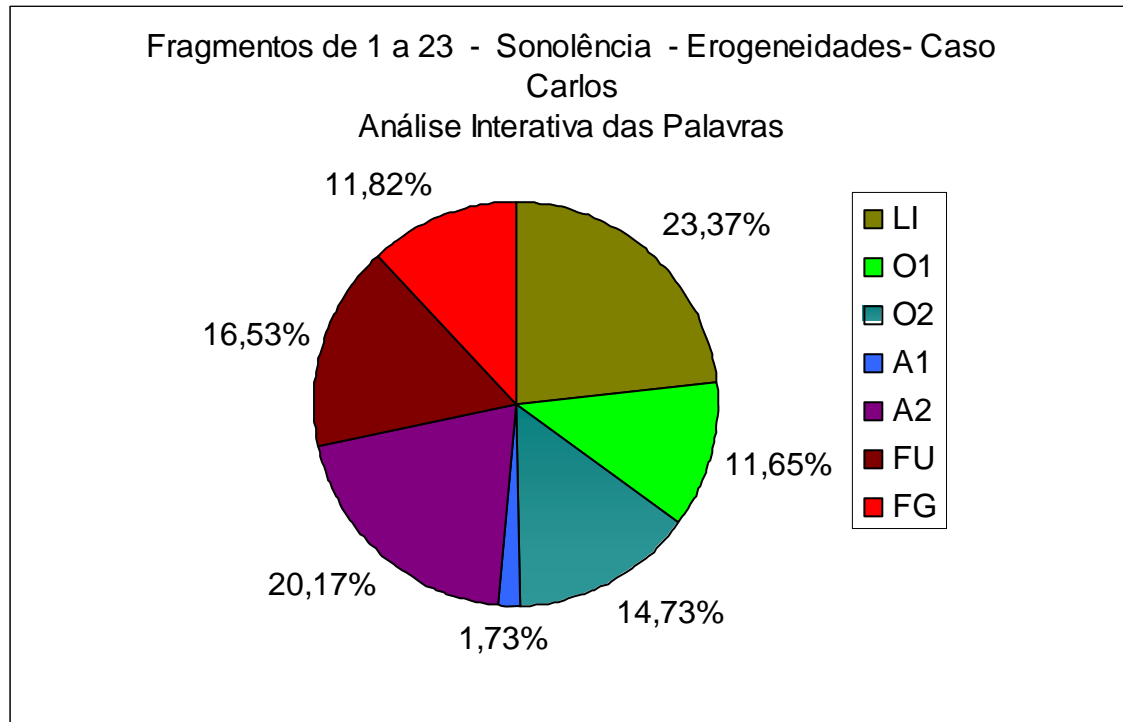


Gráfico 8 – Análise interativa das palavras – Sonolência: Erogeneidades – Caso Carlos

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao trabalho e estudo:

Fragmentos de 24 a 30	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	150	17	15	10	5	68	19	16
	Calibradas 212,23	26,86	42,30	21,00	7,50	68,00	29,45	17,12
	%	12,66	19,93	9,89	3,53	32,04	13,88	8,07

Tabela 8 – Análise interativa das palavras – Trabalho e Estudo: Erogeneidades – Caso Carlos

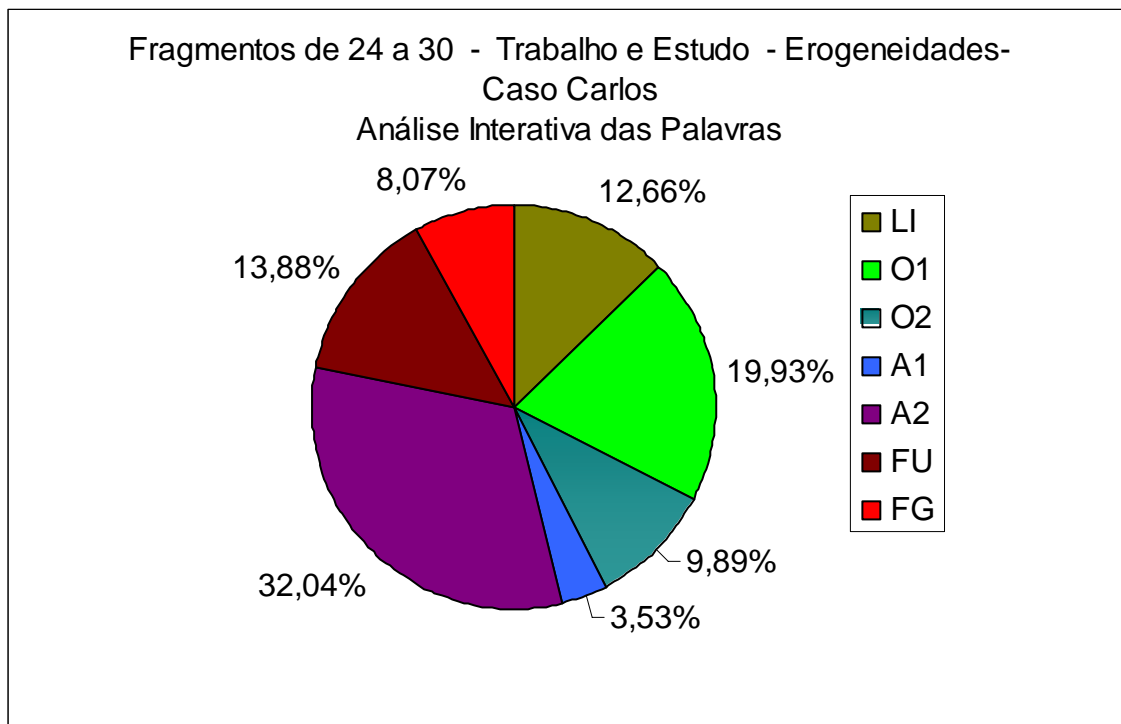


Gráfico 9 – Análise interativa das palavras – Trabalho e Estudo: Erogeneidades – Caso Carlos

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao relacionamento familiar:

Fragmentos de 31 a 61	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	629	94	7	62	51	177	126	112
	Calibradas 867,10	148,52	19,74	130,20	76,50	177,00	195,30	119,84
	%	17,13	2,28	15,02	8,82	20,41	22,52	13,82

Tabela 9 – Análise interativa das palavras – Relacionamento Familiar: Erogeneidades – Caso Carlos

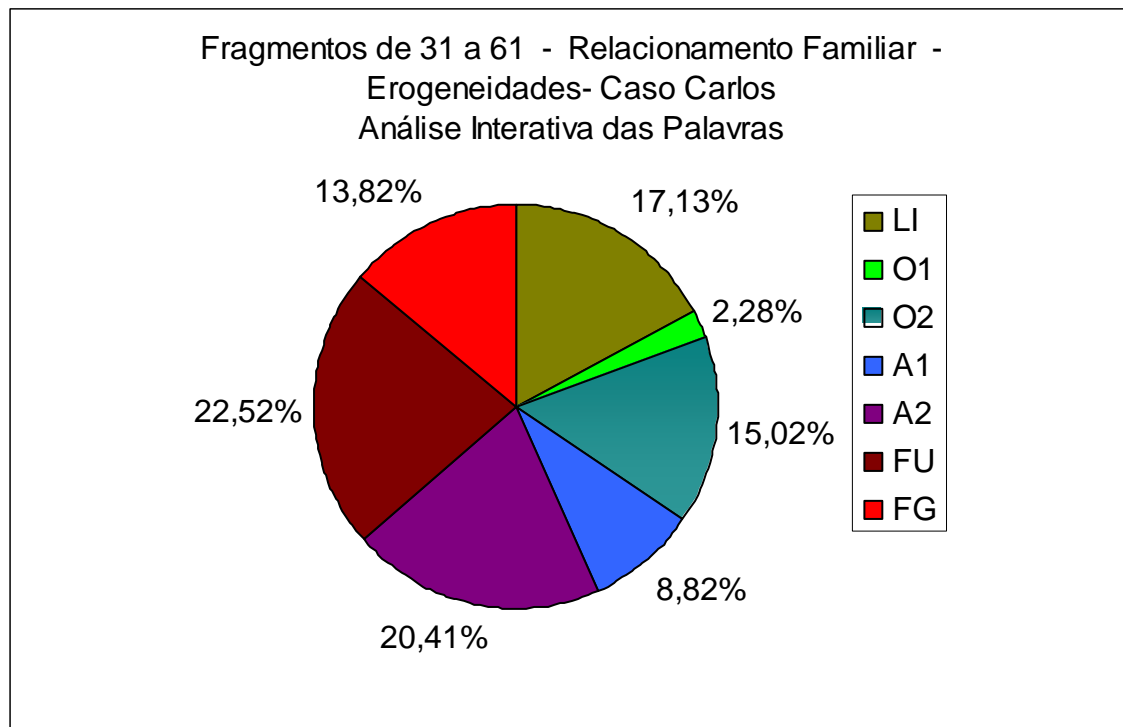


Gráfico 10– Análise interativa das palavras – Relacionamento Familiar: Erogeneidades – Caso Carlos

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar:

Fragmentos de 1 a 61	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	1497	265	65	145	68	455	256	243
	Calibradas 2120,31	418,70	183,30	304,50	102,00	455,00	396,80	260,01
	%	19,75	8,64	14,36	4,81	21,46	18,71	12,26

Tabela 10 – Análise interativa das palavras – Total: Erogeneidades – Caso Carlos

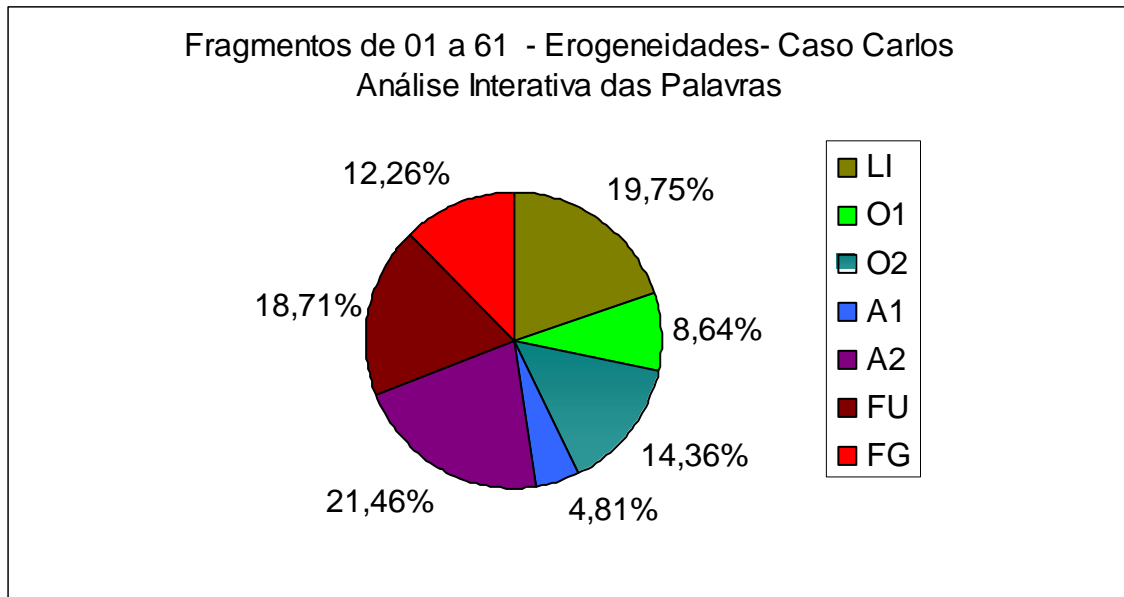


Gráfico 11 – Análise interativa das palavras – Total: Erogeneidades – Caso Carlos

Resumo da dominância das diversas erogeneidades nas seqüências narrativas referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar:

Total	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Sonolência	16	7	4		1	1	1
Trabalho e Estudo	2	4			2		
Relacionamento Familiar	11	1	10	3	5	7	1
Total geral	29	12	14	3	8	8	2
%	38,16	15,79	18,42	3,95	10,53	10,53	2,63

Tabela11 – Seqüências narrativas – Sonolência, Trabalho e Estudo, Relacionamento Familiar, Total Geral: Erogeneidades – Caso Carlos

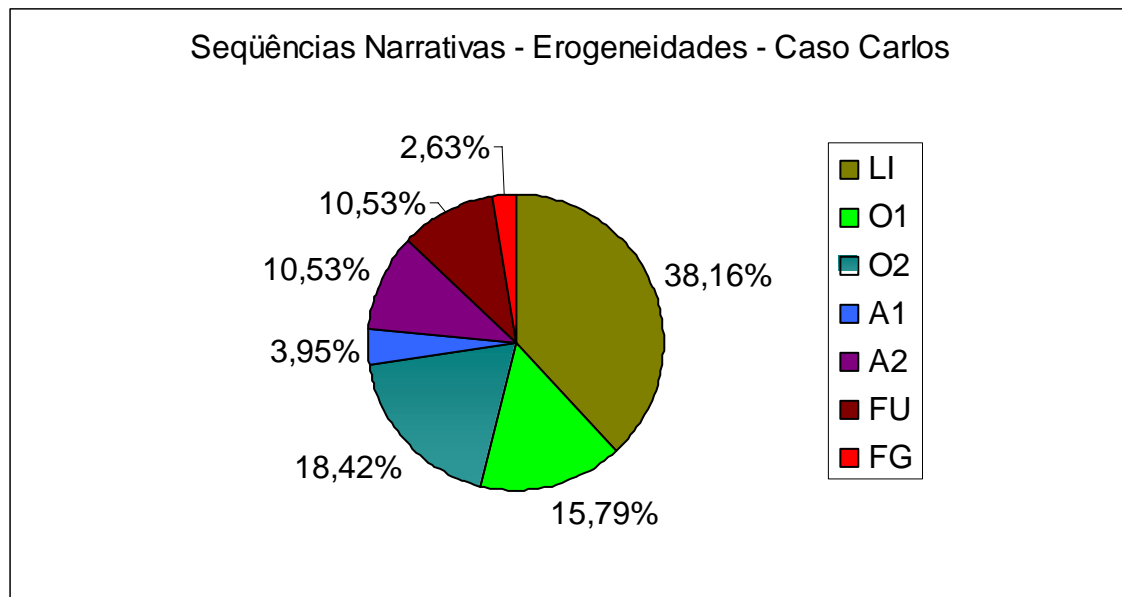


Gráfico 12 – Seqüências Narrativas – Total Geral: Erogeneidades – Caso Carlos

Resumo das defesas predominantes encontradas nos diversos fragmentos:

Legendas: T: Total

S: Sonolência

TE: Trabalho e Estudo

RA: Relacionamento Familiar

TG: Total Geral

T	DAPE	DAPNE	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPNE	RF	MRE	MRNE	E	P	I
S	13	7			5				1	2			2	1	
TE	2	1			1					1	1	1			
RA	11	9		1	2	2		3	1	5	1	1	1		4
TG	26	17		1	8	2		3	2	8	2	2	3	1	4
%	32,91	21,52		1,27	10,13	2,53		3,78	2,53	10,13	2,53	2,53	3,78	1,27	5,06

Tabela 12 – Seqüências Narrativas – Sonolência, Trabalho e Estudo, Relacionamento Familiar, Total Geral: Defesas – Caso Carlos

Nos gráficos a seguir, referentes a defesas, estas foram agrupadas em dois conjuntos: as sete primeiras da tabela acima, englobadas como “desestima” e “desmentida” (consistindo nas defesas: desestimação do afeto patógena exitosa, desestimação do afeto patógena não exitosa, desestimação do afeto funcional,

desestimação patógena exitosa, desmentida patógena exitosa, desmentida patógena não exitosa, desmentida funcional), e as oito seguintes como “repressão” (reunindo: repressão patógena exitosa, repressão patógena não exitosa, repressão funcional, desmentida secundária à repressão exitosa, desmentida secundária à repressão não exitosa, evitação, projeção e identificação).

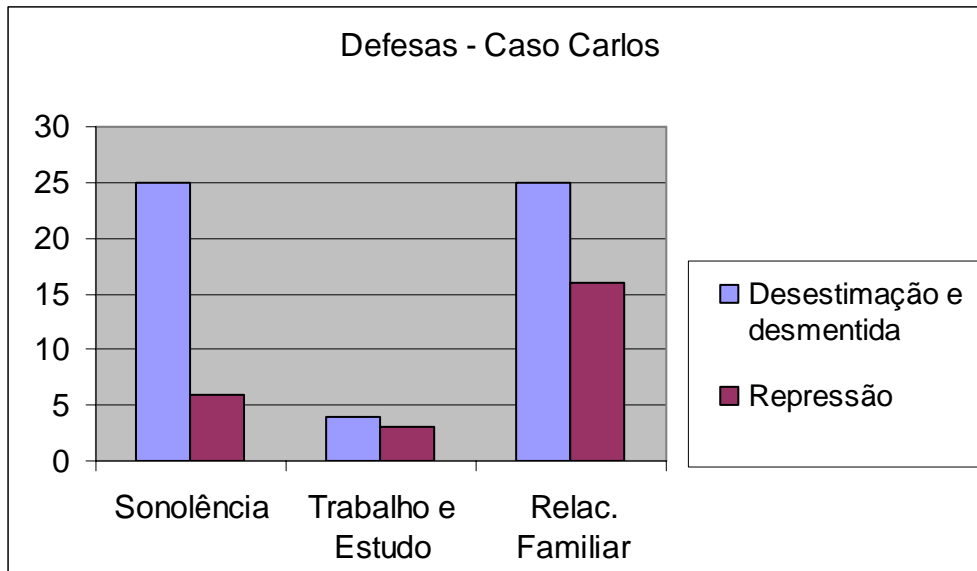


Gráfico 13 – Seqüências Narrativas - Sonolência, Trabalho e estudo, Relacionamento Familiar: Defesas – Caso Carlos

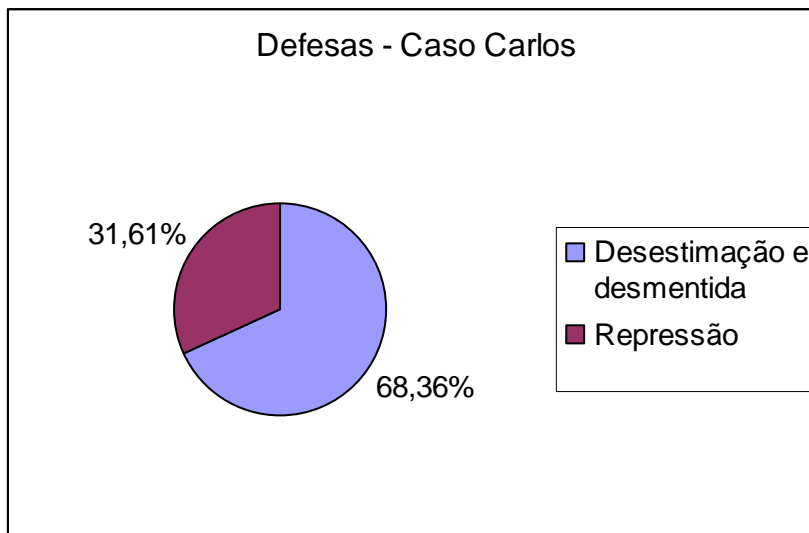


Gráfico 14 – Seqüências Narrativas – Total Geral: Defesas – Caso Carlos

8-3) Análise dos resultados

8-3-1) Análise dos resultados - Júlio

Em relação ao tema da sonolência, na análise interativa das palavras predomina A2, seguida de LI e, num outro patamar, FU e O2. Na análise do relato predomina a erogeneidade intra-somática, enquanto A2, FU e FG, que também são freqüentes, estão submetidas logicamente a ela. Quanto às defesas relacionadas a este tema, predomina a desestimação do afeto, principalmente não exitosa.

A análise interativa das palavras referentes ao trabalho e estudo mostra uma predominância de FU, seguida de A2 e, num nível menor, O2 e FG. Na análise do relato concernente a este tema é mais freqüente a erogeneidade anal secundária, secundada por O1 e FU e, no que diz respeito às defesas, a repressão, sobretudo a repressão patógena exitosa e a desmentida exitosa secundária à repressão.

Quanto ao tema do relacionamento familiar, a análise interativa das palavras mostra uma maior freqüência de A2, seguida de O2, e FU com um valor próximo de O2. FG aparece num nível menor. As erogeneidades predominantes no relato foram O2, A2 e LI, enquanto que as defesas mais freqüentes, a repressão funcional, a desmentida exitosa secundária à repressão e a repressão patógena exitosa, nesta ordem.

No início da entrevista, conforme havia sido proposto, Júlio fala de sua sonolência. Os resultados dos dois níveis de análise, palavra e relato, se aproximam. As discrepâncias entre o predomínio de A2, no nível de palavra e de LI, no de relato, podem ser explicados pelo aspecto sobreadaptado do discurso.

Como pneumologista, Júlio trabalha na parte de doenças obstrutivas, como asma e DBPOC (doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica). Tem queixas de hipopnéia durante o sono, bem como agitação e ansiedade quando tem trabalho intenso, corre ou nada antes de dormir. O interesse e alterações somáticas relacionados com a função respiratória estão diretamente ligados à ambição e ansiedade.

A presença de FU, em ambos os níveis de análise, relaciona-se com a característica competitiva e de necessidade de superação do paciente, que se manifesta nos seus intensos esforços para vencer, o que resulta no desvalimento (sonolência – desestimação do afeto, defesa sobretudo não exitosa).

A sobreadaptação e a desestimação do afeto obtém outra confirmação, além do discurso, pelo comentário de seu médico e de outras pessoas que o conhecem, pois freqüentam o mesmo meio, de que o paciente apresenta-se muitas vezes sonolento, apesar de suas negativas. Também foi narrado o fato de, num chamado domiciliar para atendimento de um paciente, Júlio passar a percorrer os aposentos, indicando as mudanças que deveriam ser feitas e verificando se havia poeira, mostrando um aspecto incisivo e de influência, característico de FU, ou seja, avançar em um território alheio e desta forma interferir na economia pulsional pelo controle de substâncias que ingressam nos pulmões do objeto (Maldavsky, 1999, pgs. 198/199).

Na continuidade da entrevista, Júlio refere-se ao seu trabalho e estudo. Chama a atenção, neste paciente, o entrelaçamento de aspectos profissionais com os familiares e com sua queixa principal. O fato de ser médico faz com que procure tratar seu problema de forma racional e intelectualizada (A2), por sua vez derivando a outros personagens, no caso familiares, as características de doença (sobreadaptação, LI – Maldavsky, 1998b, pgs. 109/110). Mas se pode entender aí também as manifestações de O2 relacionadas ao tema trabalho e estudo, no sentido de procurar sanar e proteger, no círculo familiar.

Por outro lado, sentimentos competitivos (FU), relacionados ao trabalho e estudo (“tem que estudar”, “a prioridade é o mestrado”), dirigem-se à figura

paterna, que possui a mesma especialidade, trabalha junto e a quem busca convencer e superar, principalmente no âmbito familiar. Os resultados obtidos na análise das palavras e no relato mostram a interação destes aspectos. Em ambos os níveis é forte a presença de A2. FU predomina no nível das palavras, e menos no do relato, possivelmente devido à repressão, pois Júlio tenta esconder a competição, substituindo-a pelo cuidado dos familiares enfermos.

Também aparece FU na forma de enunciação do discurso, aspecto que não foi objeto desta investigação, mas que fornece elementos: o uso freqüente de pontos em suspenso, da contração “né” (contração de “não é”), usado quer como pedido de confirmação, na forma interrogativa, ou como afirmação. Este último aspecto aponta para a utilização de palavras A2 em frases FU.

Manifestações de FG sempre aparecem subordinadas a aspectos de estudo e trabalho.

As considerações expostas acima são válidas para o tema do relacionamento familiar. O aspecto racionalizado (A2) manifesto no trato dos familiares, como alguém seguro, que sabe o que é certo para protegê-los e cuidá-los (O2), ao mesmo tempo em que é crítico e quer exercer influência, propondo-se a orientá-los rumo a um progresso pessoal, como o que deseja para si, ostentando assim uma imagem de potência (FU), aparecem na análise das palavras com esta seqüência de importância. Em seu afã ambicioso, queria que o dia tivesse mais que 24 horas.

No relacionamento com o pai, Júlio apresenta o desejo de superá-lo, por exemplo, tomando-se a cargo o tratamento do irmão, ou considerando ter uma visão com uma “perspectiva mais ampla”. Por outro lado, mantém com ele uma relação fraterna (“a gente se beija em público”), o que talvez possa ser entendido como uma forma de desqualificação da figura paterna, um disfarce encobridor de agressividade (Maldavsky, 1997i, pg.259).

Também pode ser atribuído a FU a recomendação, feita pelo paciente, ao seu irmão, para que tomasse cuidado em relação ao compromisso com a namorada, cujo filho-problema (marca de outro), ele teria que assumir. Após o alerta de perigo, afirma que, se ele a ama, deve enfrentar a situação. O temor (FU), projetado no irmão, fica submetido ao aspecto amoroso e protetor (O2).

Em vários momentos, faz alusão a sentimentos ambivalentes (A2): entre perseguir o conhecimento ou cair na sonolência, entre ser “cerebral” como o pai ou “emocional” como a mãe, entre atender à esposa e aos compromissos sociais ou a seus projetos pessoais, o que também se manifesta quando, atendendo ao menor “custo-benefício”, inadvertidamente escolhe um apartamento “a meio caminho” entre a casa dos pais e a dos sogros. Considera-se “moderador” dos conflitos familiares e “mais para o lado do pai, mas não tanto”.

Na análise do relato, correspondente ao relacionamento familiar, o uso sobretudo da repressão funcional e da desmentida secundária exitosa, bem como, num plano menor, da repressão patógena exitosa, fazem com que a erogeneidade predominante seja O2, no sentido da manifestação de afetos reparadores.

Também se verifica a identificação com o pai, que figura como “sombra” (Maldavsky, 1998b, pg. 284), pois o paciente relata incomodar-se mais com a preocupação dos pais, em relação ao irmão, do que com a sua. Ainda como parte desta erogeneidade, elementos de dedicação, cuidados e sacrifício, disfarçam desejos subjacentes de caráter egoísta e narcisista (Maldavsky, 1998b, pg.290). Como na análise das palavras, também está presente A2.

O valor relativamente alto de LI, no relato, o que não ocorria nas palavras, pode ser pensado como o retorno do desestimado, pois todo o discurso de Júlio

está voltado para a superação de aspectos de desvalimento, por sua vez geradora de maior esgotamento.

É digno de nota que na análise das palavras correspondente ao relacionamento familiar é onde aparece um valor de A1 proporcionalmente mais alto que em relação aos outros dois temas. Pode ser isto uma distorsão, pois pela sua baixa frequência geral, não tenha podido se manifestar num número menor de fragmentos (relativos à sonolência e trabalho e estudo), mas talvez possa ser visto como uma formação reativa aos constantes cuidados e à proteção dos familiares.

Ao referir-se ao início dos sintomas de sonolência, o paciente fala de seu casamento. Talvez esta demanda, sexual e afetiva, com incremento de vínculos sociais, tenha rompido suas defesas evitativas e alterado o curso de outras defesas que se mantinham eficazes até então.

Considerando-se os totais gerais, na análise das palavras prepondera A2, seguido de O2 e FU em proporções semelhantes e FG num nível mais baixo.

As defesas mais presentes são a repressão funcional, a desmentida secundária à repressão, exitosa e a repressão patógena exitosa. O resultado discrepante é uma alta incidência de LI no cômputo das erogeneidades presentes na análise do relato. Como exposto no parágrafo anterior, pode-se pensar isto como o retorno do desestimado, visto estarem presentes em toda a entrevista referências à libido intra-somática.

Como correntes psíquicas, em ambos níveis de análise, a que prepondera é aquela vinculada à erogeneidade anal secundária. Quando o paciente refere-se ao passado, demonstra que estes aspectos seus, de ordem, organização, dedicação ao estudo, não lhe traziam dificuldades. No presente, a dedicação ao mestrado, a necessidade de superação, a competição com o pai, relacionadas com a erogeneidade fálico-uretral, bem como a necessidade de cuidar e resolver os problemas familiares (onde também se manifesta o desejo de ser melhor que o pai), a constituição de sua própria família, ligadas à erogeneidade oral secundária, resultaram no aspecto sobreadaptado, na desestimação do afeto, no desvalimento caracterizado pela sonolência, em si, e na tentativa de ajudar a superá-lo, nos outros, reforçando o ciclo.

8-3-1-1) Prevalências e subordinações relativas - “ratio” – Júlio

Considerando-se o tema da sonolência, a predominância lógica da erogeneidade intra-somática se manifesta na desconsideração dos limites do corpo, impulsionada pelo desejo ambicioso de superação (FU) e no aspecto sobreadaptado do discurso, em que os problemas são atribuídos a outros (irmão, parentes). A defesa preponderante é a desestimação do afeto não exitosa, quando se refere ao período de manifestação do sintoma (que na verdade se estende até o presente), seguida pela funcional, ao colocar-se numa posição em que os outros são os que sofrem os padecimentos.

No tema do trabalho e estudo a preponderância lógica diz respeito à libido anal secundária, pois busca a ordem e a excelência de desempenho para competir e superar os rivais (FU). A defesa mais atuante é a repressão patógena exitosa, seguida pela desmentida secundária à repressão, pois sacrifica os desejos de dormir, de se divertir, de conviver, em busca de resultados, mas justificando e mostrando-se satisfeito com o que obtém.

O tema do relacionamento familiar é aquele em que Júlio mais se estende. Nele estão reunidos os aspectos competitivos (FU), principalmente em relação ao pai, os de preocupação com o desempenho (A2), da esposa, dos irmãos, da cunhada, os de cuidado com todos eles (O2). Para o paciente, a competição, em termos profissionais (FU), está vinculada ao familiar (O2), bem como a orientação “médica” e a

crítica “racional” (A2). Com isso, coloca-se numa posição de ascendência sobre os familiares, o que pode ser traduzido como sobreadaptação (LI). Como defesa principal, manifesta-se a repressão funcional, seguida de uma desmentida secundária exitosa, pois o paciente mantém a ilusão de onipotência.

Considerando-se o total da entrevista, levando-se em conta o custo que exige a manutenção de todas estas demandas ao ego, características do aspecto sobreadaptado, desembocando no sintoma (ainda que minimizado por Júlio), pode-se pensar que há uma predominância lógica da libido intra-somática e da desestimação do afeto como defesa.

8-3-2) Análise dos resultados - Carlos

Em relação ao tema da sonolência, na análise interativa das palavras predomina LI, seguida de A2 e FU. Na análise do relato é mais freqüente a erogeneidade intra-somática, seguida, com grande discrepância, por O1 e O2. Quanto às defesas relacionadas a este tema, predomina a desestimação do afeto, patógena, exitosa, seguida pela não exitosa e, em terceiro lugar, a desmentida patógena.

A análise interativa das palavras referentes ao trabalho e estudo mostra uma predominância de A2, seguida de O1. Em nível mais baixo, LI e FU. Na análise do relato concernente a esse tema, é mais freqüente a erogeneidade oral primária. No que diz respeito às defesas, predomina a desestimação do afeto, patógena, exitosa.

Quanto ao tema do relacionamento familiar, a análise interativa das palavras indica um predomínio de FU e A2, seguidos de LI, O2 e FG, mais ou menos no mesmo patamar. As erogeneidades predominantes no relato foram LI e O2, enquanto as defesas mais freqüentes, a desestimação do afeto, patógena, exitosa, seguida da não exitosa e, num patamar menor, a desmentida patógena exitosa e a repressão funcional. Convém considerar a presença de A1 que, embora de forma não acentuada, também não é desprezível.

Comparando os níveis de palavra e relato no que diz respeito à sonolência, ambos coincidem quanto à predominância de LI. Intermedia no relato de Carlos um histórico de sua evolução relacionada com seus problemas de sono, intercalado com estados do momento presente. O conteúdo revela um estado de equilíbrio de tensões não qualificadas (Maldavsky, 1999, pg.37), em que o paciente usufrui do hábito de “dormir um pouquinho após o almoço”, característico da libido intra-somática.

Refere, no passado, vivências de esgotamento somático, portanto disfóricas, só recuperadas com a retração narcisista do dormir, enquanto no presente, eufóricas, com estados de bem-estar e de aquisição de bens. Teme ficar “dependente” de suas funções ligadas ao sono, no sentido de voltar-se em demasia ao seu funcionamento orgânico, usando para isso defesas como “não me estudar, não me aprofundar”, isto é, não pensar.

Também como uma vivência eufórica encontra-se o prazer que obtém da sesta e do qual não abdica, mostrando uma predileção “por incitações endógenas sobre as mundanas” e por “permanecer sumido em estados de sonolência ou de gozo intracorporal” (Maldavsky, 1998b, pgs. 118, 119). “Usufriui” da “alcalose pós-prandial” como se fosse uma droga, isto é, o alimento funciona, como num bebê, como um agente que lhe permite uma regressão a um estado de satisfação narcisista.

O discurso especulador se manifesta nas medidas de tempo e de dosagens com que manipula o dormir, o despertar, o relaxar, sua atenção ao mundo

exterior e a seus estados internos, bem como as vantagens que obtém ao controlá-los (apartamento, carro, laboratório).

Na análise de palavra, segue-se A2 e FU, enquanto na de relato, O1 e O2. A presença de A2 explica-se pelas várias referências do paciente, ao falar em seus estados de sonolência, ao estudo, que ficava prejudicado em função dela. Ler, trabalhar em seu laboratório, viajar, são percebidas como atividades monótonas e repetitivas indutoras de sono.

A FU são atribuídos os estados de desorientação quanto a seus problemas (“não sabia se dormia demais ou dormia de menos”), o estado de rotina quando o paciente fala de seu trabalho, na sua sala, onde se reunia com os colegas para tomar chimarrão, na leitura do jornal, no ficar em casa pela manhã, bem como na competição com seu médico.

Verifica-se uma degradação da função paterna, ao equiparar-se ao seu modelo, tomando para si o controle de seu tratamento: “resolvi me dar alta, não fiz mais o tratamento e hoje me automedicotenho facilidade de obter a solicitação, ... a receita...”.

O desejo ambicioso se traduz no querer um laboratório seu, no desejo de adquirir coisas. Outra forma pela qual tenta lidar com a angústia é pela observação, o “ver”, como faz em seu trabalho, com as lâminas, embora este assuma conotações monótonas e repetitivas. Seu interesse em desenvolver um laboratório de análises da água e do alimento demonstra sua ligação com os fluidos e seu controle asséptico.

Outras manifestações relativas à erogeneidade fálico-uretral, referem-se a sua atividade no laboratório, “que não é tão dinâmica”, “é monótona”, olhando lâminas no microscópio (estado inicial de rotina, com ênfase nas imagens visuais), seguido do relato das viagens, embora sempre mantenha uma relação (tentando evitar) com a libido intra-somática.

Já O1 surge no relato no desejo de, através da investigação à qual se submete (a seu médico e à mestrandia), contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da ciência. O2 manifesta-se nas referências a estados de prazer e bem-estar.

Relativamente ao trabalho e estudo mostrou-se um número menor de fragmentos selecionados, porque este tema perpassa o da sonolência, ao qual está fortemente ligado. A discrepância entre palavra e relato no que diz respeito a O1 se explica pelo fato que seu trabalho relaciona-se com a investigação de agentes patológicos da água, estando, de fato, A2 e O1 imbricados.

Quanto ao relacionamento familiar, a erogeneidade dominante é LI. O estado inicial deste período se apresenta como “um equilíbrio de tensões diversas, não qualificadas, em um grupo caracterizado pelo apego” (Maldavsky, 1999, pg. 37), característico portanto da linguagem do erotismo intra-somático: “deitar ao lado do vô”, “na época não me daria conta”, “passar o dia, a manhã meio aéreo”.

O relato evolui de um estado inicial que reflete sua busca (desejo) para evitar a forte tendência à entrega a um estado de sonolência e alheamento (cena primitiva da vida intra-uterina), voltando-se para cenas de conteúdo edípico (fala de sua percepção da mãe insone, da indignação de seu pai que não conseguia “acalmá-la”).

As defesas contra os desejos edípicos promoviam uma regressão libidinal, manifestadas de duas formas: a) através do espasmo do soluço, visto por Soulé (Kreislner, 1990), como um paroxismo orgásmico, que o próprio paciente descreve como uma tentativa de impedir o encontro dos pais (lembrou, por exemplo, que isto ocorria quando iam sair juntos e sós). O espasmo do soluço também representa (Kreislner, 1990) a saída, mediante uma alteração somática, a perda de consciência, de um estado afetivo

doloroso, isto é, um processo regressivo devido ao excesso de estímulos que superaram a capacidade de contenção dos mecanismos de defesa. Pode-se pensar também, segundo Maldavsky (1999, pg.42) que “a tentativa de consumação do desejo se manifesta como uma intrusão orgânica.que desperta um gozo insuportável...que gera um estado de euforia química”, neste caso a hipóxia; b) e a saída homossexual, vivenciada através do beijo (cena primária de conteúdo oral: respiração boca a boca doadora de vida) do avô materno, bem como o dormir juntos na hora da sesta (cena de sedução, levando a um estado de regressão narcisista, cujo prazer é mantido até hoje).

Braunschweig, citando Leclair (1975, pg 135), salienta a ação diferenciadora da mãe sobre as atividades mentais da vigília e do dormir, a partir de seus próprios movimentos e conflitos inconscientes. A insônia da mãe do paciente aponta para a dificuldade em exercer esta função, sendo a regressão narcisista que leva ao dormir (Freud, Maldavsky) exercida, em período diurno, pelo avô materno.

Nota-se também a dificuldade do paciente de dormir (“não sei se durmo demais ou de menos”), bem como o uso de elementos externos como provocadores ou inibidores do sono, o que indica, segundo Fain (Kreisler, 1990), uma dificuldade para adquirir uma função mental reguladora do mesmo.

Outra referência à cena primária, de conteúdo sádico (A1), diz respeito ao avô paterno, que gritava e se debatia, deixando as pessoas do lado de fora da casa, angustiadas, arrebatando a frente da casa, enquanto ele permanecia paralítico e impotente (fantasia de castração). A alfabetização do paciente se processou neste ambiente, o que leva a pensar no uso da renegação (“desmentida”), que mantinha em seu aprendizado na escola, onde permanecia “aéreo”, “fora do ar”, em estado de sonolência.

O “vozão” (avô grande) é citado como aquele que se manifestava aos gritos, deixando a todos angustiados (mesmo os que estavam na calçada, forçados a escutar a cena primária sádica). Embora o aumentativo da palavra voz seja vozeirão, pode-se pensar que, para o paciente, o vozão também era aquele que tinha uma voz grande, poderosa, que todos ouviam, mas que não traduzia palavras que dessem acesso a um universo simbólico, e sim a uma descarga pulsional explosiva e impotente, que não lhe facilitava o aprendizado, a diferenciação e a complexidade, porém favorecia uma fuga regressiva para o sono, diante da angústia. Estes dois polos estão representados pela figura dos dois avós, com as características descritas por Carlos.

Nas seqüências relativas ao relacionamento familiar também ocorre um elevado valor para O2. Segundo Maldavsky (1998b, pg. 285), o espasmo do soluço representa uma tentativa da utilização egoísta do outro que, por amor ou por temor, põe sua atividade aloplástica a serviço do processamento da pulsão de morte do primeiro, e não da sua própria. “O fracasso do esforço para induzir deste modo ao outro conduz ao desenvolvimento de estalidos de fúria impotente, em que o grito de raiva substitui ao ato de incorporar oxigênio” (ibid).

Carlos tem lembrança do excesso de excitação e desborde emocional quando “se finava”, na infância, levando toda a família a um estado de pânico (“ficava roxo, todo mundo correndo prum lado, pro outro, quê que eu faço, quê que eu não faço”, “me seguravam, seguravam, sacudiam”). Para Maldavsky (ibid, pg.288), o processamento do erotismo sádico-oral secundário somente no terreno das alterações somáticas implica na desmentida patógena da perda do objeto, colocando-se como sombra de um sujeito, ou seja, como sombra de estados afetivos alheios.

As conseqüências da tentativa de consumir o desejo eram, no caso do espasmo do soluço, um estalido de violência insuportável, portanto disfórico e no caso da sesta, um estado de bem-estar pela regressão narcisista, de cunho eufórico.

Continuando o relato, ressurgem aspectos ligados à libido intra-somática, ao falar do linfoma de seu pai, também algo que cresce e “não se consegue controlar”.

O pai também é visto como explosivo, “estressado”, necessitado de calmantes durante a vida e para acalmar a dor quando doente. Nota-se uma constante necessidade do paciente em aplacar desbordes emocionais, do avô, do pai, da mãe insone e seus, quando de suas crises de espasmo, o que ele procura fazer, muitas vezes, através da alteração orgânica, quer pela manipulação de substâncias ou do retraimento narcisista.

No final do relato parece surgir uma cena relativa ao erotismo oral secundário, em que o paciente atua como sujeito que se sacrifica para atender ao pai enfermo, como uma expiação de sua culpa por não ter tido um bom relacionamento com o pai anteriormente.

A comparação nos níveis de palavra e relato no tema do relacionamento familiar mostra-se apenas discrepante quanto à predominância de FU, que não aparece, com predomínio, no relato. Na análise das palavras, surge muito nas referências a localizações e ao desejo de reunir familiares, embora em várias destas colocações, encontra-se submetida a LI, quer por estados de desorientação, quer por reuniões relativas ao comer, beber ou dormir.

Considerando-se os totais gerais, na análise interativa das palavras os valores de A2, LI e FU são bastante próximos, decrescendo nesta ordem, enquanto no que diz respeito ao relato, há uma acentuada predominância de LI, seguida, em valor bem menor, de O2 e O1. Tal discrepância pode ser explicada pela submissão de A2 e FU à LI, pois o paciente refere que, tanto no passado quanto no presente, o trabalho, o estudo, o relacionamento familiar, todas as suas escolhas, encontram-se na dependência do manejo que faz de seus estados de sonolência, quer entregando-se a ela com prazer, quer buscando fugir dela para desempenhar suas atividades.

8-3-2-1) Prevalências e subordinações relativas – “ratio” - Carlos

Mesmo levando-se em conta que o propósito da entrevista dizia respeito ao sintoma da sonolência, Carlos demonstrou em seu relato o quanto ele impregna sua vida, seus desejos, suas tarefas diárias.

Resumindo os dados do item anterior, verifica-se que, no tema relacionado à sonolência, a erogeneidade intra-somática tem predominância lógica sobre as outras manifestações, o que está caracterizado na análise detalhada dos fragmentos: a busca de entendimento (O1), o bem-estar físico (O2), o trabalho e estudo (A2), o desejo ambicioso e a competição (FU), estão submetidos à premissa da satisfação ou superação da sonolência (LI). A erogeneidade intra-somática se apresenta através do prazer ou da luta vinculados ao sono, ao espaço intracorporal, na manipulação de números e quantidades, na intrusão orgânica, quer mecânica, quer pela ingesta de substâncias, no uso de ajudantes correspondentes a estes estados. A desestimação do sentir é a defesa patógena mais utilizada, sendo às vezes exitosa, sobretudo quando se refere ao presente, outras fracassada, em geral relacionada ao passado.

Quanto ao tema do trabalho e estudo, Carlos evidenciou possuir interesses e capacidades que lhe oportunizaram uma posição bem sucedida no seu ramo, tanto como funcionário público ou professor universitário (A2), quanto como investigador (O1) e no trato com colegas (FU). Na análise dos fragmentos estão evidenciados estes aspectos. Entretanto, todas as atividades se subordinam às condições que lhe permitem sua sonolência. A manipulação de horários e ingesta de substâncias que possibilitem

exercer suas atividades habituais, mostram a predominância lógica da erogeneidade intra-somática, acompanhada da desestimação do sentir e da desmentida secundária à repressão como defesas preponderantes. Também aqui as referências ao passado apresentam um conteúdo mais fortemente disfórico, apontando para a cronicidade do sintoma.

No tema que diz respeito ao relacionamento familiar, o paciente demonstrou que seus vínculos amorosos (O2) parecem levá-lo à situações regressivas em que predomina logicamente a erogeneidade intra-somática e a desestimação do afeto como defesa, quer na busca do gozo intracorporal, quer no controle de desbordes emocionais: o convite e o prazer de dormir ao lado do avô, o espasmo do soluço como forma de controle dos familiares e de manter os pais consigo, os estados de alheamento, mergulhado no sono e na ingesta para fugir dos excessos ou para se aproximar de parentes e amigos.

Considerando o resultado geral, pode-se pensar que a imbricação de LI e O2 é a que predomina logicamente. O núcleo regressivo precoce, em que o desejo de ser amado e o controle dos estados afetivos próprios e alheios reforçaram a satisfação na libido intra-somática, freou seu desenvolvimento, mantém-se atuante no presente e gerou uma situação em que as aquisições posteriores, embora tenham ocorrido, levaram a marca de estados de desvalimento, manifestados pela sonolência.

8-4) Análise comparativa entre os dois casos

Foram tomados 60 fragmentos para o caso Júlio e 61 para Carlos. O número de opiniões da análise interativa das palavras para o primeiro foi 1359 e para o segundo, 1497. Ao calibrar as palavras, esta diferença aumentou, passando, respectivamente, para 1814,97 e 2120,31, devido sobretudo à incidência maior de LI em Carlos.

Comparando-se os totais gerais concernentes à análise das palavras, verifica-se que Júlio apresenta escores mais elevados em A2, FU e O2, enquanto Carlos mostra uma distribuição mais diluída em todas elas, com predomínio de A2, LI e FU. A presença de A1 é maior para Carlos que para Júlio. A soma das percentagens de LI, O1, O2 e A1, consideradas erogeneidades mais regressivas, é 34,20, contra 65,79 de A2, FU e FG, para Júlio, ou seja, as primeiras representam pouco mais de um terço do total. Para Carlos, a soma das percentagens das quatro primeiras é de 47,56, quase a metade do total, e das três últimas, 52,43.

Quanto às erogeneidades, Júlio tem pontuação maior em LI, A2 e O2. Carlos em LI, O2 e O1, sendo a primeira bastante mais alta.

No cômputo das defesas, no aspecto quantitativo, para Júlio prepondera a repressão funcional, a desmentida secundária à repressão, exitosa e, em nível mais baixo, a repressão patógena exitosa. Em Carlos, é mais freqüente a desestimação do afeto, patógena, exitosa, seguida pela desestimação do afeto patógena, não exitosa.

Os resultados são compatíveis com a história narrada de cada um. Embora os dois apresentem o mesmo sintoma de sonolência, as queixas de Carlos vêm desde a infância, com a ocorrência de outros distúrbios, como o espasmo do soluço e dificuldades escolares, assim como uma constante luta contra o sintoma, em função da qual organizou sua existência. Toda sua atitude perante a vida tem uma característica de passividade, tanto no trabalho, quanto no lazer, nas relações sociais e familiares.

Diz que somente há quatro anos teve um incremento em suas conquistas. As manifestações mais primitivas no discurso correspondem a isto,

especialmente no que se refere à libido intra-somática, quer no âmbito das palavras, do relato e das defesas correspondentes.

Para Júlio, o sintoma se estabeleceu mais tardiamente. O lazer e as atividades sociais trazem a marca de uma corrida contra o tempo, buscando um aproveitamento máximo. Faz uso de defesas mais evoluídas, embora o aspecto sobreadaptado do discurso e de seu modo de vida revele as falhas nas defesas, que nem sempre conseguem dar conta de sua tarefa, surgindo a preponderância da desestimação do afeto e tendo como resultado a sonolência. Também deve ser levado em conta a diferença de idade dos pacientes. A manutenção do alto nível de desempenho indica uma tendência ao agravamento do sintoma ou possibilidade do surgimento de outras manifestações psicossomáticas no futuro.

9) CONCLUSÕES

A partir do marco teórico e do método utilizado, o estudo da linguagem dos dois pacientes com queixas de sonolência diurna permitiu verificar uma estrutura de funcionamento que aponta para os mecanismos em jogo na formação do sintoma.

Poder-se-ia argumentar que a análise, baseada em apenas duas entrevistas, fornece um corte transversal momentâneo e restrito em seus elementos. Certamente, a idéia é de que esta investigação seja um passo inicial na busca de uma compreensão deste distúrbio e de como se manifesta na linguagem. Está sendo elaborada uma tese de doutorado, com o estudo de outros pacientes, com o projeto de vir a tornar-se uma linha de pesquisa mais ampla.

Considerando-se as colocações abordadas acima (item 4-2), a respeito da procura de uma maior objetividade na interpretação e avaliação de pacientes, já nesta primeira abordagem pode-se verificar uma coincidência entre os dados obtidos, as manifestações e a história de vida, nos dois casos estudados.

Mesmo levando-se em conta que as entrevistas realizadas registram um retrato momentâneo destes pacientes, a análise, a partir das manifestações das erogeneidades no discurso, faz emergir uma estrutura que, confrontada com a história de vida, indica formas de processar as pulsões que vem de longa data e o uso privilegiado de determinadas defesas, elementos esses que caracterizam a personalidade de cada um.

O aprofundamento deste tipo de estudo pode dar uma maior compreensão a fatores considerados extrínsecos ao surgimento da sonolência, como a privação de horas de sono (Danda, 2005, Pedroso, 1996), ou outros elementos que fazem parte da higiene do sono, referindo-se a maus hábitos ou a circunstâncias do meio. Nos dois casos estudados (assim como em muitas outras patologias, tais como as adições), fica claro que a aquisição de costumes possui fortes motivações internas: em um, uma grande tendência, desde a infância, a entregar-se a estados regressivos de gozo intracorporal, no outro, um forte desejo ambicioso de superação, como maneira de fugir a estados doentios encontrados em seu meio familiar.

A crítica a diferentes métodos de avaliação em psiquiatria, psicoterapia e psicanálise refere-se à dificuldade em objetivar os resultados sem interferir no processo, pois a utilização de questionários, entrevista com outra pessoa, etc, são alheios à sistemática do tratamento, que se baseia, em geral, no relacionamento bipessoal entre terapeuta e paciente.

O desenvolvimento de estudos baseados na análise do discurso (Benjamim, 1986, Kächele, 1988, Reynes, 1984, Teller, 1986) ou no estabelecimento de critérios propõe-se a utilizar métodos que sejam inerentes ao processo, ao mesmo tempo que os aproximem das outras ciências. Entretanto, em alguns as categorias de análise são atribuídas ao paciente a partir de conceitos elaborados pelo investigador. Por exemplo, embora o método CCRT, de Luborsky (1990) se baseie no conceito psicanalítico da transferência, as manifestações são avaliadas por um elenco restrito de significados, não provindos do paciente.

Neste sentido, o método ADL privilegia os componentes das pulsões que são filtrados através da linguagem, numa trama complexa, o que permite uma maior aproximação nos resultados. O estudo e uso sistemático deste instrumento também fornece ao terapeuta um esquema de categorias que lhe permite entender e interagir com o paciente de forma profunda, percebendo, não só por meio de descrições fenomenológicas de sintomas, a estrutura e as defesas mais atuantes, geradoras de distúrbios.

Um aspecto a ser levantado quanto à metodologia ADL diz respeito a um fator ainda subjetivo na escolha dos fragmentos a serem analisados. No presente trabalho, coincidiram com a visão fornecida pela história e sintomatologia apresentada. Estudos futuros poderiam confirmar o grau de importância desta interferência externa ao paciente, ou se, independentemente da escolha, as manifestações são tão características que a estrutura sempre se revele.

10) APÊNDICES

APÊNDICE A

Nos quadros abaixo estão descritos os elementos pertencentes ao Algoritmo David Liberman utilizados na avaliação dos discursos dos pacientes Júlio e Carlos.

Cuadro I: estructuras, subtipos y defensas

Estructuras	Neurosis de transferencia	Caracteropatías narcisistas no psicóticas	Psicosis	Patologías tóxicas y traumáticas
Componentes	Histeria de conversión Histeria de angustia Neurosis obsesivas	Caracteropatía trasgresora o perversa Caracteropatía depresiva Caracteropatía esquizoide	Paranoia Melancolía Esquizofrenia	Adicciones, afecciones psicossomáticas Neurosis traumáticas
Defensa central	Represión	Desmentida	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desestimación del afecto

Cuadro II. Similitudes y diferencias entre desmentida, desestimación, creatividad y sublimación

Defensa	Se opone a	Procedimiento	Recurso	Estructura clínica
Desmentida (Verleugnung)	Percepción y/o afectos, juicios objetivos, juicios críticos contra el yo	Refutación del juicio objetivo y/o crítico	Extraído de la realidad objetiva (p.e. fetichismo)	Caracteropatías narcisistas (esquizoides, depresivos, paranoides, sobreadaptadas)
Desestimación (Verwerfung)		Abolición del yo que formula el juicio objetivo y/o crítico (yo real definitivo) o del yo sujeto del afecto (yo real primitivo)	Producido en el yo mismo como sustituto de la realidad abolida (p.e. alucinación o cuentas)	Psicosis (esquizofrenia, melancolía, paranoia y perturbaciones tóxicas y traumáticas)
Creatividad		Regresión formal del Prec al funcionamiento Inc	Humor, artes culinarias	---
Sublimación		Cambio de meta de la pulsión y elevación del ideal	Obra con un valor cultural	---

Cuadro III: Estructuras, fijaciones pulsionales y defensas

Estructura	Histeria de conversión	Histeria de angustia	Neurosis obsesiva	Caracteropatía trasgresora	Caracteropatía depresiva	Caracteropatía esquizoide	Paranoia	Melancolía	Esquizofrenia	Patologías tóxicas y traumáticas
Erogenidad	FG	FU	A2	A1	O2	O1	A1	O2	O1	LI
Defensa	Represión	Represión	Represión	Desmentida	Desmentida	Desmentida	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desestimación de la realidad y de la instancia paterna	Desestimación del afecto

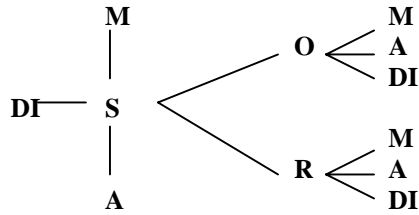
Cuadro IV: conjunto de defensas por erogeneidad

LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
-regresión pulsional -regresión yoica -introyección orgánica -incorporación orgánica -expulsión -identificación adhesiva	-regresión pulsional -regresión yoica -escisión intracanal -proyección -introyección -identificación -transformación en lo contrario -vuelta contra la propia persona -mimetismo	-regresión pulsional -regresión yoica -escisión yoica -introyección -identificación -proyección -transformación en lo contrario -vuelta contra la propia persona	-regresión pulsional -regresión yoica -escisión yoica -introyección -identificación -proyección -transformación en lo contrario -vuelta contra la propia persona	-regresión pulsional -anulación -aislamiento -formación reactiva -control -sofocación del afecto	-regresión yoica -desplazamiento -proyección -evitación (inhibición)	-regresión yoica -represión del superyó -identificación -condensación

Cuadro V: Esquema de las escenas inherentes a las secuencias narrativas de cada lenguaje del erotismo

EROTISMO	FALICO GENITAL	FALICO URETRAL	SÁDICO ANAL SECUNDARIO	SÁDICO ANAL PRIMARIO	SÁDICO ORAL SECUNDARIO	ORAL PRIMARIO	LIBIDO INTRASOMÁTICA
ESCENA							
Estado inicial	Armonía estética	Rutina	Orden jerárquico	Equilibrio jurídico natural	Paraíso	Paz cognitiva	Equilibrio de tensiones
Primera transformación: despertar del deseo	Deseo de completud estética	Deseo ambicioso	Deseo de dominar a un objeto en el marco de un juramento público	Deseo justiciero	Tentación. Expiación	Deseo cognitivo abstracto	Deseo especulativo
Segunda transformación: tentativa de consumir el deseo	Recepción de un don-regalo.	Encuentro con una marca paterna en el fondo del objeto	Discernimiento de que el objeto es fiel a sujetos corruptos	Venganza	Pecado Reparación	Acceso a una verdad	Ganancia de goce por la intrusión orgánica
Tercera transformación: consecuencias de la tentativa de consumir el deseo	Embarazo Desorganización estética	Desafío aventurero Desafío rutinario	Reconocimiento por su virtud Condena social y expulsión moral	Consagración y reconocimiento del liderazgo Impotencia motriz, encierro y humillación	Expulsión del Paraíso Perdón y reconocimiento amoroso	Reconocimiento de la genialidad Pérdida de lucidez para el goce cognitivo ajeno	Euforia orgánica Astenia
Estado final	Armonía compartida Sentimiento duradero de asquerosidad	Aventura Rutina pesimista	Paz moral Tormento moral	Evocación del pasado heroico Retorno a la paz natural Resentimiento duradero	Valle de lágrimas Recuperación del paraíso	Goce en la revelación Pérdida de la esencia	Equilibrio de tensiones sin pérdida de energía Tensión o astenia duradera

Posições do narrador no relato: M (modelo), S (sujeito), R (rival), O (objeto), DI (duplo idêntico), A (ajudante).



Cuadro VI: tipo de legalidad desafiada y tipo de doble

Erogeneidad	A1	O2	O1	LI
Realidad legal cuestionada o abolida	No abusarse del otro	No imponer afectos al otro	No alejar en exceso el pensamiento de la realidad concreta	No realizar intrusiones orgánicas, o económicas en otros
Doble empleado al servicio de la defensa	Imagen especular	Sombra	Espíritu	Número (placenta)

Cuadro VII: preconceite como expresión de una pulsión sexual em particular

		LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Afectos	Angustia	Angustia automática	Terror y pánico	Desesperación (multiplicación recíproca entre la angustia y el dolor)	Desconfianza con creencia o certeza	Angustia moral	Desconfianza con atracción hacia el objeto temido	Horror
	Dolor	Dolor orgánico, sopor, astenia	Sentimiento de futilidad		Aburrimiento y humillación	Desesperanza	Pesimismo	Asco
Motricidad		Tendiente a la alteración interna (por ejemplo, procedimientos autocalmantes)	Tendiente a la extracción de una esencia (o líquido), de una clave abstracta (dedos, lengua, ojos)	Tendiente a expresar sentimientos	Tendiente a la venganza sobre otro	Tendiente a aferrar y dominar un objeto	Tendiente a penetrar	Ondulatoria, tendiente a la totalización estética
Formalización de la materia sensible		Frecuencias	Puntiforme	Captación de estados afectivos	Rasgos discretos	Orden jerárquico, para abarcar la totalidad y clasificar los detalles	Embellecimiento con un aspecto enigmático, incompleto, en su núcleo	Embellecimiento totalizante

Cuadro VIII: categorización de las escenas generales

Lenguaje del erotismo	FG	FU	A2	A1	O2	O1	LI
Atributos de cada personaje	Belleza – fealdad	Dignidad-Indignidad	Orden y corrección – Desorden e incorrección	Abusador-abusado	Útil- inútil	Observador hiperlúcido-objeto de observación y experimentación	Especulador-objeto de especulación
Ideal expresado por los personajes	Belleza	Dignidad	Orden	Justicia	Amor	Verdad abstracta	Ganancia
¿De qué ayudante disponen los personajes?	Adornos, ropas, reglados que realzan los encantos, hijos como decoración o que afean	Objetos (autos, caballos, etc.) que incrementan la potencia o acompañan a quien avanza (brújula, mapa, copiloto) o ligados con el azar y los accidentes al intentar avanzar (hechiceros, brujas y sus respectivos instrumentos de poder: bola de cristal, lechuza, ensalmos, etc.)	Objetos que permiten dominar la realidad concreta vía conocimiento (enciclopedia, etc.) vía limpieza, vía jerarquías institucionales (estatutos, contratos, hijo como funcionario al servicio del dominio administrativo), vía ceremoniales (objetos sacros, etc.)	Objetos que permiten o bien atacar o bien eludir o defenderse de una agresión física que implique el compromiso muscular aloplástico (armas, espías, delatores, cómplices, trincheras)	Objetos entregados en sacrificio (propiedades objetivas, como los bienes materiales, o subjetivas, como el tiempo, el esfuerzo, el afecto, un hijo)	Objetos que permiten la observación a distancia, la experimentación o el ataque anónimo (telescopio, computadora, máquina de fotos, cohete interplanetario, reactor atómico, los ojos de una hija)	Objetos que permiten obtener ganancias económicas o placer (pene artificial, muñecas eróticas, bonos estatales, valores bursátiles, mercadería, dote recibida por el casamiento de una hija)
¿Cuáles son los personajes dominantes?	Reina	Brujos, oráculos o hechiceros	Directores de escuela y otros jerarcas institucionales	Líderes políticos, etc.	Madre de familia	Místicos, filósofos	Inversionistas, capitalistas
¿Cuáles son los espacios en que se mueven los personajes?	Teatro, pista de baile, salón de fiestas	Desfiladeros, espacios muy amplios, espacios cerrados (barrio, club, café), espacios abiertos, alturas, profundidades	Con escalafón jerárquico: iglesias, escuelas	Campo de batalla, selva, jungla de cemento	Espacio íntimo (cocina, dormitorio, hogar), cementerios	Espacio interplanetario, desierto, laboratorio, laberinto, espacio virtual	Espacio intracorporal, tableros de informaciones monetarias y bursátiles, bols de comercio, nights clubs con luces y ruidos aturdidores
¿Cuáles son los estados afectivos de los	Fascinación estética – asco, horror (espanto)	Desconfianza (con atracción hacia el objeto),	Angustia moral (denigración), desesperanza	Desconfianza con creencia o certeza, humillación	Impaciencia, desesperación	Pánico, terror, sentimiento de futilidad	Dolor orgánico, angustia automática

personajes?		pesimismo		y aburrimiento			
¿Cuáles son las acciones motrices dominantes en los personajes?	Motricidad ondulatoria, estallido, regalo	Motricidad penetrante, evitativa	Motricidad ritualizada, obediente a pautas culturales	Motricidad tendiente a la venganza, a sacar de quicio al otro y a preservar al sujeto del desquite y la violencia del otro	Motricidad que expresa los afectos	Motricidad discreta de los ojos (leer, jugar a la divergencia binocular), los dedos (prestidigitación, tecleo), la lengua, los labios	Motricidad de descarga y de regulación de tensiones (procedimientos autocalmantes)

Cuadro IX: investigación de la defensa opuesta a la realidad (perceptual y afectiva) y a la ley

Problema	Procedimiento
1. Decidir si predominan las defensas ante la realidad y los juicios.	Detectar si el lenguaje del erotismo lógicamente dominante en el relato es LI, O1, O2 o A1.
2. Decidir si la defensa es la desmentida, la desestimación, la sublimación o la creatividad.	Detectar si el lenguaje del erotismo contenido en las escenas narradas es o no armónico con el contexto en que se despliega la acción relatada.
3. Decidir si la defensa (desmentida, desestimación) es funcional o patógena.	Detectar si LI, O1, O2 o A1 están al servicio de A2, FU o FG o, a la inversa, si estos últimos lenguajes del erotismo quedan subordinados y doblegados al servicio de alguno de los primeros.
4. Decidir si la defensa patógena es la desmentida o la desestimación.	Detectar de dónde extrae el paciente su ilusión de omnipotencia o el carácter omnipotente de aquel que lo toma como objeto o instrumento.
5. Decidir si la defensa patógena es exitosa, fracasada, o ambas cosas.	Detectar la posición en que se ubica el relator y la prevalencia de acciones o de estados.

Cuadro X: investigación de la defensa ante el deseo

Problema	Procedimiento
1. Decidir si predomina la represión, la creatividad, la sublimación.	Detectar si el lenguaje del erotismo lógicamente dominante es A2, Fu o FG.
2. Decidir si la defensa es o bien la represión o bien la creatividad o la sublimación.	Detectar si el lenguaje del erotismo contenido en las escenas narradas es o no armónico con el contexto en que se despliega la acción relatada.
3. Decidir si la represión es funcional o patógena	Detectar si se da o no una hipertrofia de un lenguaje del erotismo respecto de los restantes.
4. Decidir si la represión patógena es exitosa o ha fracasado.	Detectar si el relator se ubica como sujeto de un deseo frenado o como rival derrotado.
5. Decidir si existen o no desmentidas secundarias a la represión.	Detectar si el relator consuma un deseo a costa del resto o es usado para que otro lo haga, sin obtener a cambio reconocimiento alguno.
6. Decidir si esta desmentida secundaria es exitosa o no.	Detectar si o bien el relator ha consumado su deseo a costa de otros o bien otro ha consumado su deseo a costa del narrador.

APÊNDICE B

A Escala de Sonolência de Epworth modificada (que no questionário apresentado ao paciente situa-se no quadro que corresponde à pergunta: “Qual a chance de você dar uma cochilada nas situações abaixo?”) é uma escala utilizada internacionalmente, cuja confiabilidade e validação foi estabelecida para uso no Brasil. É necessário um escore mínimo de dez pontos para indicar um grau de sonolência significativo. Quanto à Lista de Verificação de Sintomas, também de uso internacional, são considerados os sintomas a partir do grau moderado.

VOCÊ TEM DIFICULDADE PARA INICIAR OU MANTER O SONO? SOFRE DE INSÔNIA?
 NÃO (se respondeu *Não*, vá para o próximo item)

SIM <input type="radio"/>	Número de meses ou anos desde que surgiu insônia ?			meses ou anos
(marque um X no círculo correspondente a Sim ou Não para responder às seguintes perguntas)				
Demora mais de meia hora para adormecer	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Se demora, quanto tempo	
Acorda mais de duas vezes por noite	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Se acorda, quantas vezes	
Acorda e demora para voltar a dormir	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Se demora, quanto tempo	
Toma ou tomou remédios para dormir	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Se toma ou tomou, responda abaixo	
Qual remédio tomou por mais TEMPO?				
Qual remédio faz você dormir MELHOR?				
Qual remédio está tomando para dormir, ATUALMENTE?				

QUAL A CHANCE DE VOCÊ DAR UMA COCHILADA NAS SITUAÇÕES ABAIXO?

Marque a resposta que *melhor* define sua probabilidade de adormecer nessas situações mesmo que você não a vivencie.

Sentado e lendo	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Assistindo TV	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Sentado em lugares públicos como sala de espera, igreja, aula	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Como passageiro em carro, ônibus ou avião, por uma hora	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Deitando-se para descansar à tarde, quando possível	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Sentado e conversando com alguém	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Sentado, calmamente, após almoço sem álcool	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Dirigindo uma hora na estrada	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Trabalhando sentado por uma hora	Nenhuma <input type="radio"/>	Pequena <input type="radio"/>	Média <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>		
Alguma vez você adormeceu numa das seguintes situações?	Comendo	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Caminhando	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
	Escrevendo	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Em pé	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Ela levou susto por adormecer ao volante						
Já sofreu acidente por adormecer ao volante						
Você anda mais sonolento que o seu normal? Há quanto tempo iniciou a sonolência?						
						meses ou anos
Quais os horários do dia em que você sente maior sonolência: às						
						horas

LISTA DE SINTOMAS

(marque um X no círculo correspondente a Sim ou Não para responder às seguintes perguntas)

Dorme melhor fora de casa	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Seu sono é leve	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Está descontente com seu dormitório	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Sua cama amanhece desfeita	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Sente as pernas inquietas ao deitar	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Fala ou geme durante o sono	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Costuma molhar o travesseiro de suor	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Seus sonhos são cansativos	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Seu parceiro nota movimentos rítmicos	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Seu parceiro ronca e o perturba	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Acorda no meio da noite com câibras	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Considera seu sono agitado	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Acorda no meio da noite com azia	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Gosto de vômito na boca ao acordar	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Acorda de manhã com dor de cabeça	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Acorda de manhã com boca seca	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Sente-se mais irritado que seu normal	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Sente-se mais triste que seu normal	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Sente-se sempre cansado durante o dia	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Ao deitar, sente o nariz fechado	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Sente-se mais ansioso que seu normal	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>	Usa remédio para abrir o nariz	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>
Veze que levanta a noite para urinar	(0-9)		Se Sim, qual?		

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SINTOMAS LVS-90

INSTRUÇÕES

Esta é uma lista de queixas e problemas que às vezes as pessoas têm. Leia cuidadosamente cada uma delas e marque o quadradinho numerado que melhor descreve **QUANTO DESCONFORTO ESTE PROBLEMA LHE CAUSOU NA ÚLTIMA SEMANA, ATÉ HOJE**. Marque apenas um quadradinho para cada problema e não salte nenhum. Se mudar de idéia apague bem o quadradinho errado.

O QUANTO VOCÊ TEM SOFRIDO POR:

1. Dores de cabeça
2. Nervosismo ou conflito interior
3. Pensamentos desagradáveis, repetidos, que não deixam sua mente.
4. Fraqueza ou tontura.
5. Perda de interesse ou prazer sexual
6. Sentir-se criticado pelos outros
7. Idéias de que outra pessoa pode controlar seus pensamentos
8. Sentir que os outros tem culpa pela maioria dos seus problemas
9. Dificuldade em lembrar das coisas
10. Preocupações com sujeira ou descuido
11. Sentir-se facilmente incomodado ou irritado
12. Dores no coração ou peito
13. Sentir medo de espaços abertos ou de sair na rua
14. Sentir-se com pouca energia ou mais lento
15. Pensamentos de acabar com sua vida
16. Ouvir vozes que outras pessoas não ouvem
17. Tremores
18. Sentir que a maioria das pessoas não são de confiança
19. Pouco apetite
20. Chorar facilmente
21. Sentir-se tímido ou pouco à vontade com pessoas do sexo oposto
22. Sentir-se como se estivesse sendo encurralado ou pego
23. Assustar-se, de repente, sem razão
24. Explosões de mau humor que você não pode controlar
25. Sentir medo de sair de casa só.
26. Culpar-se pelas coisas
27. Dores na coluna
28. Sentir-se bloqueado para terminar as coisas
29. Sentir-se sozinho
30. Sentir-se na fossa
31. Preocupar-se demais com as coisas
32. Não sentir interesse em coisa alguma
33. Sentir-se amedrontado
34. Seus sentimentos serem facilmente feridos
35. Outras pessoas estarem a par de seus pensamentos íntimos
36. Sentir que os outros não entendem você ou são insensíveis
37. Sentir que as pessoas não são amigáveis ou não gostam de você
38. Ter de fazer as coisas bem devagar para assegurar-se que está certo
39. Coração acelerado
40. Náusea ou estômago embrulhado

N E M	U M	M O D E R A D A M E N T E	M U L T I P L I C A D O	M U L T I P L I C A D O
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				

O QUANTO VOCÊ TEM SOFRIDO POR:

41. Sentir-se inferior aos outros
42. Dolorimento em seus músculos
43. Sentir que você está sendo observado ou comentado pelos outros
44. Dificuldade para iniciar ou manter o sono
45. Ter de conferir e reconfirmar o que você faz
46. Dificuldade em tomar decisões
47. Sentir medo de andar de ônibus
48. Dificuldade de respirar
49. Sensações de calor ou frio
50. Ter de evitar coisas, lugares ou atividades que amedrontam você
51. Sua mente estar tendo "brancos"
52. Dormência ou formigamento em partes de seu corpo
53. Ter um nó na garganta
54. Sentir-se sem esperança sobre o futuro
55. Dificuldade em se concentrar.
56. Sentir fraqueza em partes de seu corpo.
57. Sentir-se tenso ou incapaz de desligar.
58. Braços e pernas pesadas.
59. Pensar em morte ou que vai morrer.
60. Comer demasiadamente
61. Sentir-se mal se as pessoas estão observando ou falando sobre você
62. Pensar que não é você próprio
63. Ter desejo intenso de bater, machucar ou ferir alguém
64. Acordar cedo demais pela manhã e não conseguir mais dormir
65. Ter que repetir várias vezes ações como contar, lavar, tocar
66. Sono que é agitado, inquieto ou perturbado
67. Ter desejo intenso de quebrar ou esmagar coisas
68. Ter idéias ou crenças que os outros não compartilham
69. Sentir-se muito preocupado com o que os outros pensam de você
70. Sentir-se mal em multidões, tais como shoppings ou cinemas
71. Sentir que tudo é um esforço
72. Ataques de terror ou pânico.
73. Sentir-se desconfortável em comer ou beber em público.
74. Envolver-se em freqüentes discussões
75. Sentir-se nervoso quando está sozinho
76. Não darem valor para suas realizações
77. Sentir-se só, mesmo quando está acompanhado
78. Sentir-se tão inquieto que não consegue ficar sentado quieto
79. Sentir-se sem valor
80. Sentir que algo ruim está para acontecer com você
81. Gritar ou jogar coisas
82. Sentir medo de desmaiar em público
83. Sentir que as pessoas tirarão vantagem de você se você deixar
84. Ter pensamentos sobre sexo que o incomodam muito
85. Idéias de que você deveria ser punido por seus pecados
86. Pensamentos e imagens assustadores
87. Idéias de que está com uma doença séria em seu corpo
88. Nunca sentir-se íntimo de outra pessoa
89. Sentimentos de culpa
90. Idéias de que há algo errado com sua mente

	N E M	U M	U M	M O D E R A D A M E N T E	M U I T O	M U L T I P L I C A D O
41.						
42.						
43.						
44.						
45.						
46.						
47.						
48.						
49.						
50.						
51.						
52.						
53.						
54.						
55.						
56.						
57.						
58.						
59.						
60.						
61.						
62.						
63.						
64.						
65.						
66.						
67.						
68.						
69.						
70.						
71.						
72.						
73.						
74.						
75.						
76.						
77.						
78.						
79.						
80.						
81.						
82.						
83.						
84.						
85.						
86.						
87.						
88.						
89.						
90.						

APÊNDICE C

CASO 1– Júlio

C-1) Identificação: Júlio, 28 anos, masculino, branco, casado, médico, nascido e residente em Porto Alegre.

C-2) Dados obtidos no Laboratório do Sono

- Data da primeira consulta: há cerca de 2 anos
- Queixas: sonolência, diminuição do rendimento intelectual, sono agitado.
- Hábitos: nos dias de semana, deita entre as 23h30min e 24 h, acorda entre 6h e 6h30min; nos finais de semana, deita entre 24h e 24h30min, acorda às 10h e faz uma sesta de 2 horas.
- Outros dados: sonolência há três anos (quando da primeira consulta no Laboratório do Sono); índice de Epworth: 8; susto por dormir ao volante: 3 ou 4 vezes; queixas no laboratório do sono (quando da realização de polissonografia: 1) “sinto que poderia render mais em minhas atividades”. Sonolência, dificuldade de concentração (há 3 ou 4 anos); 2) sono agitado. “Cheguei a machucar involuntariamente minha esposa várias vezes” (há 1 ano).
- Polissonografia: em 21 horas de sono, 21 apnéias e 7 roncos.
- Lista de Verificação de Sintomas (Apêndice B) – O quanto você tem sofrido por: a) Muito: 66 – sono agitado, inquieto ou perturbado; b) Moderadamente: 2 – nervosismo ou conflito interior; 3 – pensamentos desagradáveis, repetidos, que não deixam sua mente; 28 – sentir-se bloqueado para terminar as coisas; 31 – preocupar-se demais com as coisas; 44 – dificuldade para iniciar ou manter o sono; 55 – dificuldade em se concentrar; 57 – sentir-se tenso ou incapaz de desligar; 61 – sentir-se mal se as pessoas estão observando ou falando sobre você; 75 – sentir-se nervoso quando está sozinho.

C-3) Entrevista em português

P: pesquisadora

E: entrevistado

E: Foi um período de transição (pausa). Não me pegou no, no meu estágio pior do sono (risos).

P: Ah!, é...

E: É, porque agora eu tô muito bem. Bah! Tô me sentindo muito bem.

P: Quando é que começou e quando é que tu melhoraste?

E: Faz mais ou menos, deixa eu lembrar...Acho que foi no, no último ano do mestrado, foi em 90 e...99. Entre 98, 99 foram os piores anos, assim, que eu tive o problema da sonolência. Se bem que eu dormia pouco naquela época, mas, mas mesmo assim eu tinha muita sonolência. E de um ano pra cá, eu tenho estado muito bem assim, né. Não tive maiores problemas.

P: E estás usando medicação?

E: Não, eu usei uma certa época, mais ou menos uns 6 meses, Nortriptilina, Pamelor, Bamifilina, é isso aí. Antes de dormir.

P: Isso em 6 meses?

E: É.

P: Depois que tu consultaste...

E: Isto. Depois eu não, não, eu não tive mais, assim, maiores problemas com sono. Tenho passado bem. Agora, claro, nas fases que piora a minha rinite alérgica, que eu tenho muita atopia, aí eu ronco, a minha esposa reclama, aí até me dá uma certa...Mas assim ó, agora eu tô com uma crise de rinite, tô com corticóides, é, enfim, Lastina, é, corticóide tópico e não tô tendo problema nenhum, assim. Hoje eu dormi por exemplo muito bem, me acordei, é que todos os dias eu tenho dormido, por causa da minha tese, minha tese de mestrado, todos os dias eu tenho dormido 1 hora, 1 e meia. Ontem, disse: “Não, eu vou dormir antes da meia-noite”, aí eu acordei (risos)...

P: E tu dormes quanto tempo, quantas horas?

E: Seis a sete horas por dia. Menos...

P: Agora, mesmo dormindo 6 a 7 horas por dia tu te sentes bem?

E: Eu tenho que dormir, no mínimo, 7, 8 horas é o ideal pra mim. Eu acordo bem.

P: E naquele período, que tu achas?

E: Acho que eu tava dormindo, tava dormindo, não, umas 5 a 6 horas por dia mas o meu sono era muito mais agitado. Chegava a bater na minha cônjuge (risos), durante, durante o sono, tinha, tinha (toca o telefone celular)...Vou desligar. Eu tinha uma, uma, uma agitação assim, ó, não sei se era psicomotora ou, só que eu não percebia, né. Eu acordava às vezes todo suado, tinha bastante sudorese durante a noite; acho que era, era por apnéia mas eu fiz a polissonografia aqui, foi em 99 mesmo, não constatou apnéia, foi constatado hipopnéia, vários sintomas de hipopnéia, inclusive até com arritmia supraventricular (risos), bah eu me assustei, aí, bah... “Tenho que fazer alguma coisa”. Aí eu fiz 6 meses de tratamento, melhorei, aí voltei pro Dr. Dênis, disse “ah, tu fugiu” e tal, “não, agora eu tô me sentindo bem”, “tu acha que precisa repetir?”, “ah, seria bom repetir”. Aí não senti mais nada, né, assim.

P: E essa agitação de noite?

E: Agora é eventual. Se eu durmo depois da meia-noite, depois de um dia de trabalho, assim, intenso, às vezes, eu, eu, o meu sono é, eu não consigo entrar, acho que, em sono profundo, né.

P: Por que, tu ficas perturbado?

E: Acho que é um pouco assim...Não sei, não, é uma ansiedade inespecífica. Acho que é resultado da, da atividade que eu tenho. Agora também, tem que observar, principalmente quando eu corro e nado (toca o telefone celular) em dias alternados. Eu vou desligar. Eu corro e nado em dias alternados, então quando eu corro à noite, o meu sono é mais difícil, eu acho que fico no estágio de alerta, assim, maior e aí, e aí é constante. Se eu corri depois das 9 da noite, me dá um, é, o resultado é sempre constante: agitação durante a noite!

P: E aí depois tu ficas sonolento?

E: Durante o dia. É. Mas ontem, por exemplo, ontem eu só nadei durante a manhã, de manhã, pela manhã, nadei pela manhã, fui dormir antes da meia-noite. Hoje eu tô bem, bem alerta, assim, bem acordado.

P: Aí, seriam esses exercícios físicos....

E: É, eu acho que seria mais pelo exercício ou pela, pela...

P: Preocupação também?

E: Pela privação de horas, né. Mas mesmo nesse período que teve 98 a 99, mesmo dormindo bem, eu tinha sonolência. E muita.

P: E tu atribuis a quê?

E: Não sei. Não sei mesmo. Não conseguiria assim, claro, eu tinha uma certa privação, mas assim ó, eu me lembro que no secundário, eu dormia 5, 6 horas por dia. Aquele negócio de vestibular, eu também gostava de fazer exercício físico, aí, tinha que ajustar os meus horários e eu não tinha, eu não tinha tanta sonolência. Aí depois que eu entrei na faculdade, também, tranqüilo. O segundo e terceiro ano da residência até o primeiro ano de mestrado é, na verdade foi nesses três anos que, que eu tive bastante problemas. E eu até acho que hoje a minha vida é muito mais agitada do que naquela época e mesmo assim, os meus problemas de sono eram maiores naquela época. Claro, eu não, eu não fiz mais a polissonografia (risos), mas assim, do ponto de vista subjetivo, eu me sinto melhor, né; agora o objetivo eu não sei se melhorou aí no exame. Então, aí é uma coisa que não, é um fato que tem que ser avaliado.

P: E na época, que tipo de preocupação tu tinhas em relação a isso, ou a outras coisas?

E: É, eu tava casando, mas o meu casamento foi tranqüilo, foi uma coisa assim, bem escolhida, bem fundamentada. Eu já tinha um cantinho mais ou menos pra, pra morar, já destinado e preparado, né. Eu acho que assim não foi uma correria, eu me casei em...Foi novembro, 28 de novembro de 98, né. Mas não, eu não considero que foi assim uma correria aquela época. Só que a minha, a, tanto que a minha sonolência maior data do período posterior ao meu casamento, é, foi posterior. Foi o que eu te falei, foi 99, 2000, foram, é...Início de 99 e final de 99 e início de 2000 foram os piores momentos, assim. Não sei se houve a coincidência que o, a atividade de mestrado aumentou e eu tive como efeito colateral isso aí. Mas como eu te falei, na época do vestibular, secundário, aula de manhã e de tarde, estudando de noite, correndo de tardezinha, estudando de noite, eu não tinha isso. E outro aspecto, nessa época eu roncava muito, demais, então...Só que o interessante que depois que eu fiz o tratamento, né, eu não, eu não ronco mais como, lá de vez em quando eu ronco mas é, agora, segundo a minha esposa, se tornou bem eventual agora, já não bato mais nela, ela já não reclama tanto. Então, acho que melhorou, né. Eu me sinto melhor e ela também se sente melhor (risos). Então acho que, tô me sentindo melhor...

P: E com o teu casamento, mudou muita coisa na tua vida?

E: Ah, mudou acho que pra melhor, né, mas no sentido assim, não, não mudou...Financeiro assim, ó, não foi nenhum stress, eu acho que o meu pior stress mesmo foi na época que eu tava na casa do meu pai e da minha mãe. No último ano que eu passei lá, que eles tavam fazendo uma reforma, aí já não tinha muito lugar pras minhas coisas, já tava, aquele período de transição. Mas nesse período eu não tinha sonolência. Poderia dizer, ah!, foi um período pior, da, assim...Pior não, foi um período assim, de maior transição da tua vida, pelo menos até agora, foi, não, naquela época eu não tinha isso aí. Ou se tinha também, mas eu não tinha sonolência, até podia roncar, que eu dormia sozinho, mas também não tinha como saber, né. Mas sonolência que é um efeito colateral eu não tinha. Nada, nada. Bem tranqüilo e até acho que dormia bem demais, até. Eu acho que é isso aí.

P: E antes, quando tu eras menor, tu eras “dorminhoco”?

E: Não, não. Não, eu acho que o normal da adolescência, da criança que está em fase de crescimento, mas eu sempre consegui acordar de manhã sem problemas, ir pra escola, estudar, voltava. Não sentia, não costumava sentir sono durante o dia. Quem tem muito problema de sono, tinha, pelo menos, era o meu irmão. Ele inclusive tinha até umas parassonias, ele se acordava, às vezes teve episódios de sonambulismo. Tinha uma época que ficou com enurese noturna também. Ele se trata com psiquiatra, ele tem, tem, olha o diagnóstico é, é difícil. Uma psiquiatra classificou, ele tem Transtorno Narcísico de Personalidade, Transtorno de Ansiedade e mais alguma outra coisa...Como uma certa

época ele usou drogas de uso não médico, né, aí ele teve paranóia, um monte de coisa, mas agora ele tá super-bem, ele tá fazendo Direito, estudando. Eu acho que agora ele tá numa situação normal. Aí ele é muito inteligente, acho que também não sei se tem uma relação com isso...Mas ele conseguiu superar tudo isso. Mas assim, na minha família tem várias pessoas com história de problema psiquiátrico. Principalmente por parte do meu pai.

P: Que tipo?

E: Depressão. Tem um tio meu que teve episódios de paranóia, um tio paterno, né. Tem um outro que eu considero que é meio estranho (riso), mas eu não sei se ele é estranho pelo, pelo grau de inteligência dele ou porque ele é, ele tem PhD nos Estados Unidos. E ele é chefe, foi uma época chefe, agora ele tá aposentado, ele foi chefe de um órgão público no setor dele. Então ele é bem 'estranhão' assim, só que o filho dele, que é o meu primo, ele tem problema de depressão, entendeu.

P: Isso é mais por parte de pai?

E: Mais por parte de pai. Por parte da minha mãe eu diria que não tem. Tem um tio-avô com Transtorno Obsessivo-Compulsivo, eu acho pela descrição dela. E só, acho. Por parte dela não consigo identificar nada assim, é mais por parte do meu pai.

P: E esse período em que o teu irmão estava com esses problemas, como é que era pra ti?

E: Ah, não...Ele tinha isso aí, ele começou com 13 anos, 13, 14 anos e aí, só de 2, 2 anos prá cá que ele tá totalmente, totalmente não, ele sabe que é uma doença crônica. Mas uma coisa, ele tá bastante recuperado.

P: E como é que era pra ti que convivia?

E: Ah, era difícil, né. Bem difícil. Eu acho, mas foi muito mais difícil pro meu irmão do meio, aliás o meu irmão mais, esse novo, o caçula...

P: Vocês são em 3?

E: Sim, somos 3 irmãos.

P: Homens.

E: Três homens. Foi muito mais difícil pro meu irmão caçula que tava ainda numa fase mais suscetível do desenvolvimento dele, é...Encontrar o irmão daquela forma, do que pra mim, eu já tava com a cabeça mais ou menos formada. É...Eu me incomodava mais por causa da minha, da preocupação dos meus, da minha preocupação, não da minha preocupação mas mais da preocupação dos meus pais, do que propriamente da minha. E como me incomodava mais por causa dos meus pais do que, do que dele, né.

P: Como é que era essa tua incomodação?

E: Ah, que tinha o meu pai que ficava estressado, a minha mãe mais ainda, e tinha uma época que ela chorava muito, tava sempre...Mas, então eu me incomodava e eu ficava até com um certo sentimento de raiva do meu irmão do meio. Só que essa raiva eu procurava sempre racionalizar e dizer, "não, mas ele tem problema" e desde pequeno ele nunca foi assim completamente 'normal', ele era, ele, eu desconfio que na época, na infância dele, é, ele tinha...Talvez aquela Síndrome de Hiperatividade por déficit de atenção. Ele era muito agitado, às vezes não conseguia se concentrar, mas nunca foi assim, mal na escola, ele nunca foi. Até foi relativamente bem. Mas era uma criança agitada que nem a gente dizia, né.

P: Que diferença de idade vocês têm?

E: Eu tenho 3 anos com esse meu irmão do meio e 7 anos do caçula. Eu tenho 28, ele tá com 24 e o meu irmão caçula tá com...20 e...21 (pausa). Mas agora, bom, agora eles são 'unha e carne', como se diz, os dois estão se dando tri-bem, saem junto. Os dois tão na mesma faculdade, tão fazendo Direito. Então agora, eles tão numa fase de convívio bem, bem bom, né, mas...

P: E como é que isso, em termos de relacionamento familiar, como é que era a participação tua no caso.

E: Eu acho que foi...

P: Como é que era visto isso na família.

E: Eu acho o seguinte: eu sempre procurava, no início da, no início, me deu uma raiva, assim, bem grande, né, mas depois, eu comecei a enxergar o problema do ponto de vista mais, até médico, embora eu acabava de entrar na faculdade de medicina, do que familiar. Então, bom, quê que eu posso fazer pra ajudar ele? Eu acho que a pessoa que mais ajudou ele na família fui eu (risos). Porque, o meu pai uma época negava muito isso aí, negava, mesmo sendo médico, pela formação que ele tem, ele negava. E a minha mãe, 'segurava a barra', 'as pontas', né, como se diz, 'segurava a barra'. Quando eu tava aqui no estágio do hospital onde trabalho, eu encontrei um psiquiatra, que ele já tinha passado por diversos psiquiatras e daí ficava 1 ano, às vezes 2 anos bem, retornava, né, mas sempre assim, ele nunca, nunca ia muito, muito longe, né. Ele tinha, ele tem um problema sério assim que ele não consegue ter frustração. Então, na primeira, no primeiro obstáculo, na primeira frustração ele, ele recai. Bom, aí eu encontrei um psiquiatra aqui onde trabalho, é, e eu vi a atuação dele, gostei muito e disse "olha, eu sei que é inadequado assim, mas..." "Não, pode falar", "não, é que eu tô, tô precisando de ajuda e quero que tu acompanhe meu irmão e tal". Aí eu convenci a minha mãe a trocar de, conve....Convenci o meu irmão também e até agora ele tá com esse aí, tá muito bem. Muito bem mesmo.

P: O quê tu notaste que chamou a tua atenção, o quê tu achaste?

E: No psiquiatra? No psiquiatra ou no...No psiquiatra eu achei o seguinte, ele tinha uma atuação neurobiológica pra tratar o problema, além da, da importância da conversa, ele vê alguma outra coisa também no âmbito psicanalítico, mas ele não é psicanalista como deve ser, ele é só, ele é mais...Na verdade, ele é mais um neuropsiquiatra do que um, do que um psiquiatra propriamente dito. E a abordagem dele é bem assim, neurobiológica, é bem objetiva, né, e...Por outro lado, sem esquecer aquela parte subjetiva que, da conversa, da atenção que todo, acho que todo médico tem que ter, né. E isso aí, quer dizer, eu me identifiquei bastante com isso, eu acho que, olha, é por aí mesmo. Os outros eram tudo mais na conversa, né, às vezes na amizade, eu vi que aquilo não tava dando certo. Disse "não, não"...Inclusive até passou por um psiquiatra, até, eu não vou falar o nome porque não é...Falou pro meu irmão que ele tinha um processo de anedonia, ele não consegue sentir prazer, mas é claro, ele tava intoxicado na época. O único prazer dele, entre aspas, era o problema da droga, né. Eu também já não gostei muito e disse "ah", então quem comandou essa parte médica não foi o meu pai, fui eu mesmo, né (risos). Eu meio que direcionei as coisas pra... Eles que não viram.

P: E a posição do teu pai qual é?

E: Era um pouco omissa. "É, por que esse guri não estuda, não quer fazer nada!" Ele via só a parte que "não assume responsabilidade, tu não vai ser nada na vida", eu ficava, ficava assim ó, é, como se diz, é...É...Vou usar um termo inadequado, eu ficava mesmo com, com raiva assim. Bom, mas como é que tu pode dizer uma coisa dessas, vamos ter uma atitude madura, né. O problema dele não é esse, quem é que não quer, quem é que não tendo a oportunidade na vida de estudar, de, vai, vai querer assumir uma responsabilidade. Eu, eu acho que as pessoas que não conseguem fazer isso têm problemas. Ele tem problema, tem que admitir isso. E ele não admite. Agora não, agora ele tá, tá, de uns 3 anos pra cá, ele já tá, ele já aceitou, já...É interessante, e eu também não sei, eu não sei se não foi isso também. O fato dele tá, o meu pai tá mais calmo e tá aceitando mais a situação de lidar com ele, o meu irmão teve melhoras, né, teve melhoras. Coincidiu, acho que várias coisas coincidiram, quer dizer, o psiquiatra, a

aceitação do meu pai, todas aquelas coisas, acho que ele, aí que ele começou a engrenar mesmo.

P: E a tua participação em relação ao teu pai nessa questão como é que era?

E: Eu sempre chamava a atenção dele dizendo que a, a atitude dele tava errada.

P: E ele como é que recebia isso?

E: É, às vezes ele escutava, meio que fazia que não ouvia ou, mas ele, ele reconhecia também mas sabe aquela situação, que a pessoa reconhece mas a atitude dela acaba sendo a outra no final. Quer dizer, a informação não se traduz na mudança do comportamento (risos). É mais ou menos isso aí, né.

P: Isso gerava briga?

E: Não, eu e o meu pai, sempre foi uma ótima relação. É, inclusive assim ó, nossa relação às vezes até alguém pode me olhar assim, parece tanto de pai pra filho, não, carinho, essas coisas, a gente troca, se beija em público, se abraça. Não, mas assim, às vezes, a autocrítica que eu tenho em relação à, a autocrítica e a crítica que eu tenho em relação a ele, ele tem em relação a mim. A gente sabe lidar bem com essa, essa situação. Às vezes eu vou falar uma coisa pra ele aí tem uma certa altura ele fica pensando, principalmente no hospital, “não, mas eu acho que tu tem razão” e tal...Então, a minha relação com ele é bem madura, assim, é bem...

P: Vocês trabalham...

E: A gente trabalha junto.

P: Qual é a especialidade?

E: Pneumologia. Pneumologia, a mesma, só que ele trabalha mais na área de sono, a gente faz mais a parte de doenças obstrutivas, né, asma e DPOC. E aí, acho que nesse sentido a gente se dá bem, se entende bem. Porque a minha cabeça e a dele é parecida, a diferença é que eu, não sei se é porque eu sou mais novo ou a minha educação já foi diferente (risos), eu tento ver a coisa sempre dum, numa perspectiva mais ampla, né, e não...E quando eu vejo que é um problema relacionado a mim, eu tento assim isolar o, isolar o meu problema e tentar enxergar de fora as coisas pra ter uma análise melhor. A gente sabe que nunca é, sempre é bom às vezes alguém de fora (risos) fazer isso, mas eu tento às vezes fazer isso sozinho pra, até pra, pra me policiar e tentar, claro, evoluir alguma coisa, né. Interessante que no casamento assim, a minha esposa, ela, eu sou muito crítico assim com ela, né. Às vezes ela quer fazer uma coisa e tal, uma certa época, ela é fonoaudióloga, tá fazendo mestrado na parte de disfagia orofaríngea, na Gastro de um hospital. Aí uma época, “é, pois é, porque a minha profissão não dá dinheiro, não dão oportunidade”, “não, mas isso aí tu que cria e a tua área é fascinante, tu tem que investir nisso aí”. E eu dando força pra ela, “ó vale a pena, vale a pena”. Aí surgiu a oportunidade do mestrado, né, e ela, ficou meio que seis meses ali, em processo de seleção, em ambulatório, tentar mostrar o, o serviço dela pro, pro chefe lá da Gastro. Aí ele gostou e convidou ela pro mestrado “bah, agora eu assumo ou não assumo?”, “claro que assume, vai”. E eu digo pra ela ó, tem as vantagens, as desvantagens. Agora ela vê, “pô, foi bom eu ter assumido mesmo porque”... Porque ela tava com outro emprego, ela desistiu desse emprego pra entrar. E agora ela tá, ela está terminando de escrever um livro sobre, sobre o assunto, né. Então, mas assim, agora ela tá meio, agora assim ela tá mais caminhando com os pés dela, agora eu já larguei ela (risos)! Mas no início, eu tive que dar uma...

P: Quer dizer que....

E: Força.

P: Tu tens esse papel de...

E: É meio de moderador.

P: Encaminhar...

E: É, eu procuro analisar o problema, ver qual é a melhor saída e digo “olha, acho que”...Mas nunca forço nada, né.

P: E quando tu eras menor, com esse teu irmão, ou mesmo nas situações de família, como é que era?

E: Eu era muito egocêntrico, só olhava pro meu próprio nariz. Ah, estudar, tinha que estudar, pegava os livrinhos e estudava. Ou às vezes ficava no computador quando começou a era do computador, que eu só ficava no computador. Meu pai às vezes pedia pra eu ajudar pra fazer algumas coisas e eu não ia, e dizia “ah”, e disse “ah”, e ele aí, ele sempre, sempre, o meu pai sempre procurou algum “furúnculo pra meter o dedo”, “ah, porque tu nunca participa das coisas da família”, e não sei o quê, aí, “que tu é muito egocêntrico”, e não sei o quê. Aí eu falei pra ele: “eu te dou trabalho? Bom, não dá trabalho, então não reclama!” (risos) Que é assim ó, eu disse pra ele “eu não vou te ajudar a pregar um prego, eu não gosto de fazer isso”, ou, sei lá. Às vezes eu ajudava ele, pedia tanto, de tanto pedir, de tanto encher o saco, eu ajudava.

P: No que mais ele achava que tu devias participar e não participavas?

E: É, às vezes as reuniões familiares, que eu não gostava de ir, né. Eu não sei, eu não achava assim, mas se não eram todas as reuniões familiares. A maior parte até eu ia, né. Mas por exemplo, a gente vai no casamento lá não sei de quem lá, “ah, tem que”, “eu não vou ir, eu não quero, tenho outras coisa pra fazer”. Que eu era muito assim, mas eu não, não era sociofóbico assim. Mas é interessante assim, eu tinha uma certa restrição à convivência social, assim, rotineira, né. Mas, fim-de-semana, essas coisas, eu saía com os amigos...Mas aquele negócio de tá saindo, e de tá, e de tá indo todo dia fulano, beltrano, eu não, eu não gostava, eu gostava de ficar a maior parte das vezes no meu canto, fazendo as minhas coisas, e quando dava vontade, saía, né. E eu notava que ele tinha uma ansiedade muito grande. Às vezes ele puxava uma nota assim “o quê que é isso?”, eu falei pra ele, “ah, isso é pra tu sair e tal e te divertir”, “mas eu te pedi?!”, “guarda, pode ser importante pra ti”, eu falava pra ele (risos). Aí ele ficava indignado, né. Bah, é bem interessante.

P: Ele ficava preocupado, então?

E: É, ele ficava preocupado. “Bah, mas o quê que tá havendo”? Aí, uma vez, eu meio que, aí ele parece que caiu o chão dele, daí eu falei, “olha pai, muitas vezes tu é mais inseguro do que eu”, porque quando eu quero fazer uma coisa é aquilo que eu quero fazer e pronto, não tem, não tem assim é, pra pessoa me dizer que é melhor ou, “é melhor que tu faça isso do que aquilo”, ela tem que me dar as razões dela. Eu não sou também assim, cego, surdo, surdo e mudo, né. Se a pessoa me dá assim as razões que ela acha que seria importante fazer, aquela determinada coisa, eu analiso, olha, se eu achar que vai, então tá, eu mudo e faço. Mas eu nunca aceitei assim imposição, “não, vamos pra tal lugar”. Não, “porque que eu tenho que ir?”, falei pra ele, “é porque é importante e tal, tu não vê o teu avô já faz um tempo”, aí eu fiquei pensando, “é, eu não vejo o meu avô faz tempo. É, eu acho que tu tem razão, vamos ir”. Eu procurava sempre, aceitava, aceita, claro, tinha uma época que eu era bem menos, bem menos receptivo a críticas, né, agora eu sou bem mais, né. Principalmente acho que depois que eu casei, eu mudei bastante em relação a isso, né (risos). É, porque às vezes a minha esposa fala “é, quem sabe tu faz isso, quem sabe tu faz aquilo”, aí eu ouço e tal. Ela também tem uma análise, ela também gosta de sempre tá analisando e procurando o melhor caminho das coisas, né, então...

P: Tu ainda te consideras egocêntrico?

E: Um pouco sim. Mas eu acho que na medida do, como é que se diz...Acho que me considero agora, que todo mundo tem que ser um pouquinho egocêntrico, senão tu, como é que vai terminar uma faculdade se tu não diz assim pras pessoas: “olha, agora eu não

quero ir pra festa, agora eu não quero ir pra, quero ficar aqui estudando, tenho minhas obrigações”. Mas eu acho que isso aí não é bem, eu acho que isso aí é egocentrismo, porque tu tá, vamos dizer, vamos dizer assim, rejeitando às vezes oportunidade de uma convivência social, mas tem que ver os prós e os contras, né. Pensar a longo prazo, ver a vantagem e a desvantagem. Se eu deixar de fazer isso aqui agora, depois eu vou me dar mal (risos) ali adiante. Então, tem que fazer, tem que fazer, né. Agora, mas hoje em dia eu tô bem mais maleável; por exemplo assim ó, eu gostava sempre de ir ao cinema quando ia no sábado. Domingo não. Não, não, domingo já amanhã é segunda, tem que organizar as minhas coisas. Agora não, agora eu já tô mais, “ah, vamos ir?”, aí eu digo, “ah, eu tô cheio de coisa pra fazer mas também tem que se divertir de vez em quando. Tá, vamos”. Eu tô mais maleável nesse sentido.

P: E aí tu te sentes bem quando fazes isso?

E: É...

P: Ficas contrariado, dividido?

E: Às vezes, eu fico meio contrariado. Mas é raro. Hoje em dia é raro. Na maior parte das vezes, ah, agora ,depois que eu faço, que eu pratico uma atividade de lazer, eu me sinto muito bem assim. Eu chego em casa até mais disposto. O meu problema maior é o seguinte, acho que existe o dia devia ter mais de 24 horas (risos)! Pra dar tempo de trabalhar, descansar, se divertir; mas a gente sabe que não tem, então tu tem que ver a prioridade...

P: E a tua prioridade, qual é?

E: Ah, é terminar a minha tese, e o resto é...Claro, tem que levar as coisas do meu casamento, da convivência social. A gente tem agora mais amigos, tem muito mais amigos do que tinha antigamente, né. Então, isso também não dá pra largar, né. E eu falando isso pra eles, eles até entendem. Mas agora assim ó, eu procuro muito mais aproveitar melhor o meu tempo do que antes. Antes eu ficava estudando uma coisa e ficava horas e horas em cima daquilo e ia, e perdia a noção do tempo. Hoje não.

P: Tu te concentravas.

E: É, é tanto, tanto tempo eu tenho, é eu tenho aproveitado esse tempo e pronto. Depois que passou, bom, aí eu vou ter que fazer outra coisa (risos). Aí já é, aí tá na hora de ou eu tenho que sair eu tenho que sair com a minha esposa pra comprar uma coisa pra casa ou conviver um pouquinho com ela que é bom; então, eu já estabeleci limites, porque senão não dá, né, fica difícil.

P: Esse “pouquinho” é pouco...

E: O que, eu....?

P: A convivência com ela.

E: Bom, eu acho que, a gente se vê todos os dias, entende? Ela às vezes reclama, eu pego e digo pra ela: “olha, me diz uma coisa, qual o médico, na idade que eu estou que vê tantas vezes a sua esposa como eu”? Aí, ela viu os meus outros colegas, ela ficou pensando, “pois é, é verdade, é verdade”. Que eu vejo assim, colega vai, plantão em cima de plantão. Mas e a vida social destes caras, como é que fica? Eu digo, “não, eu não quero isso aí pra mim”. Só que eu tenho um problema, quando eu tô em casa, ela fica toda hora em volta, que se ela não tem as coisas dela pra fazer tem uma saudade indecorosa, ela fica em volta. E eu disse, não, “agora deixa, agora é a minha hora, depois”...Então, às vezes tem que estabelecer limites pra ela (risos). É, porque senão...Porque em casa é que eu tenho vontade de fazer um trabalho cerebral mesmo, porque no consultório, ah,...Tem gente que aproveita, ah, sobe o consultório, tu vai no computador, “vou ver um doente”, aí sai. Eu não consigo fazer isso. Tem essa hora, dessa hora até essa, eu tenho que fazer só isso e pronto, e ninguém mais me interrompe.

Eu não consigo fazer assim, não dá. Eu não tenho, não conheço nenhuma pessoa que faça algo bem feito (risos). Pouquinho aqui, pouquinho ali e depois volta...(pausa) Não dá.

P: Quer dizer que tu sempre tiveste essa necessidade de manter o teu espaço. E tu te sentes invadido?

E: Hã...Não...Não, não me sinto invadido, eu só, só sinto assim, que é inoportuno, né. Mas eu deixo, deixo claro, “olha”, eu também não digo “saí daqui, agora”, não, eu pergunto “o que que tu quer fazer”, “vamos fazer isso, vamos fazer aquilo”, eu disse, “não, então deixa até, até acabar a minha hora aí depois a gente faz”. Esse tipo de respeito eu gosto. E acho que todo mundo tem que ter, né. É, mas é...Mas a minha esposa agora tá bem mais compreensiva, é que ela também tá no mestrado, então agora ela tá vendo, né, ela tá sentindo (risos)! Tem que ir para aula, tem que voltar, fazer o projeto, fazer isso, fazer aquilo. Eu tô acabando o meu, então, tô na correria. E ela tá sentindo como é que é, né. “Agora tu vê como é bom” (risos), eu disse pra ela. Que às vezes, aí quando, eu até faço uma provocação, aí eu, ela tá ali fazendo as coisas, “ah, vem cá, dá um beijinho, vem, vamos lá, vamos namorar um pouquinho...”E diz “não, mas agora eu tenho que acabar isso”, “ah, viu ó, como é que eu me sentia?” (risos); aí, ela já, nesse sentido ela já melhorou bastante, ela respeita mais. Claro, tem vezes que eu também passo dos limites, aí eu, ela fala, e eu analiso, “ah, tu tá certa! Acabou, pronto. Vamos fazer outra coisa”. Então, a gente se entende bem, bem mesmo. Nenhum problema assim de convivência maior. Acho que problemas de convivência eu não tenho, maior assim. Agora com o meu irmão, eu tô até convivendo melhor, né, que ele tá mais equilibrado, tá conseguindo...Até tem uma conversa de mesmo nível, então...

P: Por quê? Como é que era?

E: Ah, não conversava (risos)!

P: Ele?...

E: Não conversava nada, ficava sempre quieto. Também assim, e agora ele tá numa fase que parece que ele quer recuperar o tempo perdido, ele tá lendo 3, 4 livros por mês, parece...Eu digo assim pra ele, “vai com calma”, agora ele deu uma maneirada; agora, vamos dizer, ele tá mais equilibrado, né. É, “não, tu vai recuperar o tempo, tu é jovem ainda, recém tem 24, calma. Te formando antes dos 30, tá ótimo. Continua nesse ritmo aí”. E, e o problema assim, a relação dele com a minha mãe é, era problemática assim no sentido que “é muito coitadinho, coitado, porque é doente”, aquela coisa. Isso aí atrapalhou, né. Aí, o meu irmão, ele, ele tinha uma época que ele tava naquela fase assim de, é de, não digo chantagem, mas...É, seria uma chantagem emocional, né, aí ele ficava bem e tudo e a minha mãe meio que...Agora dá pra largar um pouquinho ele. Ficava mal, ela, “ah!”, e tal. Então, tinha muito aquela; ele, pelo o que eu vi, ele conseguiu se libertar disso.

P: E pra ti como é que era isso? Em relação a tua mãe.

E: Olha, a gente sente, a relação com a minha mãe é um pouco difícil porque eu acho ela uma pessoa formidável em uns aspectos e extremamente imatura em outros.

P: Como assim?

E: É, por exemplo assim ó, é que ela não tem a mesma estrutura, vamos dizer assim, de pensamento como eu. Não, vamos analisar a coisa racionalmente, ela é muito impulsiva às vezes, e às vezes, ela tem opiniões, opiniões que eu acho que não se baseiam na realidade (risos).

P: Me dá um exemplo.

E: Ah, por exemplo assim, é...É...Assim, a gente tá discutindo um assunto com ela, ela tem uma opinião formada. Mesmo eu conversando com ela e dando as razões, “não, mãe, é isso, isso, aqui, tenta analisar a coisa...”, não adianta, ela é muito teimosa. Acho que nesse aspecto, ela é mais teimosa que o pai (risos). Então, é, só que tem dias; tem

dias que ela tá extremamente receptiva, ouvinte e tem dias que, como é que se diz é, é aquilo que ela falou e se tu continuar discutindo não adianta, tem que largar de mão (risos). Então, mas é, e...

P: Sempre foi assim?

E: Olha, não, acho que não. Depois que ela se aposentou é que apareceu mais. Se bem que acho que naquela, naquela época ela tinha bastante ocupação para cuidar dos filhos e tinha o trabalho, que ela, ela fez Pedagogia, depois Pós-graduação e dava aula, ela tinha mais atividade, né. Agora, ela quer saber de ir pra academia, fazer coisa de socialite, como se diz, e eu disse pra ela: “eu não gosto que tu faça isso, eu não, devia ter continuado trabalhando, se dedicar a uma coisa”, eu acho que é fundamental o trabalho, pra ocupar a mente, não ficar pensando besteira. Ou então, a pessoa começa a se desligar um pouco da realidade, né, isso não é bom. Então, eu tenho uma, agora minha, eu tô assim ó, vamos dizer assim, se eu tava mais antes mais em cima do meu irmão tentando ajudar ele, agora, tô mais a minha mãe.

P: Por que a tua mãe?

E: Porque ela...

P: Por quê? Qual é a tua opinião?

E: Eu acho que ela não teve assim a mesma realização profissional que o meu pai, o meu pai é realizado profissionalmente. Não tem...E até ele acha que tem que fazer muito mais coisas que ele fez, que ainda fez pouco, ele tá sempre pensando em fazer e fazer. E ela não, ela, meio que, que ela uma época ela pensava em fazer outra faculdade, Direito tinha pensado. Aí, uma hora ela queria fazer Nutrição, outra hora ela queria fazer isso, queria fazer aquilo e eu acho que parte dessa instabilidade, essa insegurança dela se transmitiu também pro meu irmão, durante um certo tempo.

P: Por que tu achas que pra ti não?

E: Eu não sei, sabe, hum. Não sei mesmo, como é que eu posso explicar, que quando eu penso, eu não sei se a coisa tá bem clara na minha cabeça. Pra pessoa me dizer que, pra eu considerar uma opinião contrária, eu tenho que primeiro analisar a situação. Sou muito cauteloso, até demais, então, eu não sei na...E assim, as críticas que, é, meu irmão sempre falou “é, tu sempre foi ‘certinho’, não sei o que”, agora ele não fala mais isso. É, “não sei o que” e o pai sempre me xingando. Aí, eu uma vez disse pra ele, “vamos fazer uma experiência”, aí tava na mesa com ele e o meu pai, “é, porque isso é o certo, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo”...Aí, eu cheguei pro meu irmão e falei, esse, o do meio, “ele ‘pega no meu pé’ tanto quanto pega no teu. Tu é assim não é por causa que ele pega no teu pé!” (risos) Como quem diz, “a culpa é do papai”, não, não tem essa. Então, eu ficava em cima dele, né. Ele queria sempre achar razão pro problema dele, não, não é o pai. Agora, a minha mãe, não digo que a culpa é dela, não, nada a ver, mas, no período que ele podia estar se desligando mais e até ter apresentado melhora, uma melhora mais rápida, talvez, ela meio que colaborou pra ele ter se segurado um pouquinho. É, por causa dessas características que ela tem de personalidade, mas eu acho que, agora a coisa tá, olha, nunca teve tão bem assim, pelo o que eu acho. E (pausa)...É, eu acho que, a situação familiar pelo menos assim ó, que eu vejo, agora tá muito mais tranqüilo do que há anos atrás, né. Só que eu sei o seguinte, que é, é, por exemplo o meu irmão do meio agora ele tá, tá, ele tá namorando uma menina que teve um filho com paralisia cerebral. A criança é um amor assim, é, bem bonitinha até né, mas tem atraso no desenvolvimento, né. Ele reconhece, tenta falar tudo, tem uns 3 anos de idade. Só que assim ó, é, a mãe dele, que é a namorada desse meu irmão, é o caçula, o do meio não tem namorada, teve já, mas...Ela sempre, a namorada desse caçula, ela sempre troca de médico toda hora, troca de terapeuta, tá sempre insatisfeita, “porque nunca acham o problema”, “ah, nunca acharam o problema do meu filho”. Aí um dia ela, ela achou um médico que falou, uma

coisa certa, deu a situação bem, como é realmente pra, pra ela e ela, meio que se tocou por um certo tempo e levou essa criança pra se tratar na AACD*, tu conhece a AACD? Que é uma entidade filantrópica, tem em São Paulo, tem várias cidades do país, sabe. Agora em Porto Alegre de um ano pra cá. Que faz assim, desde prótese pra, pra pessoas que têm problemas ortopédicos, né, gratuitamente ou um preço... Prótese assim, de nível de primeiro mundo, né, autoadaptáveis, tudo. Até esse trabalho com fisioterapeuta, com fonoaudiólogo pra essas crianças que têm problemas neurológicos, pra idosos. Eles fazem um trabalho muito bonito. E viram o problema dele e ofereceram, né. A instituição pra ela usar. Acho que a AACD fica ali perto da Cristiano Fischer ali, perto da PUC, ali. E ela passou um tempo lá, o filho tava adorando, aí depois eu não sei o que que deu que ela largou de mão. Eu digo assim, e aí disse pro meu irmão, “olha,- o meu caçula, né, o caçula - tem que ver o que tá fazendo”, “ó, mas eu gosto dela e tudo”. Olha quem é que vai assumir depois se casar com ela. Bom, se tem muito amor pra dar, ótimo, não tenho nada contra mas...Entende, eu na situação dele já não assumiria isso, também não posso dizer, né. Porque se eu gostasse como gosto da minha esposa e ela tivesse um filho assim, eu acho (risos)...Então eu vou, não vou julgar ele, né, de jeito nenhum. Mas o que eu, antes eu até tinha uma propensão de julgar ele, mas agora, isso aí meio que sumiu, mas agora a minha propensão é, bom, “se tu quer ficar com ela, então ajuda ela da melhor forma possível, abre os olhos dela”. Ela não pode assim...

P: Tu te preocupas com todos eles?

E: É, me preocupo, me preocupo. Me preocupo assim com a unidade familiar, né. Eu acho que isso aí é... E é interessante que de uns tempos pra cá, a criança não fala, ela até balbucia, tenta falar e a, a minha esposa, ela é fonoaudióloga, ela já observou o seguinte, não é a área dela a voz, linguagem, mas ela tem formação mínima. Meu Deus do céu, se a Jussara, que é essa namorada do meu irmão, só levasse ela pra uma fonoaudióloga, a fonoaudióloga ia brincar com a criança, ela brincando com ele, “ah, isso é um copo, isso aqui é uma, é um relógio”. Ele já conseguiu falar mais de meia dúzia de palavras numa sentada só. E ela falou “ah, tu tem que brincar com o teu filho”, brincando, que que adianta, “que que a fonoaudióloga vai fazer com o teu filho, vai, vai brincar com ele. Por que que tu não faz isso?” Então, é difícil. E a minha mãe aí já tem, por isso que eu tenho uma crítica grande com ela em relação a isso, ela já dá algumas explicações meio inadequadas, né. Ele tava tentando desenhar uma coisinha no papel, aí ela falou “ah, dá um lápis pra ele, ah, porque isso vai ajudar ele pra desenvolvimento”, “mãe, ele não tem nem pressão no polegar, não tem nem o movimento de pinça. Tu quer dar um lápis pra ele acertar o olho (risos)?” Aí eu comecei, aí eu disse pra ela “parece que tu não sabe nada de, nunca aprendeu nada sobre desenvolvimento infantil”, pelo amor de Deus, né. Então, quer dizer, então tem uma crítica, quer dizer ela tá às vezes como fora da realidade e isso atrapalha acho que o meu irmão em relação a essa menina aí, né. Em vez de fazer ele tentar ajudar ela pra, pro problema ali, da criança melhorar e ele progredir, não,...

P: Achas que ela não chega a reconhecer bem o problema e propõe um...

E: Não, ela reconhece mas às vezes ela dá umas intervenções meio intempestivas assim, né. Ela gosta muito da criança, ela, ela é uma pessoa extremamente afetiva, né. Eu acho que isso atrapalha ela (risos)! Ao contrário de mim. Por isso que ela às vezes assim “bah, mas tu não me liga mais”, “não, eu tô te ligando toda semana”. “Pô, tenho que ir embora, né”. Tá certo que, às vezes, eu meio que relaxo, por trabalhar com o meu pai, às vezes eu falo mais com ele do que com ela. Ela meio que sente falta. Mas ela é extremamente afetiva e meu pai é extremamente “cerebral”, só que no extremo oposto. É, porque é quando surge os problemas afetivos ele meio que tem atitude de negação (risos). Eu acho que eu tô mais pro meio que pro, tô até mais pra ele, mas não tanto, né, então.

P: E tu achas que quando tu casaste, tu tenhas saído desse “lugar”?

E: Me ajudou a ver as coisas mais claro.

P: Como é que foi pra ti sair de casa?

E: Pra mim foi normal. No início eu estranhava um pouco, ah, assumi uma nova casa, apartamento, assumi...Demora, demora uns 6 meses pra me adaptar, depois já tava, mas não pra me adaptar por estar longe. Eu não tô longe deles. É...Por coincidência até, eu não sei, foi o apartamento com o melhor preço, custo-benefício que a gente achou, coincidentemente, a gente tinha pressa, né. “Olha, tem que arranjar um apartamento que fique pronto um pouco antes do casamento”! Então, a gente foi em tudo que é lugar aí e achamos esse aí; a gente foi ver o preço, “ah, tá bom, sem problemas, não vai nos apertar nada”. E coincidentemente é bem no meio, fica exatamente a meio caminho entre a casa do meu pai e casa do meu sogro (risos). Então é isso, toda hora se vendo, né, não tem problema. Então assim, separação física, não tive problema nenhum, foi mais o fato de assumir (risos) uma vida nova, é, casa, essas coisas que eu não tava acostumado, né. Mas, eu não sei se agora eu tô mais crítico em relação a isso por estar longe deles, sem, quando tu pára de conviver com a pessoa, tu tende a enxergar os problemas às vezes de uma forma mais, como uma pessoa de fora e não como quem tá dentro mesmo. Mas eu não sinto muito essa diferença, não .

P: De ter saído?

E: É, de ter saído. De procurar, de ter, vamos dizer, “agora estou vendo melhor os problemas deles do que antes”, não, eu acho que não mudou muito (risos)!

P: Tu achas que já vias antes?

E: É, já via antes, já via. É, claro, agora o meu nível de, é interessante que o meu nível de intervenção na família é até mais considerado do que antes, acho que talvez por, como eu não tô nunca lá assim, todo dia, né, então quando eu chego e falo alguma coisa, já ficam pensando, né. Como se fosse uma pessoa de fora a falar mas ligada à família, né. Claro, eu sou da família, né. Tu entende, né?

P: Sim.

E: É como se fosse uma pessoa, um amigo, “olha, tá fazendo isso, tá fazendo aquilo, não acho...”, então a minha opinião agora tá com mais importância, né, do que tava antes. Mas na época que o meu irmão tava ruim..

C-4) Versão em espanhol da entrevista

P: investigadora

E: entrevistado

E: Fue un período de transición (pausa). No me agarró en, en mi actividad peor del sueño (risas).

P: !Ah!, sí...

E: Sí, porque ahora estoy muy bien. !Uh! Me siento muy bien.

P: ?Cuando empezó y cuando mejoraste?

E: Hace más o menos, esperá que me acuerde... creo que el, el último año de maestría, fue en el 90 y 99. Entre 98, 99 fueron los peores años, así, que tuve problema de somnolencia. Sì bien que yo dormía poco en aquella época pero, pero así mismo tenía mucha somnolencia. Y de un año a esta parte ando bien, así, ?no? No tuve mayores problemas.

P: ¿Y estás usando medicación?

E: No, la usé cierto tiempo, más o menos unos 6 meses, Nortliptilina, Pamelor, Bamifilina, bueno, eso. Antes de dormir.

P: ¿Eso en 6 meses?

E: Sí.

P: Después que consultaste...

E: Esto. Después yo no, no, yo no tuve más, así, mayores problemas con sueño. Ando pasando bien. Ahora, claro, en las fases que peora mi rinitis alérgica, que tengo mucha atopía, entonces ronco, mi esposa reclama, y me da hasta una cierta... Pero así, mirá, ahora estoy con una crisis de rinitis, estoy con corticoides y, en fin, Lastina, y corticoide tópico y no tengo ningún problema, así. Hoy dormí, por ejemplo, muy bien, me desperté, es que todos los días ando durmiendo 1 hora, 1 y media. Ayer dije: "No, voy a dormirme antes de medianoche", entonces me desperté (risas)...

P: ¿Y dormís cuanto tiempo, cuantas horas?

E: Seis a siete horas por día. Menos...

P: Ahora, ¿aún durmiendo 6 a 7 horas por día te sentís bién?

E: Yo tengo que dormir por lo menos 7, 8 horas es lo ideal para mí. Me despierto bién.

P: Y en aquel período, ¿que te parece?

E: Yo creo que estaba durmiendo, estaba durmiendo, no, unas 5 a 6 horas por día pero mi sueño era muy agitado. Llegaba a pegarle a mi cónyuge (risas), durante, durante el sueño, tenía (toca el teléfono celular)... Voy a desconectarlo. Yo tenía una, una, una agitación así, mirá, no sé si era psicomotora o, solo que no me daba cuenta, ¿no? Me despertaba, a veces, todo sudado, tenía bastante sudoresis durante la noche: creo que era, era por apnea, pero yo hice la polisomnografía aquí, fue en el 99 mismo, no constató apnea, fue constatado hipopnea, varios síntomas de hipopnea, incluso hasta com arritmia supraventricular (risas), !uh!, me asusté, y, !uh!... "Tengo que hacer algo". Aí hice 6 meses de tratamiento, mejoré, aí volví al Dr. Denis, dijo "Ah, te escapaste" y bué, "no, ahora me ando sintiendo bién", "?te parece que necesitás a repetir?". Aí no sentí nada más, ¿no?, así.

P: ¿Y esa agitación de noche?

E: Ahora es eventual. Si duermo después de media noche, después de un día de trabajo, así, intenso, a veces, yo, yo, mi sueño es, yo no consigo entrar, creo que, en sueño profundo, ¿no?

P: ¿Por que quedás molesto?

E: Creo que un poco así... No sé, es una ansiedad no específica. Creo que es resultado de la, de la actividad que tengo. Ahora también, hay que observar, principalmente cuando corro y nado (toca el teléfono celular) en días por medio. Voy a desconectarlo. Corro y nado en días por medio, entonces cuando corro a la noche, mi sueño es más difícil, creo que quedo en actividad de alerta, así, más grande y aí, aí es constante. Si corrí después de las 9 de la noche, me dá un, sí, el resultado es siempre constante: !agitación durante la noche!

P: ¿Y después quedás somnoliento?

E: Durante el día. Sí. Pero ayer, por ejemplo, ayer solo nadé durante la mañana, de mañana, por la mañana, nadé por la mañana, fui a dormir antes de medianoche. Hoy estoy bien, bien alerta, así, bien despierto.

P: Entonces serían los ejercicios físicos...

E: Sí, creo que sería más por el ejercicio o por la, por la...

P: ¿Preocupación también?

E: Por la falta de horas, ¿no? Pero aún en ese período que hubo en 98 99, mismo durmiendo bien, tenía somnolencia. Y mucha.

P: ¿Y a que lo atribuí?

E: No lo sé. No lo sé de veras. No lo conseguiría así, claro, yo tenía cierta falta, pero así mirá, yo me acuerdo que en la secundaria, dormía 5, 6 horas por día. Aquello del ingreso

a la universidad, también me gustaba hacer ejercicios físicos, ahí, tenía que ajustar mis horarios y yo no tenía, yo no tenía tanta somnolencia. Ahí después que entré en la facultad, también, tranquilo. El segundo o tercer año de práctica hasta el primer año de maestría es, en realidad fue en esos tres años que , que tuve bastantes problemas. Y yo hasta creo que hoy mi vida es mucho más agitada que en aquel tiempo y así mismo, mis problemas de sueño eran mayores en aquella época. Claro, yo no, yo no hice más la polisomnografía (risas), pero así, del punto de vista subjetivo, me siento mejor, ¿no?; ahora el objetivo no sé si mejoró ahí en el examen. Entonces, ahí es una cosa que no, es un hecho que tiene que ser evaluado.

P: Y en esa época, ¿que tipo de preocupación tenías en relación a eso, o a otras cosas?

E: Sí, estaba casando, pero mi casamiento fue tranquilo, fue una cosa así, bien decidida, bien fundamentada. Ya tenía un lugarcito más o menos para, para vivir, direccionado y preparado, ¿no? Creo que así no fue muy corrido, me casé en... fue en noviembre, 28 de noviembre del 98, ¿no? Pero no, yo no creo que fue así una carrera en aquella época. Solo que mi, a, tanto que mi mayor somnolencia fue en el período posterior a mi casamiento, sí, fue posterior. Fue lo que te dije. fue 99, 2000, fueron, sí... principio del 99 y final del 99 y principio del 2000 fueron los peores momentos, así. No sé si hubo la coincidencia que el, la actividad de maestría aumentó y tuve como efecto colateral eso. Pero como te dije en la época del ingreso a la facultad, la secundaria, clase a la mañana, a la tarde, estudiando a la noche, corriendo a la tardecita, estudiando a la noche, yo no tenía eso. Y otro aspecto, en esa época yo roncaba mucho, demasiado, entonces... Solo que lo interesante que después que hice el tratamiento, ¿no?, yo no, yo no ronco más como, de vez en cuando ronco pero sí, ahora, según mi esposa, se hizo bien eventual ahora, ya no le pego más, ella no reclama tanto. Entonces creo que mejoró, ¿no? Me siento mejor y ella también se siente mejor (risas). Entonces creo que, me siento mejor...

P: Y con tu casamiento, ¿cambió mucho en tu vida?

E: Ah, cambió creo que para mejor, ¿no?, pero en el sentido así, no, no cambió... Financiero así, mirá, sin ningún estrés, yo creo que mi peor estrés mismo fue en la época que estaba en casa de mi padre y de mi madre. El último año que pasé allá, que ellos estaban haciendo una reforma, ahí ya no había mucho lugar para mis cosas, ya estaba, aquel período de transición. Pero en ese período yo no tenía somnolencia. Podría decir, ¡ah!, fue un período peor, de la, así... Peor no, fue un período así, de mayor transición de tu vida, por lo menos hasta ahora, fue, no en aquella época yo no tenía eso. O si tenía también, pero no tenía somnolencia, hasta podía roncar, que yo dormía solo, pero también no tenía como saber, ¿no? Pero somnolencia que es un efecto colateral yo no tenía. Nada, nada. Bien tranquilo y hasta creo que dormía hasta demasiado bien. Creo que es eso ahí.

P: Y antes, cuando eras más joven, ¿eras “dormilón”?

E: No, no. No, creo que lo normal de la adolescencia, del chico que está en fase de crecimiento, pero siempre conseguí despertarme sin problemas, ir a la escuela, estudiar, volvía. No sentía, no solía sentir sueño durante el día. Quien tiene mucho problema de sueño, tenía, por lo menos, era mi hermano. Él incluso tenía hasta unas parasonias, él se despertaba, a veces tuvo episodios de sonambulismo. En una época quedó con enuresis nocturna también. Él se trata con psiquiatra, él tiene, tiene, mirá el diagnóstico es, es difícil. Una psiquiatra clasificó, él tiene Transtorno Narcísico de Personalidad, Transtorno de Ansiedad y algo más... Como en cierta época él usó drogas de uso no médico, ¿no?, ahí él tuvo paranoia, un montón de cosas, pero ahora está super bien, él está haciendo Derecho, estudiando. Creo que ahora está en una situación normal. Ahí él es muy inteligente, creo que tampoco sé si hay una relación con eso... Pero consiguió superar

todo eso. Pero así, en mi familia hay varias personas con historia de problema psiquiátrico. Principalmente por parte de padre.

P: ¿Que tipo?

E: Depresión. Tengo un tío que tuvo episodios de paranoia, un tío paterno, ¿no? Hay otro que considero que es medio raro (risas), pero no sé si él es raro por el, por el grado de inteligencia de él o porque él es, él tiene PhD en el EEUU. Y él es jefe, fue durante un tiempo jefe, ahora él está jubilado, él fue jefe de la, de un organ publico. Entonces él es bien raro así, solo que su hijo, que es mi primo, él tiene problema de depresión, ¿entendiste?

P: ¿Eso es más por parte de padre?

E: Más por parte de padre. Por parte de mi madre yo diría que no hay. Hay un tío abuelo com Transtorno Obsesivo Compulsivo, yo creo por la descripción de ella. Y sólo, creo. Por parte de ella no consigo identificar nada así, es más por parte de mi padre.

P: Y esse período en que tu hermano estaba com esos problemas, ¿como era para vos?

E: Ah, no... Él tenía eso ahí, él empezó a los 13 años, 13, 14 años y ahí, solo de 2, 2 años a esta parte que él está totalmente, totalmente no, él sabe que es una enfermedad crónica. Pero una cosa, él está bastante recuperado.

P: ¿Y como era para vos que convivías?

E: Ah, era difícil, ¿no? Bien difícil. Yo creo, pero fue mucho más difícil para mi hermano del medio, o sea mi hermano más, ese chico, el más chico...

P: ¿Ustedes son 3?

E: Sí, somos 3 hermanos.

P: Varones.

E: Tres varones. Fue mucho más difícil para mi hermano más chico que todavía estaba en una fase más susceptible de su desarrollo, sí... Encontrar su hermano de aquella forma, que a mí, yo ya estaba com la cabeza mas o menos hecha. Sí... Yo me molestaba más por mi, la preocupación de los míos, de mi preocupación, no de mi preocupación pero más de la preocupación de mis padres, que propiamente de la mía. Y como me molestaba más por mis padres que de él, ¿no?

P: ¿Como era esa molestia tuya?

E: Ah, que había mi padre que quedaba estresado, mi madre más todavía, y había una época que ella lloraba mucho, estaba siempre... Pero, entonces yo me molestaba y quedaba con un cierto sentimiento de rabia de mi hermano del medio. Solo que esa rabia yo siempre buscaba racionalizarla y decir, "no, pero él tiene problema" y desde chico él nunca fue así completamente 'normal', él era, él, yo pienso que en la época, en su infancia, sí, él tenía... A lo mejor aquella Síndrome de Hiperactividad por déficit de atención. Él era muy agitado, a veces no conseguía concentrarse, pero nunca fue, así, mal en la escuela, nunca fue. Hasta fue relativamente bien. Pero era un chico agitado, como decíamos, ¿no?

P: ¿Que diferencia de edad tienen?

E: Yo llevo 3 años con ese hermano del medio y 7 años con el más chico. Yo tengo 28, él está com 24 y mi hermano más chico está con... 20 y... 21 (pausa). Pero ahora, bueno, ahora ellos son 'uña y carne', como se dice, los dos se están llevando rebién, salen juntos. Los 2 están en la misma facultad, están haciendo Derecho. Entonces ahora, ellos están en una fase de convivencia bien, bien buena, ¿no?, pero...

P: ¿Y como es eso en términos de convivencia familiar? ¿Como era tu participación en ese caso?

E: Creo que fue...

P: Como era visto eso en la familia.

E: Yo creo lo siguiente: yo siempre buscaba, al principio de la, al principio, me dio una rabia, así, bien grande, ¿no?, pero después, empecé a ver el problema del punto de vista más, hasta médico, a pesar que recién estaba entrando en la facultad de medicina, que familiar. Entonces, bueno, ¿que puedo hacer para ayudarlo? Creo que la persona que más lo ayudó en la familia fui yo (risas). Porque, mi padre en una época negaba mucho eso ahí, negaba, aún siendo médico, por la formación que tiene, negaba. Y mi madre, ‘tenía las riendas’, ¿no?, como se dice, ‘sostenía las riendas’. Cuando yo estaba aquí haciendo práctica en lo hospital, encontré un psiquiatra, que él ya había pasado por varios psiquiatras y entonces quedaba 1 año, a veces 2 años bien, volvía, ¿no?, pero siempre así, él nunca, nunca iba muy, muy lejos, ¿no? Él tenía, él tiene un problema serio así que no consigue tener frustración. Entonces, en la primera, en el primer obstáculo, en la primera frustración él, él, recae. Bueno, ahí encontré un psiquiatra aquí en lo hospital, sí, vi la actuación de él, me gustó mucho y le dije “mirá, yo sé que es inadecuado así, pero...”, “No, podés hablar”, “no, es que estoy, estoy necesitado de ayuda y quiero que vos acompañes el caso de mi hermano y bué”. Entonces convencí a mi madre a cambiar de, conven... Convencí también a mi hermano y hasta ahora está con ese, está muy bien. Muy bien mismo.

P: ¿Que notaste que llamó tu atención? ¿Que te pareció?

E: ¿En el psiquiatra? En el psiquiatra o en el... En el psiquiatra me parece lo siguiente, él tenía una actuación neurobiológica para tratar el problema, aparte de la, de la importancia de la charla, él ve algo también en el ámbito psicanalítico, pero él no es psicanalista como debe ser, él es solo, él es más... En verdad, él es más neuropsiquiatra que, que un psiquiatra propiamente dicho. Y su abordaje es bien así, neurobiológica, es bien objetiva, ¿no?, y... Por outro lado, sin olvidar aquella parte subjetiva que, de la charla, de la atención que todo, creo que todo médico tiene que tener, ¿no? Es eso, quiere decir, me identifiqué bastante com eso, creo que, mirá, es por ahí mismo. Los otros era más charla, ¿no?, a veces, por amistad, yo vi que no andaba bien. Dije “no, no”... Incluso hasta pasó por un psiquiatra, hasta, no voy a decir su nombre porque no es... Le dijo a mi hermano que tenía un proceso de anhedonia, él no consigue sentir placer, pero claro, estaba intoxicado en esa época. Su único placer, entre comillas, era el problema de la droga, ¿no? A mi tampoco me gustó mucho y dije “ah”, entonces quien comandó esa parte médica no fue mi padre, fui yo mismo, ¿no? (risas). Yo medio que direccioné las cosas para... Ellos no lo vieron.

P: ¿Y la posición de tu padre cual es?

E: Era poco omisa. “Y, porque esse chico no estudia, ¡no quiere hacer nada!” Él veía solo la parte que “no asumís responsabilidad, no vas a ser nada en la vida”, yo me quedaba, me quedaba así, mirá, sí, como se dice, sí... Sí... Voy a usar una terminología inadecuada, me quedaba mismo com, así com rabia. Bueno, pero como podés decir una cosa de esas, vamos atener una actitud madura, ¿no? El problema de él no es ese, quien no quiere, quien no teniendo la oportunidad en la vida de estudiar, de, va a, va a querer asumir una responsabilidad. Creo, creo que las personas que no consiguen hacer eso tienen problemas. Él tiene problema, hay que admitir eso. Y él no admite. Ahora no, ahora él está, está, de 3 años a esta parte, él ya está, él ya aceptó, ya... Y es interesante, y yo tampoco sé, yo no sé si si no fue eso también. El asunto de él está, mi padre está más calmo y está aceptando más la situación de manejarlo, mi hermano tuvo mejorías, ¿no? tuvo mejorías. Coincidió, creo que varias cosas coincidieron, quiere decir, el psiquiatra, la aceptación de mi padre, todas aquellas cosas coincidieron, creo que él, ahí él empezó a marchar mismo.

P: ¿Y tu participación en relación a tu padre en esse asunto como era?

E: Yo siempre le llamaba la atención diciéndole que su actitud estaba equivocada.

P: ¿Y él como recibía eso?

E: Y, a veces él escuchaba, hacía medio que no me oía o, pero él, él reconocía también pero, ¿sabés aquella situación que la persona reconoce pero su actitud termina siendo la otra al final? Quiere decir, la información no se traduce en cambio de comportamiento (risas). Es más o menos eso, ¿no?

P: ¿Y eso creaba peleas?

E: No, yo y mi padre, siempre fue una regia relación. Sí, incluso, así, mirá, nuestra relación a veces hasta alguien me puede mirar así, parece tanto de padre a hijo, no, cariño, esas cosas, uno tiene, nos besamos en público, nos abrazamos. No, pero así, a veces, la autocrítica que tengo en relación a mí. Uno sabe manejar bien esa, esa situación. A veces voy a decirle algo ahí él se queda pensando, principalmente en el hospital, “no, pero creo que tenés razón” y bueno... Entonces, mi relación con él es bien madura, así, es bien...

P: Ustedes trabajan...

E: Trabajamos juntos.

P: ¿En que especialidad?

E: Pneumología. Pneumología, la misma, solo que él trabaja más en el área del sueño, hacemos más la parte de enfermedades obstructivas, ¿no? asma y DBPOC. Y ahí, creo que en esse sentido nos llevamos bien, nos entendemos bien. Porque mi cabeza y la de él es parecida, la diferencia es que yo, no sé si porque soy más joven o mi educación ya fue diferente (risas), yo trato de ver la cosa siempre de un, de una perspectiva más amplia, ¿no?, y no...Y cuando veo que es un problema que está relacionado a mí, trato de aislarlo o, aislar mi problema y tratar de ver de afuera las cosas para tener un análisis mejor. Uno sabe que nunca es, siempre es bueno a veces alguien de afuera (risas) haga eso, pero yo trato a veces de hacer eso solo para, hasta para, para vigilarme y tratar, claro, evolucionar algo, ¿no? Interesante que en el casamiento así, mi esposa, ella, yo soy muy crítico así con ella, ¿no? A veces ella quiere hacer algo y bué, cierta época, ella es fonoaudióloga, está haciendo maestría en la parte de disfagia orofaríngea, ahí en la Gastro, en un hospital. Ahí una época, “sí, bueno, porque mi profesión no dá plata, no dan oportunidad”, “no, pero eso ahí vos lo creas y tu área es fascinante, tenés que invertir en eso”. Y yo apoyándola “mirá, vale la pena, vale la pena”. Ahí surgió la oportunidad de la maestría, ¿no?, y ella, quedó medio que seis meses allí, en proceso de selección, en ambulatorio, tratar de mostrar su, su trabajo para el, para el jefe de la Gastro. Ahí le gustó y la invitó para la maestría “¡uh! ¿ahora asumo o no asumo?” “claro que asumís, andá”. Y yo le digo, mirá hay las ventajas y las desventajas. Ahora ella se dá cuenta, “y, fue bueno haber asumido porque”... Porque ella tenía outro empleo, ella largó ese empleo para entrar. Y ahora ella está, ella está terminando de escribir un libro sobre, sobre el asunto, ¿no? Entonces, pero así, ahora ella está medio, ahora así, ella está más caminando con sus propios pies, ¡ahora ya la largué (risas)! Pero al principio, tuve que darle...

P: Quiere decir que...

E: Ayuda.

P: Tenés esse papel de...

E: Sí medio moderador.

P: Encaminar...

E: Sí, yo trato de analizar el problema, ver cual es la mejor salida y digo “mirá, creo que”... Pero nunca forcejeo nada, ¿no?

P: Y cuando eras más chico, con ese hermano tuyo, o mismo en las situaciones de familia, ¿como era?

E: Yo era muy egocéntrico, solo miraba mi propia nariz. Ah, estudiar, tenía que estudiar, agarraba los libritos y estudiaba. O a veces quedaba en la computadora, cuando empezó

el tiempo de las computadoras, que yo solo me quedaba en la computadora. Mi padre a veces me pedía que lo ayudara en algunas cosas y yo no iba, y decía “ah”, y dije “ah”, y ahí él, él siempre, siempre, mi padre siempre buscó algún “forúnculo para meter el dedo”, “ah, por que nunca participás de las cosas de la familia”, y no sé que, ahí, “sós muy egocéntrico”, y no sé que. Ahí le dije: “¿te doy trabajo? Bueno, ¡no dá trabajo entonces no reclames! (risas). Que es así, mirá, yo le dije “yo no te voy a ayudar a clavar un clavo, no me gusta hacer eso”, o que sé yo. A veces lo ayudaba, pedia tanto, de tanto pedir, de tanto hincharme las pelotas, lo ayudaba.

P: ¿En que más le parecía que deberías participar y no participabas?

E: Y, a veces las reuniones familiares, que no me gustaba ir, ¿no? No sé, no me parecía así, pero si no eran todas las reuniones familiares. La mayor parte yo hasta iba, ¿no? Pero por ejemplo, uno va al casamiento de que sé yo quién, “ah, hay que”, “no voy a ir, no quiero, tengo otras cosas para hacer”. Que yo era muy así, pero yo no, no era así sociofóbico. Pero es interesante así, yo tenía cierta restricción a la convivencia social, así, rutinera, ¿no? Pero, fin de semana, esas cosas, yo salía com amigos... Pero aquello de estar saliendo, y de estar, y de estar yendo todos los días fulano beltrano, no me, no me gustaba, me gustaba quedarme la mayor parte de las veces en mi rincón, haciendo mis cosas, y cuando me daban ganas, salía, ¿no? Y yo notaba que él tenía una ansiedad muy grande. A veces él sacaba un billete así “¿que es eso?, yo le dije, “ah, eso es para que salgas y bué, y te diviertas”, “!¿pero yo te pedí?!”, “guardálo, puede ser importante para vos”, yo le decía (risas). Ahí él se indignaba, ¿no? ¡Uh, es bén interesante!

P: ¿Entonces él se preocupaba?

E: Sí, él se preocupaba. “¡Uh!, ¿pero que está pasando?” Ahí, una vez, yo medio que, ahí él parece que se le abrió el piso, entonces le dije “mirá papá, muchas veces sos más inseguro que yo”, porque cuando quiero hacer algo es eso que quiero hacer y listo, no hay, no hay así, para que alguien me diga que es mejor o, “es mejor que hagas eso o aquello”, tiene que darme sus razones. Yo tampoco soy ciego, sordo, sordo y mudo, ¿no? Si la persona me dá, así, las razones que ella cree que sería importante hacer, aquel algo, yo analiso, mirá, si me parece que va, entonces bien, yo cambio y lo hago. Pero nunca acepté, así, imposición, “no, vamos para tal parte”. No “¿porque tengo que ir?”, le dije, “porque es importante y bué, ya hace mucho que no ves a tu abuelo”, ahí me quedé pensando, “sí, no veo a mi abuelo hace mucho. Sí creo que tenés razón, vamos”. Yo trataba siempre, aceptaba, acepta, claro, hubo un tiempo que yo era bastante menos, bien menos receptivo a críticas, ¿no?, ahora soy bastante más, ¿no? Principalmente creo que después que me casé, cambié bastante en relación a eso (risas). Sí porque a veces mi esposa dice “sí, quien sabe hacés eso, quien sabe hacés aquello”, ahí la escucho y bué. Ella también tiene un análisis, a ella también le gusta estar siempre analizando y buscando el mejor camino de las cosas, ¿no?, entonces...

P: ¿Todavía te considerás egocéntrico?

E: Un poco sí. Pero creo que en la medida del, como se dice... Creo que me considero ahora, que todo el mundo tiene que ser un poquito egocéntrico, sino vos, como vas a terminar una facultad si no le decís así a las personas: “mirá, ahora no quiero ir a la fiesta, ahora no quiero ir a la, quiero quedárme aquí estudiando, tengo mis obligaciones”. Pero creo que eso ahí no es bien, creo que eso ahí es egocentrismo, porque estás, vamos a decir, vamos a decir así, recusando a veces la oportunidad de convivencia social, pero tiene que ver con los pros y los contras, ¿no? Pensar a largo plazo, ver la ventaja y la desventaja. Si dejo de hacer eso aquí, ahora, después me voy a jorobar (risas) allí adelante. Entonces, hay que hacerlo, hay que hacerlo, ¿no? Ahora, pero hoy en día estoy bastante más maleable: por ejemplo así, mirá, me gustaba siempre ir al cine cuando iba los sábados. Los domingos no. No, no, el domingo ya mañana es lunes, hay que

organizar mis cosas. Ahora no, ahora ya estoy más, “eh, ¿vamos?”, ahí digo, “eh, estoy lleno de cosas para hacer pero también hay que divertirse de vez en cuando. Bué, vamos”. Estoy más maleable en esse sentido.

P: ¿Y entonces vos te sentís bien cuando hacés eso?

E: Y...

P: ¿Te quedás contrariado, dividido?

E: A veces, quedo medio contrariado. Pero raramente. Hoy en día es raro. La mayor parte de las veces, ah, ahora, después que hago, que practico una actividad que me distraiga, yo me siento muy bien así. Llego a casa hasta más dispuesto. Mi mayor problema es el siguiente, creo que es, ¡el día debería tener más de 24 horas (risas)! Para tener tiempo de trabajar, descansar, divertirse, pero uno sabe que no tiene, entonces tenés que ver la prioridad...

P: ¿Y tu prioridad cual es?

E: Ah, terminar mi tesis, lo demás es... Claro, tengo que llevar las cosas de mi casamiento, de la convivencia social. Ahora tenemos más amigos, tenemos muchos más amigos de los que teníamos antes, ¿no? Entonces eso tampoco se puede largar, ¿no? Y yo hablándoles de eso, ellos me entienden. Pero ahora, así, mirá, yo trato de aprovechar mejor mi tiempo que antes. Antes me quedaba estudiando algo y quedaba horas y horas en cima de aquello y perdía la noción del tiempo. Hoy no.

P: ¿Vos te concentrabas?

E: Es, es tanto, tanto tiempo que tengo, sí ando aprovechando ese tiempo y listo. Después que pasó, bueno, ahí voy a tener que hacer otra cosa (risas). Ahí ya es, ahí es hora de o tengo que salir con mi esposa para comprar algo para la casa o convivir un poquito con ella, que es lindo; entonces, ya establecí límites, porque si no no anda, ¿no?, queda difícil.

P: Ese ‘poquito’ es poco...

E: ¿El que, yo...?

P: La convivencia con ella.

E: Bueno, creo que, creo que nos vemos todos los días, ¿entendés? Ella a veces reclama, y yo le digo: “mirá, decíme una cosa, ¿que médico con mi edad ve tantas veces a su esposa como yo?” Ahí, ella vió mis otros compañeros, se quedó pensando, “cierto, es cierto, es cierto”. Que yo veo así, los compañeros van, guardia encima de guardia. Pero, ¿y la vida social de estos tipos, como queda? Yo digo, “no, yo no quiero eso para mí”. Solo que tengo un problema, cuando estoy en casa, ella esta todo el tiempo a mi alrededor, que si ella no tiene las cosas de ella para hacer tiene una manera de hechar de menos indecorosa, queda alrededor. Y yo dije, no, “ahora es mi hora, después”... Entonces, a veces hay que establacerle límites (risas). Sí, porque si no... Porque es en casa que tengo ganas de hacer un trabajo cerebral mismo, porque en el consultorio, eh,... Hay gente que aprovecha, eh, sube al consultorio, vas a la computadora, “voy a ver un enfermo”, ahí sale. Yo no consigo hacer eso. Hay esa hora, de esa hora a esa, tengo que hacer solo eso y listo, y nadie más me interrumpe. No consigo hacer así, no puedo. Yo no tengo, no conozco ninguna persona que haga algo bien hecho (risas). Un poquito aquí, un poquito allí y después vuelve... (pausa). No consigo.

P: Quiere decir que siempre tuviste esa necesidad de mantener tu espacio. ¿Y vos te sentís invadido?

E: Eh... No... No, no me siento invadido, yo solo, solo siento así, que es inoportuno, ¿no? Pero yo dejo, dejo claro, “mirá”, yo tampoco digo “salí de aquí ahora”, no, yo pregunto “que querés hacer”, “vamos a hacer eso, vamos a hacer aquello”, yo dije, “no, entonces dejá hasta, hasta terminar mi hora ahí después hacemos”. Esse tipo de respeto a mi me gusta. Y creo que todo el mundo tiene que tener, ¿no? Sí, pero sí... Pero mi esposa está

bastante más comprensiva, es que ella también está en la maestría, entonces ahora ella está viendo, ¿no?, ¡ella lo está sintiendo (risas)! Tiene que ir a clase, tiene que volver, hacer el proyecto, hacer eso, hacer aquello. Yo estoy terminando la mía (maestría), entonces estoy a las carreras. Y ella 'se está dando cuenta cono es, ¿no? "Ahora ves lo que es bueno (risas)", yo le dije. Porque a veces, ahí cuando, yo hasta le hago una provocación, ahí yo, ella está ahí haciendo sus cosas, "ah, vení, dame un besito, vení, vamos a filar un poquito..." Y dice "no, pero ahora yo tengo que terminar eso", "ah, ¿viste como me sentía?" (risas); ahí, ella ya, en esse sentido ella ya mejoró bastante, ella respeta más. Claro, hay veces que yo también paso los límites, ahí yo, ella habla, y yo analiso, "¡ah, tenés razón! Terminó, listo. Vamos a hacer otra cosa". Entonces, nos llevamos bien, muy bien. Ningún problema, así, mayor de convivencia. Ahora con mi hermano, estoy hasta conviviendo mejor, ¿no?, que él está más equilibrado, está consiguiendo... Hasta tiene una charla de mismo nivel, entonces...

P: ¿Por que? ¿Como era eso?

E: ¡Ah, no charlaba (risas)!

P: ¿Él?

E: No charlaba nada, se quedaba siempre quieto. También así, y ahora él está en una fase que parece que quiere recuperar el tiempo perdido, está leyendo 3, 4 libros por mês, parece... Yo le digo así, "andá com calma", ahora dió una frenada; ahora, vamos a decir, él está más equilibrado, ¿no? Sí, "no, vos vas a recuperar el tiempo, todavía sos joven, recién tenés 24, calma. Recibiéndote antes de los 30, está regio. Seguí en esse ritmo". Y, y el problema así, la relación de él com mi madre es, era problemática así en el sentido que es muy "pobrecito, pobrecito, porque es enfermo", aquello. Eso complicó, ¿no? Ahí, mi hermano, él, él había una época que él estaba en aquella fase así de, sí de, no digo chantaje, pero... Ahora se puede aflojar un poco. Quedaba mal, ella, "¡ah!", y bué. Entonces, tenía mucho aquella; él por lo que vi, él consiguió liberarse de eso.

P: ¿Y para vos como era eso? En relación a tu madre.

E: Mirá, uno siente, la relación com mi madre es un poco dificil porque ella me parece una persona regia en algunos aspectos y extremamente inmadura en otros.

P: ¿Como?

E: Sí, por ejemplo así, mirá, es que ella no tiene la misma estructura, vamos a decir así, de pensamiento como yo. No, vamos a analizar la cosa racionalmente, ella es muy impulsiva a veces, y a veces, ella tiene opiniones, opiniones que yo creo que no se fundamentan en la realidad (risas).

P: Dame un ejemplo.

E: Ah, por ejemplo así, es... Es... Así, estamos discutiendo un tema con ella, ella tiene una opinión formada. Aun yo hablando con ella y dando las razones, "no, mamá, es eso, eso, aqui, tratá de analizar la cosa...", no adelanta, ella es muy cabeza dura. Creo que en esse aspecto, ella es más cabeza dura que papá (risas). Entonces, es, solo que hay días, hay días que ella está extremadamente receptiva, escucha y hay días que, como se dice es, es aquello que ella dijo y si vos seguís discutiendo no adelanta, tenés que dejar (risas). Entonces, pero es, y...

P: ¿Siempre fue así?

E: Mirá, no, creo que no. Después que ella se jubiló se notó más. Si bien que creo que en aquella, en aquella época ella tenía bastante ocupación para cuidar de los hijos y tenía trabajo, que ella, ella hizo Pedagogía, después Pos Grado y daba clases, ella tenía más actividad, ¿no? Ahora, ella quiere ir a la gimnasia, hacer cosa de gente de sociedad, como se dice, y yo le dije: "a mi no me gusta que hagas eso, yo no, tenía que haber seguido trabajando, dedicarse a algo", creo que es fundamental el trabajo, para ocupar la mente, no pensar en pavadas. O entonces, la persona se empieza a desconectar un poco

de la realidad, ¿no?, eso no es bueno. Entonces, tengo una, ahora mi, yo estoy así, mirá, vamos a decir así, si yo antes estaba más encima de mi hermano tratando de ayudarlo, ahora estoy más a mi madre.

P: ¿Por que a tu madre?

E: Porque ella...

P: ¿Por que? ¿Que opinás?

E: Creo que ella no tuvo así la misma realización profesional que mi padre, mi padre está realizado profesionalmente. No tiene... Y hasta le parece que tiene que hacer muchas más cosas que las que hizo, que todavía hizo poco, él está siempre pensando en hacer y hacer. Y ella no, ella, medio que, que ella una época ella pensaba hacer otra facultad. Derecho había pensado. Ahí, otro momento quería hacer Nutrición, otro momento quería hacer eso, quería hacer aquello y yo creo parte de esa inestabilidad, esa inseguridad de ella se transmitió también a mi hermano, durante cierto tiempo.

P: ¿Por que te parece que a vos no?

E: Yo no sé, sabés, eh. No sé de veras, como puedo explicar, que cuando pienso, no sé si la cosa está bien clara en mi cabeza. Para que la persona me diga que, para considerar una opinión contraria, tengo que primero analizar la situación. Soy muy cauteloso, hasta demasiado, entonces, yo no sé en la... Y así, las críticas que, sí, mi hermano siempre decía "sí, vos siempre fuiste el 'perfecto', no sé que", ahora él no dice más eso. Sí, "no sé que", y papá siempre chillándome. Ahí, una vez le dije, "vamos a hacer una experiencia", ahí estaba en la mesa con él y mi padre "sí, porque eso es lo correcto, hay que hacer eso, hay que hacer aquello"... Ahí, le dije a mi hermano, ese el del medio, "él 'me persigue' tanto como a vos ¡Vos sos así no porque él te persigue! (risas) Como quien dice, "la culpa es de papá", no, nada de eso. Entonces, yo quedaba encima, ¿no? Él siempre quería encontrar un motivo para su problema, no, no es papá. Ahora, mi madre, no digo que la culpa sea de ella, no, nada que ver, pero en el período que él podría desatarse más y hasta haber presentado mejora, una mejora más rápida, a lo mejor, ella medio que ayudó a que él se atara un poquito. Sí, por esas características que ella tiene de personalidad, pero yo creo que, la cosa está, mirá, nunca estuvo tan bien, por lo que me parece. Y (pausa)... Sí, yo creo que, la situación familiar por lo menos así, mirá,, que yo veo, ahora está mucho más tranquilo que hace años, ¿no? Lo único que sé es lo siguiente, que es, es, por ejemplo mi hermano del medio ahora está, está, él está de novio con una chica que tuvo un hijo con parálisis cerebral. El chico es un amor así, es, hasta bien lindo, ¿no?, pero tiene atraso en el desarrollo, ¿no? É reconoce, trata de hablar todo, tiene unos 3 años de edad. Solo que así, mirá, es, su madre, que es la novia de ese hermano mio, el más chico, el del medio no tiene novia, ya tuvo, pero... Ella siempre, la novia de ese más chico, ella siempre cambia de médico a cada rato, cambia de terapeuta, nunca está satisfecha, "porque nunca encuentran el problema", "ah, nunca encontraron el problema de mi hijo". Ahí un día, ella encontró un médico que dijo, algo cierto, dió la situación bien, como es realmente a, a ella, y ella, medio que se dió cuenta por un cierto tiempo y llevó esse chico para tratarse en la AACD, ¿conocés la AACD? Que es una entidad filantrópica, hay en São Paulo, hay en varias ciudades del país, ¿sabés? Ahora en Porto Alegre desde hace un año. Que hace así, desde prótesis para, para personas que tienen problemas ortopédicos, ¿no?, gratuitamente o un precio... Prótesis así, de nivel de primer mundo, ¿no?, autoadaptables, todo. Hasta esse trabajo con fisioterapeuta, con fonoaudiólogo para esos chicos que tienen problemas neurológicos, para ancianos. Ellos hacen un trabajo muy lindo. Y vieron el problema de él y ofrecieron, ¿no? La institución para que la usara. Creo que la AACD queda allí cerca de la Cristiano Fischer allí, cerca de la PUC, allí. Y ella pasó un tiempo allá, al hijo le encantaba, ahí después no sé que pasó que ella lo largó. Yo digo así, y ahí le dije a mi hermano, "mirá, - mi más chico, ¿no?, el más chico

– hay que ver lo que está haciendo”, “mirá, pero yo gusto de ella y todo”. Mirá bien a quien vas a asumir después de casarte con ella. Bueno, si tenés mucho amor para dar, regio, no tengo nada contra pero... Entendé, yo en su situación ya no asumiría eso, tampoco puedo decir, ¿no? Porque si quisiera como quiero a mi esposa y ella tuviera un hijo así, yo creo (risas)... Entonces yo voy, no voy a juzgarlo, pero ahora, eso ahí medio que desapareció, pero ahora mi propensión es, bueno, “si querés quedarte con ella entonces ayudala de la mejor manera posible, abríle los ojos”. Ella no puede así...

P: ¿Te preocupás con todos?

E: Sí, me preocupo, me preocupo. Me preocupo así con la unidad familiar, ¿no? Yo creo que eso ahí es... Y es interesante que de un tiempo a esta parte, el chico no habla, él hasta balbucea, trata de hablar y la, mi esposa, ella, es fonoaudióloga, ella notó lo siguiente, no es el área de la voz, language, pero tiene formación mínima. Mi Dios Santo, si Jussara, que es esa novia de mi hermano, solo lo llevara a una fonoaudióloga, la fonoaudióloga jugaría con el chico, ella jugando con él, “ah, eso es un vaso, esto aquí es una, un reloj”. Él ya consiguió hablar más de media docena de palabras de una vez. Y ella dijo “ah, vos tenés que jugar con tu hijo”, jugando, de que adelanta, “ que es lo que la fonoaudióloga va a hacer con tu hijo, andá, andá a jugar con él. ¿Por que no hacés eso?” Entonces es difícil. Y mi madre ahí ya, por eso tengo una crítica grande con ella en relación a eso, ella ya dá unas explicaciones medio inadecuadas, ¿no? Él estaba tratando de dibujar algo en un papel, ahí ella dijo “ah, dále un lapiz, ah, porque eso va a ayudarlo para desarrollo”, “mamá, él no tiene ni presión en el pulgar, no tiene ni el movimiento de pinza. ¿Querés darle un lapiz para que se lo dé en el ojo (risas)?” Ahí yo empecé, ahí le dije “parece que no sabés nada de, nunca aprendiste nada de desarrollo infantil”, por el amor de Dios, ¿no? Entonces, quiere decir, entonces hay una crítica, quiere decir ella a veces está como que fuera de la realidad y eso joroba creo que mi hermano en relación a esa chica, ¿no? En vez de hacer con que él la ayude para la, para el problema allí, del chico mejorar y adelantar, no...

P: Te parece que ella no llega a reconocer bien el problema y propone un...

E: No, ella reconoce pero a veces ella hace una intervenciones intempestivas así, ¿no? Ella quiere mucho al chico, ella, ella es una persona extremadamente afectuosa, ¿no? ¡Creo que eso la joroba (risas)! Al contrario mío. Por eso a veces, yo medio que aflojo, por trabajar con mi padre, a veces yo hablo más con él que con ella. Ella medio que extraña. Pero ella es extremadamente afectuosa y mi padre extremadamente “cerebral”, solo que en el extremo opuesto. Sí, porque es cuando surgen los problemas afectivos él medio que tiene actitud de negación (risas). Creo que estoy más para el medio que para el, estoy más para él, pero no tanto, ¿no?, entonces.

P: ¿Y creés que cuando te casaste, hayas salido de esse “lugar”?

E: Me ayudó a ver las cosas más claro.

P: ¿Como fue para vos salir de casa?

E: Para mí fue normal. Al principio me parecía un poco raro, ah asumí una nueva casa, departamento, asumí... Tarda, tarda unos 6 meses para adaptarme, después ya estaba, pero no para adaptarme por estar lejos. Yo no estoy lejos de ellos. Sí... Por hasta por coincidencia, yo no sé, fue el departamento con el mejor precio, costo-beneficio que encontramos, coincidentemente, teníamos apuro, ¿no? “¡Mirá, tenemos que conseguir un departamento que quede listo un poco antes del casamiento!” Entonces fuimos a todas partes por ahí y encontramos ese ahí; fuimos a ver el precio, “Ah, está bueno, sin problemas, no nos va a apretar en nada”. Y coincidentemente es bien en el medio, queda exactamente a medio camino entre la casa de mis padres y la casa de mi suegro (risas). Entonces es eso, viéndonos a cada rato, ¿no?, no hay problema. Entonces así, separación física, no tuve ningún problema, fue más el hecho de asumir (risas) una vida

nueva, sí, la casa, esas cosas que yo no estaba acostumbrado, ¿no? Pero, yo no sé si ahora estoy más crítico en relación a eso por estar lejos de ellos, sin, cuando parás de convivir con la persona, te inclinás a ver los problemas a veces de una manera más, como una persona de afuera y no como quien está adentro mismo. Pero yo no siento mucho esa diferencia, no.

P: ¿De haber salido?

E: Sí, de haber salido. De buscar, de tener, vamos a decir, “ahora estoy viendo mejor sus problemas que antes”, no, ¡creo que no cambió mucho (risas)!

P: ¿Te parece que ya veías antes?

E: Sí, ya veía antes, ya veía. Sí, claro, ahora mi nivel de, es interesante que mi nivel de intervención en la familia es hasta más considerado que antes, creo que a lo mejor por, como no estoy nunca así, todos los días, ¿no?, entonces cuando llego y digo algo, ya se quedan pensando, ¿no? Como si fuera una persona de afuera hablando más llegada a la familia, ¿no? Claro, yo soy de la familia, ¿no? ¿Entendés, no?

P: Sí.

E: Si como si fuera una persona, un amigo, “mirá, estás haciendo eso, estás haciendo aquello, no creo...”, entonces mi opinión ahora está con más importancia, ¿no?, de la que tenía antes. Pero en esa época mi hermano estaba mal...

C-5) Resultado Colorido do Discurso de Júlio, Após Uso do Dicionário Computadorizado

fue un período de transición. no me agarró en, en mi actividad peor del sueño.

sí, porque ahora estoy muy bien. ¡uh! me siento muy bien.

hace más o menos, esperá que me acuerde... creo que el, el último año de maestría, fue en el 90 y 99. entre 98, 99 fueron los peores años, así, que tuve problema de somnolencia. sí bien que yo dormía poco en aquella época pero, pero así mismo tenía mucha somnolencia. y de un año a esta parte ando bien, así, ¿no? no tuve mayores problemas.

no, la usé cierto tiempo, más o menos unos 6 meses, nortriptilina, pamelor, bamifilina, bueno, eso. antes de dormir.

sí.

esto. después yo no, no, yo no tuve más, así, mayores problemas con sueño. ando pasando bien. ahora, claro, en las fases que empeora mi rinitis alérgica, que tengo mucha atopía, entonces ronco, mi esposa reclama, y me da hasta una cierta... pero así, mirá, ahora estoy con una crisis de rinitis, estoy con corticoides y, en fin, lastina, y corticoide tópico y no tengo ningún problema, así. hoy dormí, por ejemplo, muy bien, me desperté, es que todos los días ando durmiendo 1 hora, 1 y media. ayer dije: “no, voy a dormirme antes de medianoche”, entonces me desperté...

seis a siete horas por día. menos...

yo tengo que dormir por lo menos 7, 8 horas es lo ideal para mí. me despierto bien.

yo creo que estaba durmiendo, estaba durmiendo, no, unas 5 a 6 horas por día pero mi sueño era muy agitado. llegaba a pegarle a mi cónyuge, durante, durante el sueño, tenía... voy a desconectarlo. yo tenía una, una, una agitación así, mirá, no sé si era psicomotora o, solo que no me daba cuenta, ¿no? me despertaba, a veces, todo sudado, tenía bastante sudoresis durante la noche: creo que era, era por apnea, pero yo hice la polisomnografía aquí, fue en el 99 mismo, no constató apnea, fue constatado hipopnea, varios síntomas de hipopnea, incluso hasta com arritmia supraventricular, ¡uh!, me asusté, y, ¡uh!... “tengo que hacer algo”. ahí hice 6 meses de tratamiento,

mejoré, ahí volví al dr. denis, dijo “ah, te escapaste” y bué, “no, ahora me ando sintiendo bien”, “? te parece que necesitás a repetir?”. ahí no sentí nada más, ¿no?, así.

ahora es eventual. si duermo después de media noche, después de un día de trabajo, así, intenso, a veces, yo, yo, mi sueño es, yo no consigo entrar, creo que, en sueño profundo, ¿no?

creo que un poco así... no sé, es una ansiedad no específica. creo que es resultado de la, de la actividad que tengo. ahora también, hay que observar, principalmente cuando corro y nado en días por medio. voy a desconectarlo. corro y nado en días por medio, entonces cuando corro a la noche, mi sueño es más difícil, creo que quedo en actividad de alerta, así, más grande y ahí, ahí es constante. si corrí después de las 9 de la noche, me da un, sí, el resultado es siempre constante: ¡agitación durante la noche!

e: durante el día. sí. pero ayer, por ejemplo, ayer solo nadé durante la mañana, de mañana, por la mañana, nadé por la mañana, fui a dormir antes de medianoche. hoy estoy bien, bien alerta, así, bien despierto.

sí, creo que sería más por el ejercicio o por la, por la...

por la falta de horas, ¿no? pero aún en ese período que hubo en 98, 99, mismo durmiendo bien, tenía somnolencia. y mucha.

no lo sé. no lo sé de veras. no lo conseguiría así, claro, yo tenía cierta falta, pero así mirá, yo me acuerdo que en la secundaria, dormía 5, 6 horas por día. aquello año del ingreso a la universidad, también me gustaba hacer ejercicios físicos, ahí, tenía que ajustar mis horarios y yo no tenía, yo no tenía tanta somnolencia. ahí después que entré en la facultad, también, tranquilo. el segundo o tercer año de práctica hasta el primer año de maestría es, en realidad fue en esos tres años que, que tuve bastantes problemas. y yo hasta creo que hoy mi vida es mucho más agitada que en aquel tiempo y así mismo, mis problemas de sueño eran mayores en aquella época. claro, yo no, yo no hice más la polisonografía, pero así, del punto de vista subjetivo, me siento mejor, ¿no?; ahora el objetivo no sé si mejoró ahí en el examen. entonces, ahí es una cosa que no, es un hecho que tiene que ser evaluado.

sí, estaba casando, pero mi casamiento fue tranquilo, fue una cosa así, bien decidida, bien fundamentada. ya tenía un lugarcito más o menos para, para vivir, direccionado y preparado, ¿no? creo que así no fue muy corrido, me casé en... fue en noviembre, 28 de noviembre del 98, ¿no? pero no, yo no creo que fue así una carrera en aquella época. solo que mi, a, tanto que mi mayor somnolencia fue en el período posterior a mi casamiento, sí, fue posterior. fue lo que te dije, fue 99, 2000, fueron, sí... principio del 99 y final del 99 y principio del 2000 fueron los peores momentos, así. no sé si hubo la coincidencia que el, la actividad de maestría aumentó y tuve como efecto colateral eso. pero como te dije en la época del ingreso a la facultad, la secundaria, clase a la mañana, a la tarde, estudiando a la noche, corriendo a la tardecita, estudiando a la noche, yo no tenía eso. y otro aspecto, en esa época yo roncaba mucho, demasiado, entonces... solo que lo interesante que después que hice el tratamiento, ¿no?, yo no, yo no ronco más como, de vez en cuando ronco pero sí, ahora, según mi esposa, se hizo bien eventual ahora, ya no le pego más, ella no reclama tanto. entonces creo que mejoró, ¿no? me siento mejor y ella también se siente mejor. entonces creo que, me siento mejor...

ah, cambió creo que para mejor, ¿no?, pero en el sentido así, no, no cambió... financiero así, mirá, sin ningún estrés, yo creo que mi peor estrés mismo fue en la época que estaba en casa de mi padre y de mi madre. el último año que pasé allá, que ellos estaban haciendo una reforma, ahí ya no había mucho lugar para mis cosas, ya estaba, aquel período de transición. pero en ese período yo no tenía somnolencia.

podría decir, ¡ah!, fue un período peor, de la, así... peor no, fue un período así, de mayor transición de tu vida, por lo menos hasta ahora, fue, no en aquella época yo no tenía eso. o si tenía también, pero no tenía somnolencia, hasta podía roncar, que yo dormía solo, pero también no tenía como saber, ¿no? pero somnolencia que es un efecto colateral yo no tenía. nada, nada. bien tranquilo y hasta creo que dormía hasta demasiado bien. creo que es eso ahí.

no, no. no, creo que lo normal de la adolescencia, del chico que está en fase de crecimiento, pero siempre conseguí despertarme sin problemas, ir a la escuela, estudiar, volvía. no sentía, no solía sentir sueño durante el día. quien tiene mucho problema de sueño, tenía, por lo menos, era mi hermano. él incluso tenía hasta unas parosonias, él se despertaba, a veces tuvo episodios de sonambulismo. en una época quedó con enuresis nocturna también. él se trata con psiquiatra, él tiene, tiene, mirá el diagnóstico es, es difícil. una psiquiatra clasificó, él tiene trastorno narcisístico de personalidad, trastorno de ansiedad y algo más... como en cierta época él usó drogas de uso no médico, ¿no?, ahí él tuvo paranoia, un montón de cosas, pero ahora está súper bien, él está haciendo derecho, estudiando. creo que ahora está en una situación normal. ahí él es muy inteligente, creo que tampoco sé si hay una relación con eso... pero consiguió superar todo eso. pero así, en mi familia hay varias personas con historia de problema psiquiátrico. principalmente por parte de padre.

depresión. tengo un tío que tuvo episodios de paranoia, un tío paterno, ¿no? hay otro que considero que es medio raro, pero no sé si él es raro por el, por el grado de inteligencia de él o porque él es, él tiene phd en EEUU. y él es jefe, fue durante un tiempo jefe, ahora él está jubilado, él fue jefe de la, de un organ publico. entonces él es bien raro así, solo que su hijo, que es mi primo, él tiene problema de depresión, ¿entendiste?

más por parte de padre. por parte de mi madre yo diría que no hay. hay un tío abuelo con trastorno obsesivo compulsivo, yo creo por la descripción de ella. y sólo, creo. por parte de ella no consigo identificar nada así, es más por parte de mi padre.

ah, no... él tenía eso ahí, él empezó a los 13 años, 13, 14 años y ahí, solo de 2, 2 años a esta parte que él está totalmente, totalmente no, él sabe que es una enfermedad crónica. pero una cosa, él está bastante recuperado.

ah, era difícil, ¿no? bien difícil. yo creo, pero fue mucho más difícil para mi hermano del medio, o sea mi hermano más, ese chico, el más chico...

sí, somos 3 hermanos.

tres varones. fue mucho más difícil para mi hermano más chico que todavía estaba en una fase más susceptible de su desarrollo, sí... encontrar su hermano de aquella forma, que a mí, yo ya estaba con la cabeza mas o menos hecha. sí... yo me molestaba más por mí, la preocupación de los míos, de mi preocupación, no de mi preocupación pero más de la preocupación de mis padres, que propiamente de la mía. y como me molestaba más por mis padres que de él, ¿no?

ah, que había mi padre que quedaba estresado, mi madre más todavía, y había una época que ella lloraba mucho, estaba siempre... pero, entonces yo me molestaba y quedaba con un cierto sentimiento de rabia de mi hermano del medio. solo que esa rabia yo siempre buscaba racionalizarla y decir, "no, pero él tiene problema" y desde chico él nunca fue así completamente 'normal', él era, él, yo pienso que en la época, en su infancia, sí, él tenía... a lo mejor aquella síndrome de hiperactividad por déficit de atención. él era muy agitado, a veces no conseguía concentrarse, pero nunca fue, así, mal en la escuela, nunca fue. hasta fue relativamente bien. pero era un chico agitado, como decíamos, ¿no?

yo llevo 3 años con ese hermano del medio y 7 años con el más chico. yo tengo 28, él

está con 24 y mi hermano más chico está con... 20 y... 21. pero ahora, bueno, ahora ellos son 'uña y carne', como se dice, los dos se están llevando rebién, salen juntos. los 2 están en la misma facultad, están haciendo derecho. entonces ahora, ellos están en una fase de convivencia bien, bien buena, ¿no?, pero...

creo que fue...

yo creo lo siguiente: yo siempre buscaba, al principio de la, al principio, me dio una rabia, así, bien grande, ¿no?, pero después, empecé a ver el problema del punto de vista más, hasta médico, a pesar que recién estaba entrando en la facultad de medicina, que familiar. entonces, bueno, ¿qué puedo hacer para ayudarlo? creo que la persona que más lo ayudó en la familia fui yo. porque, mi padre en una época negaba mucho eso ahí, negaba, aún siendo médico, por la formación que tiene, negaba. y mi madre, 'tenía las riendas', ¿no?, como se dice, 'sostenía las riendas'. cuando yo estaba aquí haciendo práctica en la santa casa, encontré un psiquiatra, que él ya había pasado por varios psiquiatras y entonces quedaba 1 año, a veces 2 años bien, volvía, ¿no?, pero siempre así, él nunca, nunca iba muy, muy lejos, ¿no? él tenía, él tiene un problema serio así que no consigue tener frustración. entonces, en la primera, en el primer obstáculo, en la primera frustración él, él, recae. bueno, ahí encontré un psiquiatra aquí en lo hospital, sí, vi la actuación de él, me gustó mucho y le dije "mirá, yo sé que es inadecuado así, pero...", "no, podés hablar", "no, es que estoy, estoy necesitado de ayuda y quiero que vos acompañes el caso de mi hermano y bué". entonces convencí a mi madre a cambiar de, conven... convencí también a mi hermano y hasta ahora está con ese, está muy bien. muy bien mismo.

¿en el psiquiatra? en el psiquiatra o en el... en el psiquiatra me parece lo siguiente, él tenía una actuación neurobiológica para tratar el problema, aparte de la, de la importancia de la charla, él ve algo también en el ámbito psicoanalítico, pero él no es psicoanalista como debe ser, él es solo, él es más... en verdad, él es más neuropsiquiatra que, que un psiquiatra propiamente dicho. y su abordaje es bien así, neurobiológica, es bien objetiva, ¿no?, y... por otro lado, sin olvidar aquella parte subjetiva que, de la charla, de la atención que todo, creo que todo médico tiene que tener, ¿no? es eso, quiere decir, me identifiqué bastante con eso, creo que, mirá, es por ahí mismo. los otros era más charla, ¿no?, a veces, por amistad, yo vi que no andaba bien. dije "no, no"... incluso hasta pasó por un psiquiatra, hasta, no voy a decir su nombre porque no es... le dijo a mi hermano que tenía un proceso de anhedonia, él no consigue sentir placer, pero claro, estaba intoxicado en esa época. su único placer, entre comillas, era el problema de la droga, ¿no? a mi tampoco me gustó mucho y dije "ah", entonces quien comandó esa parte médica no fue mi padre, fui yo mismo, ¿no?. yo medio que direccioné las cosas para... ellos no lo vieron.

era poco omisa. "y, porque ese chico no estudia, ¡no quiere hacer nada!" él veía solo la parte que "no asumís responsabilidad, no vas a ser nada en la vida", yo me quedaba, me quedaba así, mirá, sí, como se dice, sí... sí... voy a usar una terminología inadecuada, me quedaba mismo con, así con rabia. bueno, pero como podés decir una cosa de esas, vamos a tener una actitud madura, ¿no? el problema de él no es ese, quien no quiere, quien no teniendo la oportunidad en la vida de estudiar, de, va a, va a querer asumir una responsabilidad. creo, creo que las personas que no consiguen hacer eso tienen problemas. él tiene problema, hay que admitir eso. y él no admite. ahora no, ahora él está, está, de 3 años a esta parte, él ya está, él ya aceptó, ya... y es interesante, y yo tampoco sé, yo no sé si no fue eso también. el asunto de él está, mi padre está más calmo y está aceptando más la situación de manejarlo, mi hermano tuvo mejorías, ¿no? tuvo mejorías. coincidió, creo que varias cosas coincidieron, quiere decir, el psiquiatra, la aceptación de mi padre, todas aquellas cosas

coincidieron, **creo** que él, **ahí** él **empezó** a marchar mismo.

yo **siempre** le **llamaba** la **atención** diciéndole que su actitud **estaba equivocada**.

y, a veces él escuchaba, hacía **medio** que **no** me oía **o**, **pero** él, él **reconocía también** **pero**, ¿**sabés** aquella **situación** que la persona **reconoce** **pero** su actitud **termina** siendo la otra al final? **quiere** decir, la **información** **no** se **traduce** en **cambio** de comportamiento. **es más o menos** eso, ¿**no**?

no, yo y mi padre, **siempre** fue **una regia relación**. sí, **incluso**, **así**, **mirá**, nuestra **relación** a veces **hasta** alguien me **puede mirar así**, **parece tanto** de padre a hijo, **no**, **cariño**, esas **cosas**, **uno tiene**, nos **besamos** en **público**, nos **abrazamos**. **no**, **pero así**, a veces, la autocrítica que **tengo** en **relación** a mí. **uno sabe manejar bien** esa, esa **situación**. a veces **voy a** decirle algo **ahí** él se **queda pensando**, **principalmente** en el **hospital**, “no, **pero** **creo** que **tenés** razón” y **bueno...** **entonces**, mi **relación** con él es **bien madura**, **así**, es **bien...**

trabajamos juntos.

pneumología. pneumología, la misma, **solo** que él **trabaja más** en el **área** del **sueño**, hacemos **más** la parte de **enfermedades obstructivas**, ¿**no**? **asma** y **dbpoc**. y **ahí**, **creo** que en ese **sentido** nos llevamos **bien**, nos **entendemos bien**. **porque** mi **cabeza** y la de él es **parecida**, la **diferencia** es que yo, **no sé si** **porque** soy **más** joven **o** mi **educación** **ya** fue **diferente**, yo **trato de** ver la **cosa siempre** de un, de **una** perspectiva **más amplia**, ¿**no**?, y **no...** y **cuando** veo que es un **problema** que **está relacionado** a mí, **trato de** aislarlo **o**, **aislar** mi **problema** y **tratar de** ver de **afuera** las **cosas para tener** un **análisis mejor**. **uno sabe** que **nunca** es, **siempre** es **bueno** a veces alguien de **afuera** haga eso, **pero** yo **trato** a veces de hacer eso **solo para**, **hasta para**, **para** vigilarme y **tratar**, **claro**, evolucionar algo, ¿**no**? **interesante** que en el casamiento **así**, mi esposa, ella, yo soy **muy crítico** **así** con ella, ¿**no**? a veces ella **quiere** hacer algo y **bué**, cierta **época**, ella es fonoaudióloga, **está** haciendo **maestría** en la parte de disfagia orofaríngea, **ahí** en la gastro, **allá** en un hospital. **ahí una época**, “sí, **bueno**, **porque** mi profesión **no da** plata, **no dan** oportunidad”, “no, **pero** eso **ahí** vos lo **creas** y tu **área** es **fascinante**, **tenés que invertir** en eso”. y yo apoyándola “mirá, **vale** la **pena**, **vale** la pena”. **ahí surgió** la **oportunidad** de la **maestría**, ¿**no**?, y ella, **quedó medio** que seis meses **allí**, en **proceso** de **selección**, en ambulatorio, **tratar de mostrar** su, su **trabajo para** el, **para** el **jefe** de la gastro. **ahí** le **gustó** y la **invitó para** la **maestría** “!uh! ¿**ahora** asumo **o no** asumo?” “claro que asumís, andá”. y yo le digo, **mirá** hay las **ventajas** y las desventajas. **ahora** ella se **da cuenta**, “y, fue **bueno** haber asumido porque”... **porque** ella **tenía** otro **empleo**, ella **largó** ese **empleo para entrar**. y **ahora** ella **está**, ella **está terminando** de **escribir** un **libro sobre**, **sobre** el **asunto**, ¿**no**? **entonces**, **pero así**, **ahora** ella **está medio**, **ahora así**, ella **está más caminando** con sus propios pies, ¡**ahora ya** la **largué!** **pero** al principio, **tuve** que darle...

ayuda.

sí **medio moderador**.

sí, yo **trato de analizar** el **problema**, ver cual es la **mejor salida** y digo “mirá, **creo** que”... **pero nunca** forcejeo **nada**, ¿**no**?

yo era **muy** egocéntrico, **solo miraba** mi propia **nariz**. ah, **estudiar**, **tenía que estudiar**, **agarraba** los **libritos** y **estudiaba**. **o** a veces **quedaba** en la **computadora**, **cuando empezó** el tiempo de las **computadoras**, que yo **solo** me **quedaba** en la **computadora**. mi padre a veces me **pedía** que lo **ayudara** en algunas **cosas** y yo **no** iba, y decía “ah”, y dije “ah”, y **ahí** él, él **siempre**, **siempre**, mi padre **siempre** **buscó** algún “forúnculo **para meter** el dedo”, “ah, por que **nunca** participás de las **cosas** de la familia”, y **no sé** que, **ahí**, “sos **muy** egocéntrico”, y **no sé** que. **ahí** le dije: “¿te **doy** trabajo? **bueno**, ¡**no da** trabajo **entonces no reclames!**. que es **así**, **mirá**, yo le dije “yo **no** te **voy a ayudar** a

clavar un clavo, **no** me **gusta** hacer eso”, **o** que **sé** yo. a veces lo **ayudaba**, **pedía tanto**, de **tanto pedir**, de **tanto** hincharme las pelotas, lo **ayudaba**.

y, a veces las **reuniones familiares**, que **no** me **gustaba** ir, ¿**no?** **no sé**, **no** me **parecía así**, **pero si no** eran **todas** las **reuniones familiares**. la **mayor** parte yo **hasta** iba, ¿**no?** **pero** por **ejemplo**, **uno** va al casamiento de que **sé** yo quién, “ah, hay que”, “**no voy a ir**, **no quiero**, **tengo** otras **cosas para** hacer”. que yo era **muy así**, **pero** yo **no**, **no** era **así** sociofóbico. **pero** es **interesante así**, yo **tenía** cierta **restricción** a la **convivencia social**, **así**, rutinera, ¿**no?** **pero**, fin de semana, esas **cosas**, yo **salía** con **amigos...** **pero** aquello de **estar saliendo**, y de **estar**, y de **estar** yendo **todos** los días fulano, beltrano, **no** me, **no** me **gustaba**, me **gustaba** quedarme la **mayor** parte de las veces en mi rincón, haciendo mis **cosas**, y **cuando** me **daban ganas**, **salía**, ¿**no?** y yo **notaba** que él **tenía una ansiedad muy grande**. a veces él sacaba un **billete así** “¿**qué** es eso?, yo le dije, “ah, eso es **para** que **salgas** y bué, y te diviertas”, “!¿**pero** yo te **pedí?**!” “guardalo, **puede** ser **importante para** vos”, yo le decía. **ahí** él se **indignaba**, ¿**no?** ¡uh, es **bien interesante!**

sí, él se **preocupaba**. “¡uh!, ¿**pero** que **está pasando?**” **ahí**, **una** vez, yo **medio** que, **ahí** él **parece** que se le **abrió** el piso, **entonces** le dije “mirá papá, **muchas** veces sos **más** inseguro que yo”, **porque cuando quiero** hacer algo es eso que **quiero** hacer y **listo**, **no** hay, **no** hay **así**, **para** que alguien me diga que es **mejor o**, “es **mejor** que hagas eso **o** aquello”, **tiene** que darme sus **razones**. yo **tampoco** soy **ciego**, **sordo**, **sordo** y mudo, ¿**no?** **si** la persona me **da**, **así**, las **razones** que ella **cree** que sería **importante** hacer, aquel algo, yo **analizo**, **mirá**, **si** me **parece** que va, **entonces bien**, yo cambio y lo hago. **pero nunca acepté**, **así**, **imposición**, “no, vamos **para tal** parte”. **no** “¿**porque tengo** que ir?”, le dije, “**porque** es **importante** y bué, **ya** hace **mucho** que **no** ves a tu abuelo”, **ahí** me **quedé pensando**, “sí, **no** veo a mi abuelo hace **mucho**. sí **creo** que **tenés razón**, vamos”. yo **trataba siempre**, **aceptaba**, **acepta**, **claro**, hubo un tiempo que yo era **bastante menos**, **bien menos receptivo** a **críticas**, ¿**no?**, **ahora** soy **bastante más**, ¿**no?** **principalmente** **creo** que **después** que me **casé**, cambié **bastante** en **relación** a eso. sí **porque** a veces mi esposa dice “sí, quien **sabe** hacés eso, quien **sabe** hacés aquello”, **ahí** la escucho y bué. ella **también tiene** un **análisis**, a ella **también** le **gusta estar siempre analizando** y **buscando** el **mejor camino** de las **cosas**, ¿**no?**, **entonces...**

un **poco** sí. **pero** **creo** que en la **medida** del, **como** se dice... **creo** que me **considero ahora**, que **todo** el **mundo tiene** que ser un **poquito** egocéntrico, **sino** vos, **como vas a terminar una facultad si no** le decís **así** a las personas: “mirá, **ahora no quiero ir a la fiesta**, **ahora no quiero ir a la**, **quiero** quedarme **aquí estudiando**, **tengo** mis obligaciones”. **pero** **creo** que eso **ahí no** es **bien**, **creo** que eso **ahí** es **egocentrismo**, **porque estás**, **vamos a** decir, **vamos a** decir **así**, **recusando** a veces la **oportunidad** de **convivencia social**, **pero tiene** que ver con los pros y los contras, ¿**no?** **pensar** a **largo** plazo, ver la **ventaja** y la desventaja. **si** **dejo** de hacer eso **aquí**, **ahora**, **después** me **voy a jorobar allí adelante**. **entonces**, **hay que** hacerlo, **hay que** hacerlo, ¿**no?** **ahora**, **pero hoy** en día **estoy bastante más maleable**: por **ejemplo así**, **mirá**, me **gustaba siempre** ir al cine **cuando** iba los sábados. los domingos **no**. **no**, **no**, el domingo **ya mañana** es lunes, **hay que organizar** mis **cosas**. **ahora no**, **ahora ya estoy más**, “eh, ¿vamos?”, **ahí** digo, “eh, **estoy lleno** de **cosas para** hacer **pero también hay que** divertirse de vez en **cuando**. bué, vamos”. **estoy más maleable** en ese **sentido**.

y...

a veces, **quedo medio contrariado**. **pero raramente**. **hoy** en día es **raro**. la **mayor** parte de las veces, ah, **ahora**, **después** que hago, que **practico una actividad** que me **distraiga**, yo me **siento muy bien así**. **llego a casa hasta más dispuesto**. mi **mayor**

problema es el **siguiente**, **creo** que es, ¡el día **debería tener más** de 24 horas! **para tener** tiempo de **trabajar, descansar, divertirse, pero uno sabe** que **no tiene, entonces tenés que** ver la **prioridad...**

ah, **terminar** mi **tesis**, lo demás es... **claro, tengo** que llevar las **cosas** de mi casamiento, de la **convivencia social. ahora tenemos más amigos, tenemos muchos más amigos** de los que **teníamos antes, ¿no? entonces** eso **tampoco** se **puede** largar, **¿no?** y yo hablándoles de eso, ellos me **entienden. pero ahora, así, mirá, yo trato de aprovechar mejor** mi tiempo que **antes. antes** me **quedaba estudiando** algo y **quedaba** horas y horas en **cima** de aquello y **perdía** la **noción** del tiempo. **hoy no.**

es, es **tanto, tanto** tiempo que **tengo**, sí ando **aprovechando** ese tiempo y **listo. después** que **pasó, bueno, ahí voy a tener que** hacer otra **cosa. ahí ya** es, **ahí** es hora de **o tengo** que **salir** con mi esposa **para comprar** algo **para** la **casa o** convivir un **poquito** con ella, que es **lindo; entonces, ya establecí límites, porque si no, no** anda, **¿no?, queda** difícil.

¿el que, yo...?

bueno, creo que, **creo** que nos vemos **todos** los días, **¿entendés?** ella a veces **reclama**, y yo le digo: “mirá, decime **una cosa, ¿qué médico** con mi edad ve **tantas** veces a su esposa **como yo?**” **ahí**, ella vio mis otros **compañeros**, se **quedó pensando**, “cierto, **es cierto, es cierto**”. que yo veo **así**, los **compañeros** van, **guardia** encima de **guardia. pero, ¿y la vida social** de estos tipos, **como queda?** yo digo, “no, yo **no quiero** eso **para mí**”. **solo** que **tengo** un **problema, cuando estoy** en **casa**, ella esta **todo** el tiempo a mi **alrededor**, que **si** ella **no tiene** las **cosas** de ella **para** hacer **tiene una manera** de **echar de menos** indecorosa, **queda alrededor.** y yo dije, **no**, “ahora es mi hora, después”... **entonces**, a veces **hay que** establecerle **límites. sí, porque si no... porque** es en **casa** que **tengo ganas** de hacer un **trabajo** cerebral mismo, **porque** en el consultorio, **eh...** hay gente que **aprovecha, eh, sube** al consultorio, **vas a** la **computadora**, “voy a ver un enfermo”, **ahí sale.** yo **no consigo** hacer eso. hay esa hora, de esa hora a esa, **tengo** que hacer **solo** eso y **listo, y nadie más** me **interrumpe. no consigo** hacer **así, no puedo.** yo **no tengo, no conozco** ninguna persona que haga algo **bien** hecho. un **poquito** aquí, un **poquito** allí y **después** vuelve... **no consigo.**

eh... no... no, no me **siento invadido**, yo **solo, solo siento** así, que es inoportuno, **¿no? pero** yo **dejo, dejo claro**, “mirá”, yo **tampoco** digo “salí de **aquí** ahora”, **no, yo pregunto** “que **querés** hacer”, “vamos a hacer eso, **vamos a** hacer aquello”, yo dije, “no, **entonces dejá hasta, hasta terminar** mi hora **ahí después** hacemos”. ese **tipo** de **respeto** a mi me **gusta. y creo** que **todo** el mundo **tiene** que **tener, ¿no?** sí, **pero** sí... **pero** mi esposa **está bastante más comprensiva**, es que ella **también está** en la **maestría, entonces ahora** ella **está** viendo, **¿no?**, ¡ella lo **está sintiendo!** **tiene** que **ir a clase, tiene** que volver, hacer el **proyecto**, hacer eso, hacer aquello. yo **estoy terminando** lo mío, **entonces estoy** a las carreras. y ella se **está dando cuenta como** es, **¿no?** “ahora ves lo que es bueno”, yo le dije. **porque** a veces, **ahí cuando**, yo **hasta** le hago **una provocación, ahí** yo, ella **está ahí** haciendo sus **cosas**, “ah, vení, dame un **besito**, vení, **vamos a** filar un **poquito...**” y dice “no, **pero ahora** yo **tengo** que **terminar** eso”, “ah, **¿viste como** me **sentía?**”; **ahí**, ella **ya**, en ese **sentido** ella **ya mejoró bastante**, ella **respeto más. claro**, hay veces que yo **también paso** los **límites, ahí** yo, ella habla, y yo **analizo**, “¡ah, **tenés razón! terminó, listo. vamos a** hacer otra cosa”. **entonces**, nos llevamos **bien, muy bien.** ningún **problema, así, mayor** de **convivencia. ahora** con mi **hermano, estoy hasta** conviviendo **mejor, ¿no?**, que él **está más equilibrado, está consiguiendo... hasta tiene una** charla de mismo **nivel, entonces...**

¡ah, **no** charlaba!

no charlaba **nada**, se **quedaba siempre** quieto. **también así, y ahora** él **está** en **una** fase

que parece que quiere recuperar el tiempo perdido, está leyendo 3, 4 libros por mes, parece... yo le digo así, "andá con calma", ahora dio una frenada; ahora, vamos a decir, él está más equilibrado, ¿no? sí, "no, vos vas a recuperar el tiempo, todavía sos joven, recién tenés 24, calma. recibíendote antes de los 30, está regio. seguí en ese ritmo". y, y el problema así, la relación de él con mi madre es, era problemática así en el sentido que es muy "pobrecito, pobrecito, porque es enfermo", aquello. eso complicó, ¿no? ahí, mi hermano, él, él había una época que él estaba en aquella fase así de, sí de, no digo chantaje, pero... ahora se puede aflojar un poco. quedaba mal, ella, "¡ah!", y bué. entonces, tenía mucho aquella; él por lo que vi, él consiguió liberarse de eso.

mirá, uno siente, la relación con mi madre es un poco difícil porque ella me parece una persona regia en algunos aspectos y extremadamente inmadura en otros.

sí, por ejemplo así, mirá, es que ella no tiene la misma estructura, vamos a decir así, de pensamiento como yo. no, vamos a analizar la cosa racionalmente, ella es muy impulsiva a veces, y a veces, ella tiene opiniones, opiniones que yo creo que no se fundamentan en la realidad.

ah, por ejemplo así, es... es... así, estamos discutiendo un tema con ella, ella tiene una opinión formada. aun yo hablando con ella y dando las razones, "no, mamá, es eso, eso, aquí, tratá de analizar la cosa...", no adelanta, ella es muy cabeza dura. creo que en ese aspecto, ella es más cabeza dura que papá. entonces, es, solo que hay días, hay días que ella está extremadamente receptiva, escucha y hay días que, como se dice es, es aquello que ella dijo y si vos seguís discutiendo no adelanta, tenés que dejar. entonces, pero es, y...

mirá, no, creo que no. después que ella se jubiló se notó más. si bien que creo que en aquella, en aquella época ella tenía bastante ocupación para cuidar de los hijos y tenía trabajo, que ella, ella hizo pedagogía, después pos grado y daba clases, ella tenía más actividad, ¿no? ahora, ella quiere ir a la gimnasia, hacer cosa de gente de sociedad, como se dice, y yo le dije: "a mi no me gusta que hagas eso, yo no, tenía que haber seguido trabajando, dedicarse a algo", creo que es fundamental el trabajo, para ocupar la mente, no pensar en pavadas. o entonces, la persona se empieza a desconectar un poco de la realidad, ¿no?, eso no es bueno. entonces, tengo una, ahora mi, yo estoy así, mirá, vamos a decir así, si yo antes estaba más encima de mi hermano tratando de ayudarlo, ahora estoy más a mi madre. porque ella...

creo que ella no tuvo así la misma realización profesional que mi padre, mi padre está realizado profesionalmente. no tiene... y hasta le parece que tiene que hacer muchas más cosas que las que hizo, que todavía hizo poco, él está siempre pensando en hacer y hacer. y ella no, ella, medio que, que ella una época ella pensaba hacer otra facultad. derecho había pensado. ahí, otro momento quería hacer nutrición, otro momento quería hacer eso, quería hacer aquello y yo creo parte de esa inestabilidad, esa inseguridad de ella se transmitió también a mi hermano, durante cierto tiempo.

yo no sé, sabés, eh. no sé de veras, como puedo explicar, que cuando pienso, no sé si la cosa está bien clara en mi cabeza. para que la persona me diga que, para considerar una opinión contraria, tengo que primero analizar la situación. soy muy cauteloso, hasta demasiado, entonces, yo no sé en la... y así, las críticas que, sí, mi hermano siempre decía "sí, vos siempre fuiste el 'perfecto', no sé que", ahora él no dice más eso. sí, "no sé que", y papá siempre chillándome. ahí, una vez le dije, "vamos a hacer una experiencia", ahí estaba en la mesa con él y mi padre "sí, porque eso es lo correcto, hay que hacer eso, hay que hacer aquello"... ahí, le dije a mi hermano, ese el del medio, "él 'me persigue' tanto como a vos ¡vos sos así no porque él te persigue! como quien dice, "la culpa es de papá", no, nada de eso. entonces, yo quedaba

encima, ¿no? él **siempre quería encontrar** un motivo **para** su **problema**, **no**, **no** es papá. **ahora**, mi madre, **no** digo que la **culpa** sea de ella, **no**, **nada** que ver, **pero** en el **período** que él **podría** desatarse **más** y **hasta** haber presentado **mejora**, **una mejora más rápida**, a lo **mejor**, ella **medio** que **ayudó** a que él se **atara** un **poquito**. sí, por esas **características** que ella **tiene** de personalidad, **pero** yo **creo** que, la **cosa está**, **mirá**, **nunca estuvo tan bien**, por lo que me **parece**. y... sí, yo **creo** que, la **situación familiar** por lo **menos así**, **mirá**, que yo veo, **ahora está mucho más tranquilo** que hace años, ¿no? lo único que **sé** es lo **siguiente**, que es, es, por **ejemplo** mi **hermano** del **medio** **ahora está**, **está**, él **está** de novio con **una chica** que **tuvo** un hijo con **parálisis cerebral**. el **chico** es un **amor así**, es, **hasta bien lindo**, ¿no?, **pero tiene** atraso en el **desarrollo**, ¿no? el **reconoce**, **trata de** hablar **todo**, **tiene** unos 3 años de edad. **solo** que **así**, **mirá**, es, su madre, que es la novia de ese **hermano** mío, el **más chico**, el del **medio** **no tiene** novia, **ya tuvo**, **pero...** ella **siempre**, la novia de ese **más chico**, ella **siempre** cambia de **médico** a **cada** rato, cambia de terapeuta, **nunca está satisfecha**, “porque **nunca encuentran** el problema”, “ah, **nunca encontraron** el **problema** de mi hijo”. **ahí** un día, ella **encontró** un **médico** que dijo, algo cierto, **dio** la **situación bien**, **como** es **realmente** a, a ella, y ella, **medio** que se **dio cuenta** por un cierto tiempo y llevó ese **chico** **para** tratarse en la aacd, ¿**conocés** la aacd? que es **una** entidad filantrópica, hay en san pablo, hay en varias **ciudades** del **país**, ¿**sabés**? **ahora** en porto **alegre** **desde** hace un año. que hace **así**, **desde** prótesis **para**, **para** personas que **tienen** **problemas** ortopédicos, ¿no?, **gratuitamente** o un **precio...** prótesis **así**, de **nivel** de primer **mundo**, ¿no?, autoadaptables, **todo**. **hasta** ese **trabajo** con fisioterapeuta, con fonoaudiólogo **para** esos **chicos** que **tienen** **problemas** neurológicos, **para** ancianos. ellos hacen un **trabajo muy lindo**. y vieron el **problema** de él y **ofrecieron**, ¿no? la **institución** **para** que la **usara**. **creo** que la aacd **queda allí cerca** de la **crisiano fischer** **allí**, **cerca de** la puc, **allí**. y ella **pasó** un tiempo **allá**, al hijo le **encantaba**, **ahí después** **no sé** que **pasó** que ella lo **largó**. yo digo **así**, y **ahí** le dije a mi **hermano**, “mirá, - mi **más chico**, ¿no?, el **más chico** – **hay que** ver lo que **está** haciendo”, “mirá, **pero** yo **gusto** de ella y todo”. **mirá** quien **va a** asumir **después** **si** casarte con ella. **bueno**, **si tenés mucho amor para dar**, **regio**, **no tengo nada** contra **pero...** **entendé**, yo en su **situación** **ya no** asumiría eso, **tampoco puedo** decir, ¿no? **porque si quisiera como quiero** a mi esposa y ella **tuviera** un hijo **así**, yo **creo...** **entonces** yo voy, **no voy a** juzgarlo, **pero ahora**, eso **ahí medio** que **desapareció**, **pero ahora** mi propensión es, **bueno**, “si **querés** quedarte con ella **entonces** ayudala de la **mejor manera posible**, abríle los ojos”. ella **no puede así...**

sí, me **preocupo**, me **preocupo**. me **preocupo así** con la unidad **familiar**, ¿no? yo **creo** que eso **ahí** es... y es **interesante** que de un tiempo a esta parte, el **chico** **no** habla, él **hasta** balbucea, **trata de** hablar y la, mi esposa, ella, es fonoaudióloga, ella **notó** lo **siguiente**, **no** es su **área** la voz, **lenguaje**, **pero tiene formación mínima**. mi **dios santo**, **si** jussara, que es esa novia de mi **hermano**, **solo** lo llevara a **una** fonoaudióloga, la fonoaudióloga jugaría con el **chico**, ella jugando con él, “ah, eso es un **vaso**, esto **aquí** es **una**, un reloj”. él **ya consiguió** hablar **más** de **media** docena de **palabras** de **una** vez. y ella dijo “ah, vos **tenés que** jugar con tu hijo”, jugando, de que **adelanta**, “que es lo que la fonoaudióloga **va a** hacer con tu hijo, **andá**, **andá a** jugar con él. ¿por que **no** hacés eso?” **entonces** es difícil. y mi madre **ahí ya**, **por eso tengo una crítica grande** con ella en **relación** a eso, ella **ya da unas explicaciones** **medio** inadecuadas, ¿no? él **estaba** **tratando de dibujar** algo en un papel, **ahí** ella dijo “ah, dale un lápiz, ah, **porque** eso **va a** ayudarlo **para** desarrollo”, “mamá, él **no tiene ni presión** en el **pulgar**, **no tiene ni** el movimiento de pinza. ¿**querés** darle un lápiz **para** que se lo **dé** en el ojo?” **ahí** yo **empecé**, **ahí** le dije “parece que **no sabés nada** de, **nunca aprendiste nada** de

desarrollo infantil”, por el amor de dios, ¿no? entonces, quiere decir, entonces hay una crítica, quiere decir ella a veces está como que fuera de la realidad y eso joroba creo que mi hermano en relación a esa chica, ¿no? en vez de hacer com que él la ayude para la, para el problema allí, del chico mejorar y adelantar, no...

no, ella reconoce pero a veces ella hace una intervenciones intempestivas así, ¿no? ella quiere mucho al chico, ella, ella es una persona extremadamente afectuosa, ¿no? ¡creo que eso la joroba! al contrario mío. por eso a veces, yo medio que aflojo, por trabajar con mi padre, a veces yo hablo más con él que con ella. ella medio que extraña. pero ella es extremadamente afectuosa y mi padre extremadamente “cerebral”, solo que en el extremo opuesto. sí, porque es cuando surgen los problemas afectivos él medio que tiene actitud de negación. creo que estoy más para el medio que para el, estoy más para él, pero no tanto, ¿no?, entonces.

me ayudó a ver las cosas más claro.

para mí fue normal. al principio me parecía un poco raro, ah, asumí una nueva casa, departamento, asumí... tarda, tarda unos 6 meses para adaptarme, después ya estaba, pero no para adaptarme por estar lejos. yo no estoy lejos de ellos. sí... por hasta por coincidencia, yo no sé, fue el departamento con el mejor precio, costo-beneficio que encontramos, coincidentemente, teníamos apuro, ¿no? “¡mirá, tenemos que conseguir un departamento que quede listo un poco antes del casamiento!” entonces fuimos a todas partes por ahí y encontramos ese ahí; fuimos a ver el precio, “ah, está bueno, sin problemas, no nos va a apretar en nada”. y coincidentemente es bien en el medio, queda exactamente a medio camino entre la casa de mis padres y la casa de mi suegro. entonces es eso, viéndonos a cada rato, ¿no?, no hay problema. entonces así, separación física, no tuve ningún problema, fue más el hecho de asumir una vida nueva, sí, la casa, esas cosas que yo no estaba acostumbrado, ¿no? pero, yo no sé si ahora estoy más crítico en relación a eso por estar lejos de ellos, sin, cuando parás de convivir con la persona, te inclinás a ver los problemas a veces de una manera más, como una persona de afuera y no como quien está adentro mismo. pero yo no siento mucho esa diferencia, no.

sí, de haber salido. de buscar, de tener, vamos a decir, “ahora estoy viendo mejor sus problemas que antes”, no, ¡creo que no cambió mucho!

sí, ya veía antes, ya veía. sí, claro, ahora mi nivel de, es interesante que mi nivel de intervención en la familia es hasta más considerado que antes, creo que a lo mejor por, como no estoy nunca así, todos los días, ¿no?, entonces cuando llego y digo algo, ya se quedan pensando, ¿no? como si fuera una persona de afuera hablando más llegada a la familia, ¿no? claro, yo soy de la familia, ¿no? ¿entendés, no?

si como si fuera una persona, un amigo, “mirá, estás haciendo eso, estás haciendo aquello, no creo...”, entonces mi opinión ahora está con más importancia, ¿no?, de la que tenía antes. pero en esa época mi hermano estaba mal...

C-6) Seqüências Narrativas; Estudo da Rede de Palavras, das Cenas, das Erogeneidades e das Defesas de Fragmentos do Discurso do Paciente Júlio

1-a) Fragmentos do discurso relacionados com a sonolência

“Acho que foi...no último ano do mestrado...foram os piores anos...que eu tive o problema de sonolência. Se bem que eu dormia pouco naquela época, mas mesmo assim eu tinha muita sonolência. E de um ano para cá, eu tenho estado muito bem assim, né...eu usei...mais ou menos uns 6 meses, Nortriptilina, Pamelor,

Bamifilina...antes de dormir...agora, claro, nas fases que piora minha rinite alérgica, que eu tenho muita atopia, aí eu ronco, a minha esposa reclama, aí me dá uma certa...eu tô com uma crise de rinite, tô com corticóide...e não tô tendo problema nenhum...”

Refere que tem dormido menos devido à tese de mestrado, mas mesmo assim tem se sentido bem, embora o ideal seria dormir de 7 a 8 horas. (Convém ressaltar que há informações de colegas seus que afirmam o contrário, que está sempre sonolento).

Na época em que procurou tratamento e se sentia muito mal, dormia uma 5 a 6 horas por dia, “mas o meu sono era agitado. Chegava a bater na minha cômputador...Eu tinha uma, uma agitação assim, ó, não sei se era psicomotora ou, só que eu não percebia, né. Eu acordava às vezes todo suado, tinha bastante sudorese durante a noite, acho que era, era por apnéia mas eu fiz a polissonografia...não constatou apnéia, foi constatado hipopnéia, vários sintomas de hipopnéia, inclusive até com arritmia supraventricular, bah, eu me assustei...’Tenho que fazer alguma coisa’...Aí eu fiz 6 meses de tratamento, melhorei...não senti mais nada”.

Diz que a agitação à noite é eventual e que ocorre quando deita tarde e teve um dia agitado de trabalho, não conseguindo entrar em sono profundo. Considera-a uma ansiedade inespecífica, resultado de sua atividade, de quando corre ou nada à noite, ou da privação de horas de sono. Se há agitação, no dia seguinte fica sonolento.

Refere que no segundo e terceiro ano da residência até o primeiro ano do mestrado, teve muitos problemas de sono, inclusive roncava bastante, agredia a esposa dormindo, agitado e que agora, mesmo com mais atividades, sente-se bem. Não consegue determinar o que o estaria afetando na época. Fala do casamento, considera que talvez fosse pelo excesso de trabalho do mestrado, embora já tivesse passado por situações de sobrecarga, sem sintomas. Ao aventar a possibilidade de alguma destas circunstâncias o perturbarem, logo a minimiza, mostrando como está tudo bem.

Na infância e adolescência não tinha problemas do sono. Ao mencionar isto, logo passa a descrever perturbações que seu irmão sofria: sonambulismo, enurese noturna, uso de drogas, bem como sintomas e diagnósticos psiquiátricos, do irmão e de outros membros da família, por parte de pai.

1-b) Fragmentos do discurso relacionados com o trabalho e estudo

“...eu me lembro que no secundário, eu dormia 5, 6 horas por dia. Aquele negócio de vestibular, eu também gostava de fazer exercício físico, aí, tinha que ajustar os meus horários ...O segundo e terceiro ano da residência até o primeiro ano de mestrado é, na verdade foi nesses três anos que, que eu tive bastante problemas. E eu até acho que hoje a minha vida é muito mais agitada do que naquela época...na época do vestibular, secundário, aula de manhã e de tarde, estudando de noite...eu não tinha isso” (referia-se à sonolência).

“Eu era muito egocêntrico, só olhava para o meu próprio nariz. Ah, estudar, tinha que estudar, pegava os livrinhos e estudava. Ou às vezes ficava no computador quando começou a época do computador, que eu só ficava no computador.”

O paciente é pneumologista como o pai, com quem trabalha. Seu ramo é mais de doenças obstrutivas, como asma e DBPOC.

Refere que não gostava, quando mais jovem, de participar de atividades sociais e familiares rotineiras. Dizia para o pai: “ ‘eu não vou te ajudar a pregar um prego, eu não gosto de fazer isso’, ou, sei lá. Às vezes eu ajudava ele, pedia tanto, de tanto pedir, de tanto encher o saco, eu ajudava...eu gostava de ficar a maior parte das vezes no meu canto, fazendo as minhas coisas, e quando dava vontade, saía, né...porque

quando eu quero fazer uma coisa é aquilo que eu quero fazer e pronto...Acho que me considero agora, que todo mundo tem que ser um pouquinho egocêntrico, senão tu, como é que vai terminar uma faculdade se tu não diz assim pras pessoas: 'olha, agora eu não quero ir pra festa, agora eu não quero ir pra, quero ficar aqui estudando, tenho minhas obrigações'...Pensar a longo prazo, ver a vantagem e a desvantagem. Se eu deixar de fazer isso agora, depois eu vou me dar mal (risos) ali adiante. Então, tem que fazer, tem que fazer, né...eu gostava sempre de ir ao cinema quando ia, no sábado. Domingo não. Não, não, domingo já amanhã é segunda, tem que organizar as minhas coisas...agora eu tô mais maleável nesse sentido...Às vezes eu fico meio contrariado. Mas é raro. Hoje em dia é raro. Na maior parte das vezes, ah, agora, depois que eu faço, que eu pratico uma atividade de lazer, eu me sinto muito bem assim. Eu chego em casa até mais disposto. O meu problema maior é o seguinte, acho que existe o dia devia ter mais de 24 horas (risos)! Pra dar tempo de trabalhar, descansar, se divertir, mas a gente sabe que não tem, então tu tem que ver a prioridade..."

A prioridade ..."é terminar a minha tese, e o resto é...Claro, tem que levar as coisas do meu casamento, da convivência social. A gente tem agora mais amigos, tem muito mais amigos do que tinha antigamente, né. Então, isso também não dá pra largar, né. E eu falando pra eles, eles até entendem. Mas agora assim ó, eu procuro muito mais aproveitar melhor o meu tempo do que antes. Antes eu ficava estudando uma coisa e ficava horas e horas em cima daquilo e ia, e perdia a noção do tempo. Hoje não...tanto tempo eu tenho, é eu tenho aproveitado esse tempo e pronto. Depois que passou, eu vou fazer outra coisa (risos)...eu estabeleci limites, porque senão não dá, né, fica difícil...Porque em casa é que eu tenho vontade de fazer um trabalho cerebral mesmo...Tem essa hora, dessa hora até essa, eu tenho que fazer só isso e pronto, e ninguém mais me interrompe...não conheço nenhuma pessoa que faça algo bem feito...pouquinho aqui, pouquinho ali...Claro, tem vezes que eu também passo dos limites...eu acho que é fundamental o trabalho, pra ocupar a mente, não ficar pensando besteira. Ou então, a pessoa começa a se desligar um pouco da realidade, né, isso não é bom".

Atualmente tem procurado deixar um espaço em suas atividades para divertir-se e atender às solicitações da esposa e dos amigos para atividades sociais prazerosas.

1-c) Fragmentos do discurso referentes ao relacionamento familiar

A família de origem: "...acho que o meu pior stress mesmo foi na época que eu tava na casa do meu pai e da minha mãe. No último ano que eu passei lá, que eles estavam fazendo uma reforma, aí já não tinha muito lugar pras minhas coisas, já tava, aquele período de transição...de maior transição da tua vida". Com os problemas do irmão, "eu me incomodava mais ...com a preocupação dos meus pais, do que propriamente da minha...ou do que dele...". Atualmente, considera que a situação familiar "tá muito mais tranqüila do que há anos atrás, né" e que, por não morar mais com eles, "meu nível de intervenção na família é até mais considerado do que antes". "Me preocupo assim com a unidade familiar, né". Também fica satisfeito com o relacionamento atual dos dois irmãos: "...agora eles são 'unha e carne', como se diz, os dois tão na mesma faculdade, tão fazendo Direito. Então agora eles tão numa fase de convívio bem bom, né, mas...".

O pai: em relação à doença do irmão do paciente, "ficava estressado...negava muito isso aí, negava, mesmo sendo médico, pela formação que ele tem, ele negava...quem comandou essa parte médica não foi meu pai, fui eu mesmo,

né...eles que não viram”. Refere que o pai era omisso em relação à doença do irmão, preferindo criticá-lo como irresponsável. Isto despertava raiva no paciente, que chamava a atenção do pai para que tivesse uma atitude mais madura, dizendo-lhe que estava errado. Este o escutava às vezes, outras fazia que não ouvia ou, se reconhecia, não mudava de comportamento. Relaciona melhoras do irmão com a atitude mais calma e de aceitação, pelo pai, de sua doença. Sobre o relacionamento de ambos: “...eu e meu pai, sempre foi ótima relação. É, inclusive assim ó, nossa relação às vezes até alguém pode olhar assim, parece tanto de pai pra filho, não carinho, essas coisas, a gente troca, se beija em público, se abraça. Não, mas assim, às vezes, a autocrítica que eu tenho em relação à, a autocrítica e a crítica que eu tenho em relação a ele, ele tem em relação a mim. A gente sabe lidar bem com essa, essa situação. Às vezes eu vou falar alguma coisa pra ele aí uma certa altura ele fica pensando, principalmente no hospital, ‘não, mas eu acho que tu tem razão’ e tal...Então, a minha relação com ele é bem madura, assim, é bem...”. Falando do relacionamento profissional com o pai, pois trabalham juntos: “...acho que nesse sentido a gente se dá bem, se entende bem. Porque a minha cabeça e a dele é parecida, a diferença é que eu, não sei se é porque eu sou mais novo ou a minha educação já foi diferente (risos), eu tento ver a coisa sempre dum, dum perspectiva mais ampla, né, e não...E quando eu vejo que é um problema relacionado a mim, eu tento assim isolar o, isolar o meu problema e tentar enxergar de fora as coisas pra ter uma análise melhor. A gente sabe que nunca é, sempre é bom às vezes alguém de fora (risos) fazer isso, mas eu tento fazer isso sozinho pra, até pra, pra me policiar e tentar, claro, evoluir alguma coisa, né.” Quando jovem, “Meu pai às vezes pedia pra eu ajudar pra fazer algumas coisas e eu não ia...o meu pai sempre procurou algum ‘furúnculo pra meter o dedo’, ‘ah, porque tu nunca participa das coisas da família’, ‘tu é muito egocêntrico’. Aí eu falei pra ele: ‘eu te dou trabalho? Bom, não dá trabalho, então não reclama’”. Como o paciente não participava muito de reuniões familiares e saía pouco, “...eu notava que ele tinha uma ansiedade muito grande”. Diz que o pai lhe oferecia dinheiro para sair e ele não aceitava, deixando o pai indignado. “Aí, uma vez, eu meio que, aí ele parece que caiu o chão dele, daí eu falei, ‘olha, pai, muitas vezes tu é mais inseguro do que eu’, porque quando eu quero fazer uma coisa é aquilo que eu quero fazer e pronto, não tem, não tem assim é, pra pessoa me dizer que é melhor ou, ‘é melhor que tu faça isso do que aquilo’ ela tem que me dar as razões dela”. Mas se os argumentos do pai o convenciam, ele aceitava e fazia o que lhe pedia. Considera o pai realizado profissionalmente. “...ele acha que tem que fazer muito mais coisas que ele fez, que ainda fez pouco, ele tá sempre pensando em fazer e fazer”. Diz que o irmão o acusava de ser “muito certinho” perante o pai, mas que lhe mostrou não ser assim: “...o pai sempre me xingando...’porque isso é o certo, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo’...ele ‘pega no meu pé’”. Compara-se com o pai, que “é extremamente cerebral”, mas “...quando surge os problemas afetivos ele meio que tem atitude de negação” e com a mãe, “...acho que eu tô mais pro meio que pro, tô até mais pra ele, mas não tanto, né”. Ao casar, “coincidentemente”, comprou um apartamento “...bem no meio, fica exatamente a meio caminho entre a casa do meu pai e casa do meu sogro. Então é isso, toda hora se vendo, né, não tem problema. Então assim, separação física, não tive problema nenhum...”.

A mãe: em relação à doença do irmão do paciente, diz que a mãe ficava ainda mais estressada que o pai, “...ela chorava muito...”, mas que “segurava a barra...as pontas...”. Por outro lado, critica-a por ceder à “chantagem emocional” do irmão, por julgá-lo “muito coitadinho, coitado, porque é doente”, o que, em sua opinião (“não digo que a culpa é dela, não, nada a ver...”), retardou a sua melhora. Acha sua relação com a mãe um pouco difícil, por considerá-la imatura, impulsiva, com opiniões que não se baseiam na realidade, teimosa, “...ela não tem a mesma estrutura de pensamento como

eu”, ou seja, não é tão “racional”. Em contrapartida, em outros momentos a considera “uma pessoa formidável”, receptiva, ouvinte, extremamente afetiva. Acha que a mãe piorou em seus aspectos negativos depois da aposentadoria e que ela, apesar de ter estudado e trabalhado, não teve a mesma realização profissional do pai. Pensou em fazer outra faculdade, mas não se decidiu. Tenta ajudá-la insistindo para que realize algum trabalho em vez de dedicar-se a atividades fúteis. “...se eu tava mais antes mais em cima do meu irmão tentando ajudar ele, agora, tô mais a minha mãe”. Diz que a instabilidade e insegurança da mãe devem ter se transmitido para o irmão, mas que não o afetou, porque é “muito cauteloso”, “tenho que primeiro analisar a situação”. Critica com veemência algumas atitudes da mãe, “ ‘parece que tu não sabe nada de, nunca aprendeu nada de desenvolvimento infantil’...dá umas intervenções meio intempestivas...tá às vezes como fora da realidade”. Acha que este aspecto também “atrapalha” o irmão caçula, por ela não orientá-lo adequadamente em relação à namorada. A mãe costuma reclamar que Júlio não lhe liga, não lhe dá atenção. Ele concorda que às vezes “relaxa”, que conversa mais com o pai do que com ela.

O irmão “do meio”: o paciente refere que este irmão, no momento da entrevista com 24 anos, tinha problemas de sono, parassonias, com episódios de sonambulismo, enurese noturna, distúrbios psiquiátricos, uso de drogas, com início em torno dos 13 anos e melhora há 2 anos. “...desde pequeno nunca foi assim completamente normal...era uma criança agitada”. Embora admita que isso lhe tenha sido difícil, logo considera que foi pior para o irmão mais moço, por estar numa fase mais suscetível de seu desenvolvimento, enquanto ele estava já “com a cabeça mais ou menos formada”. Tinha sentimentos de raiva pelo transtorno que isto provocava nos pais (“...no início, me deu uma raiva, assim, bem grande”), mas procurava “sempre racionalizar...ele tem problema...depois, eu comecei a enxergar o problema do ponto de vista mais, até médico...do que familiar”. Entre a negação do pai e a fragilidade da mãe, procurou ajudar o irmão, fez com que aceitassem um psiquiatra de sua escolha, com “uma atuação neurobiológica...eu me identifiquei bastante com isso”. Atualmente, “com o meu irmão, eu tô até convivendo melhor, né, que ele tá mais equilibrado, tá conseguindo...Até tem uma conversa de mesmo nível, então...”. Antes, “não conversava nada, ficava sempre quieto...agora, quer recuperar o tempo perdido...eu digo assim pra ele, ‘vai com calma’...eu ficava em cima dele...ele queria sempre achar razão para o problema dele...”. Refere que mostrava ao irmão que o pai “pega no meu pé” também, para que não lhe atribuísse a culpa por suas dificuldades, fazendo o papel de prejudicado, enquanto o paciente seria “certinho”.

O irmão caçula: além de considerá-lo mais prejudicado pela doença do outro irmão, por ser mais jovem, o paciente também tenta alertá-lo para possíveis problemas com a namorada, que tem um filho com paralisia cerebral. Júlio a critica, da mesma forma que faz em relação à mãe e procura prevenir o irmão sobre o que “terá que assumir” se casar com ela. “Então eu vou, não vou julgar ele, né, de jeito nenhum. Mas o que eu, antes eu até tinha uma propensão de julgar ele, mas agora a minha propensão é, bom, ‘se tu quer ficar com ela, então ajuda ela da melhor forma possível, abre os olhos dela’...se tem muito amor pra dar, ótimo, não tenho nada contra, mas...”. Por outro lado, manifesta um jogo de identificações, ao aconselhar o irmão a ter uma atitude semelhante à que costuma ter (ajudar, aconselhar) e ao comparar-se se estivesse numa situação parecida (“...eu na situação dele já não assumiria isso, também não posso dizer, né. Porque se eu gostasse como gosto da minha esposa e ela tivesse um filho assim, eu acho.(risos)...”).

A esposa: a primeira referência que faz em relação à esposa é de como a agredia dormindo, ao ficar agitado durante a noite. Após o tratamento de seis

meses com drogas, seu ronco, antes intenso, tornou-se eventual, “já não bato mais nela, ela já não reclama tanto...Eu me sinto melhor e ela também se sente melhor (risos)”. Seu período de maior sonolência foi após o casamento, embora Júlio não a relacione com isto: “...É, eu tava casando, mas o meu casamento foi tranquilo, foi uma coisa assim, bem escolhida, bem fundamentada. Eu tinha um cantinho mais ou menos pra, pra morar, já destinado e preparado, né. Eu acho assim que não foi uma correria...Ah, mudou acho que pra melhor, né, mas no sentido assim, não, não mudou...Financeiro assim, ó, sem nenhum stress...”. Diz ser muito crítico em relação a ela, no sentido de não aceitar desculpas para não fazer as coisas, não progredir. Procura incentivá-la e considera-se responsável pelo seu desenvolvimento. “E eu dando força pra ela, ‘ó, vale a pena, vale a pena’...’claro que assume, vai’. E eu digo pra ela ó, tem as vantagens, as desvantagens. ...agora ela tá mais caminhando com os pés dela, agora eu já larguei ela (risos)! Mas no início, eu tive que dar uma ...força. ...É, eu procuro analisar o problema, ver qual é a melhor saída e digo ‘olha, acho que...’ Mas nunca forço nada, né”. Acha que se tornou mais receptivo a críticas, principalmente depois que casou: “...eu mudei bastante em relação a isso, né (risos). ...Ela também tem uma análise, ela também gosta de sempre tá analisando e procurando o melhor caminho das coisas, né, então...”. Sua prioridade é terminar sua tese, mas “...Claro, tem que levar as coisas do meu casamento, da convivência social”. Diz ter aumentado seu número de amizades, que procura preservá-las, estabelecer limites em seus estudos para poder dedicar-se também à esposa, às coisas de sua casa e que aproveita melhor seu tempo de estudo. Entretanto, às vezes a considera inoportuna, precisando colocar limites em sua demanda de atenção, para dedicar-se a seus estudos. “Esse tipo de respeito eu gosto. E acho que todo mundo tem que ter, né”. Como ela também passou a ter mais atividades, conseguem entrar em acordo. Acha que se dão bem. Em relação às mudanças após o casamento, “...Pra mim foi normal. No início eu estranhava um pouco, ah, assumi uma nova casa, apartamento, assumi...Demora, demora uns seis meses pra me adaptar...a gente tinha pressa, né...não tive problema nenhum (quanto à separação em relação aos pais, pois foram morar perto), foi mais o fato de assumir (risos) uma vida nova, é, casa, essas coisas eu não tava acostumado, né”.

2) Síntese dos diversos fragmentos, de acordo com os temas

2-a) Sonolência

Restringe sua sonolência a um período de cerca de dois ou três anos. Tinha também ronco, agitação à noite, sudorese, debatendo-se e agredindo a esposa, dormindo. Não sabe a que atribuir, exatamente, mas talvez à privação de horas de sono e certas atividades, embora em outros momentos de sua vida isso não ocorresse. Após um tratamento com drogas de seis meses, considera-se bem, ainda que informações objetivas não confirmem isto. Tende a minimizar os sintomas ou desviar o relato para problemas de outras pessoas.

2-b) Estudo, trabalho

Sempre deu prioridade ao estudo, ao trabalho, em detrimento de outras atividades, mantendo pouca participação social. É organizado e determinado em seus interesses.

2-c) Relacionamento familiar

Considera-se moderador e protetor da família. Preocupa-se com o que considera errado e interfere aconselhando e buscando soluções para os problemas. Manifesta uma competição amistosa e de admiração em relação ao pai e tendência a desvalorizar e menosprezar as mulheres da família, como a mãe, a cunhada e, em parte, a esposa. É crítico e tende a argumentar referindo-se a problemas alheios, minimizando os seus.

3) Ordenação dos relatos de acordo com os temas

3-a) Sonolência

Diz que na infância e juventude dormia bem.

Restringe seus problemas de sono a uma duração de cerca de dois ou três anos: ronco, sonolência excessiva, agitação à noite, sudorese, agressão à esposa (dormindo). Não sabe a quem atribuir estas perturbações, associa (no relato) a período de mudanças em sua vida e acaba relacionando com privação de sono ou determinadas atividades, mais estimulantes.

Buscou tratamento ao assustar-se por possíveis conseqüências físicas (arritmias), por sentir-se mal e agredir a esposa dormindo.

Refere que após seis meses de tratamento com alguns medicamentos, ficou bem, apesar de comentários objetivos afirmarem que continua sonolento.

Tende a minimizar seus sintomas, a descrever e preocupar-se com sintomas alheios.

3-b) Estudo, trabalho

O paciente relata que foi sempre muito dedicado aos estudos e ao trabalho, preferindo dedicar-se a estes que ao relacionamento social. Diz ser “cerebral”, “racional”, “cauteloso”, procurando sempre analisar as situações antes de tomar atitudes, ver “as vantagens e desvantagens”. Considera-se dedicado, organizado, obstinado, crítico. Quando mais moço, fazia apenas o que queria (“egocêntrico”, “ficava no meu canto”), permanecendo, ao estudar alguma coisa, “horas e horas em cima daquilo”, até perder a noção do tempo, tendo-se tornado “mais maleável”, após o casamento, pois “já estabeleci limites”.

Também relata que na atualidade deu mais espaço a aspectos em que procura divertir-se, embora estes mantenham-se subordinados às prioridades do estudo e trabalho.

3-c) Relacionamento familiar

É muito preocupado com o bem-estar e unidade da família. Mantém uma atitude de crítica, avaliação de problemas e aconselhamento com todos os seus membros. Procura manter-se a uma distância não emotiva, visando promover o progresso e resolver as dificuldades. Considera-se influente. Fala mais das perturbações alheias do que das próprias, procurando minimizá-las quando lhe dizem respeito.

Trabalha com o pai. Tem com ele uma atitude amistosa e competitiva, procurando convencê-lo, através de argumentos racionais, de que tem razão. Vê o pai como alguém sempre disposto a criticá-lo, pegando “no meu pé”, procurando “um

furúnculo para meter o dedo”, do qual se protege sendo “egocêntrico” e teimoso, ou “racional”. Identifica-se com o pai nos aspectos racionais (“minha cabeça e a dele são parecidas”), mas considera-se superior a ele, por não negar os afetos, por ter “uma perspectiva mais ampla”, por ser mais seguro.

Nas referências que faz às mulheres da família, como a mãe, a cunhada e a esposa, tende a vê-las como “pouco racionais”, fracas, com atitudes fora da realidade (como a mãe e a cunhada), ou frágeis e inseguras (como a mãe e a esposa), necessitando de seu apoio, orientação e proteção. Também reconhece nelas, como algo positivo, o aspecto afetivo, com o qual também se sente identificado e, em sua esposa, o lado racional e crítico, bem como a facilitação de seu relacionamento social. Coloca “limites” às solicitações de atenção da esposa, que o impedem de mergulhar nos estudos (“...eu ficava estudando uma coisa e ficava horas e horas em cima daquilo e ia, e perdia a noção do tempo.”).

Quanto aos irmãos, manifesta-se mais a atitude de aconselhamento e proteção, sobretudo em relação ao irmão “do meio”. Resolve sua ambivalência (“vou usar um termo inadequado, eu ficava mesmo com, com raiva, assim”, “...no início, me deu uma raiva, assim, bem grande, né, mas depois, eu comecei a enxergar o problema do ponto de vista mais, até médico...do que familiar”, “...eu tô até convivendo melhor, né, que ele tá mais equilibrado, tá conseguindo...Até tem uma conversa de mesmo nível, então...”), através de uma postura racional (“...vamos ter uma atitude madura, né”, “...que que eu posso fazer pra ajudar ele?”). Diz que os problemas do irmão não o perturbaram tanto quanto ao irmão menor, porque “...eu já tava com a cabeça mais ou menos formada”. Tenta prevenir o irmão mais moço do que terá que assumir se continuar com a namorada, que tem um filho de outro homem, com problemas. Ao mesmo tempo se questiona se faria o mesmo, concluindo que, “...se eu gostasse como gosto da minha esposa e ela tivesse um filho assim, eu acho...”, ou “...não vou julgar ele..”.

4) Ordenação das seqüências narrativas

4-a) Ordenação das seqüências narrativas relativas à sonolência (novo relato organizado a partir dos itens anteriores)

4-a-1) Seqüências narrativas referentes à sonolência com manifestações da libido intrasomática

Estado inicial: o paciente refere-se a um estado, no passado, em que se sentia disposto e livre de tensões.

Despertar do desejo: o desejo que manifesta, interferindo em seu estado orgânico, não é claramente um desejo de ganhos, aparecendo mais como um desejo ambicioso, de sobressair-se intelectualmente, estudando muito e superando obstáculos (a prioridade é o mestrado). Esta postura também se relaciona com a necessidade de colocar em outros personagens os problemas que busca resolver (sobreadaptação), propondo-se então a “curá-los”. Diz que, no passado, suas atividades, mesmo quando intensas, não o prejudicavam em relação ao sono.

Tentativa de consumir o desejo: entretanto, uma das formas com que espera realizar seu desejo, no presente, é através da privação do sono, da atividade intensa, tanto física (exercícios) quanto profissional, menosprezando os limites de seu organismo. Utiliza medicamentos para restabelecer o estado inicial.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: agitação motora (agredia a esposa dormindo), alterações do sono (sudorese, arritmias) e sonolência

diurna, coincidindo com o início de seu casamento e com o mestrado, no passado, e no presente, quando faz exercícios físicos à noite ou se priva de horas de sono.

Estado final: relata estar se sentindo bem, embora observações objetivas de outros o considerem muito sonolento.

4-a-2) Seqüências narrativas relacionadas com a sonolência com manifestações de A1 e LI

Nas reclamações da esposa pelo ronco, quando o paciente está pior de sua rinite alérgica, reúnem-se manifestações da erogeneidade anal primária e da libido intra-somática. Outra referência a estas duas erogeneidades aparece na atividade motora (“quando corro e nado ...à noite”), interferindo na pulsão de dormir.

4-a-1-1) até 4-a-2-11) Os fragmentos abaixo exemplificam, de forma redundante, as características do relato acima. Após cada um, é feita uma análise interativa das palavras correspondentes, bem como elementos pertencentes à cena descrita, para verificar em que medida se manifestam as erogeneidades. Os fragmentos são numerados de forma contínua de 1 a 11, para facilitar posterior identificação.

4-a-1-1) Fragmento relativo ao estado inicial – sonolência: **no** lo **conseguiría así, claro**, yo **tenía** cierta falta, **pero así mirá**, yo me **acuerdo** que en la secundaria, **dormía** 5, 6 horas por día. aquello año del **ingreso** a la **universidad**, **también** me **gustaba** hacer **ejercicios físicos**, **ahí**, **tenía que ajustar** mis horarios y yo **no tenía**, yo **no tenía tanta somnolencia**. **ahí después** que **entré** en la **facultad**, **también**, **tranquilo**.

1	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	32	3				15	7	7
	Calibradas 38,08	4,74				15,00	10,85	7,49
	%	12,45				39,39	28,49	19,67

Análise do fragmento 1 – o único personagem é o próprio paciente, no papel de sujeito. Pode-se considerar como ajudante um duplo anterior (“o que eu fui” – Maldavsky, La Investigación Psicoanalítica del Lenguaje, pg.181)), como espaço o intracorporal, como ação motora a descarga e regulação de tensões (exercício), como estado afetivo o bem-estar físico, a tranqüilidade, ausência de tensões.

Quanto às linguagens predominantes, são, considerando o estudo interativo das palavras, em ordem decrescente, A2, FU, FG, LI. Entretanto, pode-se pensar que, já naquele período, esses elementos caracterizassem uma sobreadaptação, estando, assim, submetidos a LI (pelo excesso – falta de sono), que predomina do ponto de vista lógico. Neste caso, a defesa principal, patógena, é a desestimação do afeto, ainda exitosa (em comparação com períodos posteriores), pois o paciente mantém a ilusão de onipotência.

4-a-1-2) Estado inicial – sonolência: **o si tenía también, pero no tenía somnolencia, hasta podía roncar**, que yo **dormía solo, pero también no tenía como saber, ¿no? pero somnolencia** que es un **efecto** colateral yo **no tenía. nada, nada. bien tranquilo y hasta creo** que **dormía hasta demasiado bien. creo** que es eso **ahí. no, no. no, creo** que lo **normal** de la adolescencia, del **chico** que **está** en fase de **crecimiento, pero siempre conseguí** despertarme sin **problemas, ir a la escuela, estudiar**, volvía. **no sentía, no solía sentir sueño durante** el día.

2	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	59	7		6		29	11	6
	Calibradas 76,13	11,06		12,60		29,00	17,05	6,42
	%	14,53		16,55		38,03	22,40	8,43

Análise do fragmento 2: as considerações a respeito deste fragmento são semelhantes ao anterior, no que diz respeito à cena.

A análise interativa das palavras mostra uma maior distribuição em relação às erogeneidades. Se for considerado que as manifestações de bem-estar físico, atribuídos pelo dicionário a O2, devem ser vistos como elementos de LI, os mesmos comentários do fragmento 1 relativos à defesa principal também são válidos, ou seja, predomina uma desestimação do afeto patógena, exitosa.

4-a-1-3) Despertar do desejo – sonolência: **si duermo después** de **media** noche, **después** de un día de **trabajo, así, intenso**, a veces, yo, yo, mi **sueño** es, yo **no consigo entrar, creo** que, en **sueño profundo, ? no?**

3	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	15	4				4	5	2
	Calibradas 20,21	6,32				4,00	7,75	2,14
	%	31,27				19,79	38,35	10,59

Análise do fragmento 3: permanecem as mesmas considerações quanto à análise da cena.

Quanto à análise das palavras, verifica-se uma predominância de LI e FU. Neste caso, o desejo ambicioso de superação no trabalho (FU), fica subordinado a LI. Pode-se pensar na desestimação do afeto como defesa patógena, não exitosa, pois não leva a um estado de bem-estar, quebrando-se a ilusão de onipotência.

4-a-1-4) Manifestações vinculadas ao aspecto sobreadaptado da libido intra-somática – Despertar do desejo - sonolência: quien **tiene mucho problema** de **sueño, tenía**, por lo **menos**, era mi **hermano**. él **incluso tenía hasta unas** parasonias, él se **despertaba**, a veces **tuvo episodios** de **sonambulismo**. en **una época quedó** con **enuresis** nocturna **también**. él se **trata** con **psiquiatra**, él **tiene, tiene, mirá** el **diagnóstico** es, es difícil. **una psiquiatra clasificó**, él **tiene trastorno** narcisístico de personalidad, **trastorno** de **ansiedad** y algo **más...** **como** en cierta **época** él **usó drogas** de **uso no médico**, **¿no?**, **ahí** él **tuvo paranoia**,

4	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	56	10	3	6	1	25	5	6
	Calibradas 77,53	15,80	8,46	12,60	1,50	25,00	7,75	6,42
	%	20,38	10,91	16,25	1,93	32,25	10,00	8,28

Análise do fragmento 4: na análise da cena, o irmão do paciente atua como duplo idêntico, que sofre de padecimentos orgânicos (no passado), tem como ajudante o psiquiatra, o espaço é o intracorporal, a ação motora é de descarga (sonambulismo) ou intrusão orgânica (drogas).

Na análise das palavras, LI e A2 são prevalentes. A defesa predominante é a desestimação do afeto (estado tóxico), porém atribuído a outro. O paciente atua como narrador (A2), podendo-se considerar a defesa como funcional. No relato, também observa-se a presença de FU, ao referir-se à enurese do irmão.

4-a-1-5) Tentativas de consumir o desejo - sonolência: **no**, la **usé** cierto tiempo, **más o menos** unos 6 meses, nortriptilina, pamelor, bamifilina, **bueno**, eso. **antes** de **dormir**.

5	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	9	4				3	2	
	Calibradas 12,42	6,32				3,00	3,10	
	%	50,89				24,15	24,96	

Análise do fragmento 5: o personagem é o próprio paciente (no passado), o espaço é o intracorporal, o ideal é a busca do bem-estar físico, tendo como ajudantes os medicamentos e a ação motora é a intrusão orgânica.

Na análise das palavras, há uma predominância estatística de LI, tendo-se então como defesa a desestimação do afeto, patógena e fracassada, se for considerada a prevalência da necessidade das drogas, mas exitosa se for levado em conta o tom de relato (A2, FU), como algo acontecido no passado e já superado.

4-a-1-6) Tentativa de consumir o desejo – sonolência: **corro** y **nado** en días por **medio**, **entonces cuando corro** a la noche, mi **sueño es más** difícil, **creo** que **quedo** en **actividad** de **alerta**, **así**, **más grande** y **ahí**, **ahí** es **constante**. **si corrí después** de las 9 de la noche, me **da** un, sí, el **resultado** es **siempre constante**: ¡**agitación durante** la noche!

6	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	28	2		3	3	7	7	6
	Calibradas 38,23	3,16		6,30	4,50	7,00	10,85	6,42
	%	8,27		16,48	11,77	18,31	28,38	16,79

Análise do fragmento 6: o personagem é o paciente no lugar de sujeito, o espaço é o intracorporal, verifica-se um desejo ambicioso de superação, o estado afetivo é de agitação orgânica, a ação motora é de descarga e de regulação de tensões.

Na análise das palavras, ocorre uma distribuição de diferentes linguagens, com predomínio de FU, seguida por A2, FG e O2. Verifica-se a presença de elementos de A1, manifestados sobretudo na atividade motora (forma de descarga agressiva), causadora de agitação. Entretanto, o desejo ambicioso de superação e o predomínio de FU estão submetidos a LI, o que leva a pensar na desestimação do afeto, patógena e fracassada, ao não conseguir regular suas tensões.

4-a-1-7) Tentativa de consumir o desejo – sonolência; sí, **creo** que sería **más** por el

ejercicio o por la, por la...por la falta de horas, ¿**no**?

7	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	5	1				4		
	Calibradas 5,58	1,58				4,00		
	%	28,32				71,68		

Análise do fragmento 7: a cena traz os mesmos elementos da anterior.

A análise das palavras mostra um predomínio de A2. O pequeno número de palavras consideradas leva a que sejam examinadas apenas como elementos de um contexto maior, embora reafirmem os comentários anteriores quanto às defesas.

4-a-1-8) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo - sonolência: yo **creo** que **estaba durmiendo, estaba durmiendo, no, unas** 5 a 6 horas por día **pero** mi **sueño** era **muy agitado. llegaba** a pegarle a mi cónyuge, **durante, durante** el **sueño, tenía... voy a** desconectarlo. yo **tenía una, una, una agitación así, mirá, no sé si** era psicomotor o, **solo** que **no** me **daba cuenta, ¿no?** me **despertaba**, a veces, **todo sudado, tenía bastant e** sudoresis **durante** la noche: **creo** que era, era por apnea, **pero** yo hice la polisonografía **aquí**, fue en el 99 mismo, **no constató** apnea, fue **constatado** hipopnea, varios **síntomas** de hipopnea, **incluso hasta** com arritmia supraventricular, !uh!, me **asusté**, y, !uh!... “tengo que hacer algo”. aí hice 6 meses de **tratamiento**

8	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	54	17	1	6	1	20	3	6
	Calibradas 74,85	26,86	2,82	12,60	1,50	20,00	4,65	6,42
	%	35,89	3,77	16,83	2,00	26,72	6,21	8,58

Análise do fragmento 8: o paciente localiza-se no lugar de sujeito, aparecendo como objeto a esposa, que sofria pelos ataques dele durante o sono, e como ajudantes aparelhos de investigação ligados ao conhecimento técnico. O espaço predominante é o intracorporal, o estado afetivo, a angústia automática, a ação motora, a da descarga.

Na análise de palavras, predominam LI, em primeiro lugar, e A2, enquanto a defesa mais importante é a desmentida patógena fracassada. Aspectos agressivos (A1) são colocados fora do estado de consciência (batia na esposa dormindo).

4-a-1-9) Estado final – sonolência : sí, **porque ahora estoy muy bien.** !uh! me **siento muy bien.**

9	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	9			5		1	1	2
	Calibradas 15,19			10,50		1,00	1,55	2,14
	%			69,12		6,58	10,20	14,09

Análise do fragmento 9: o personagem é apenas o paciente, que refere-se a um estado orgânico de bem-estar, o espaço é intracorporal, com regulação de tensões.

Na análise das palavras, o dicionário atribuiu à O2 os sentimentos de bem-estar, mas por se referirem a um estado físico, podem ser considerados como LI. Neste caso, a defesa predominante é a desestimação do afeto, funcional.

4-a-1-10) Estado final – sonolência: esto. **después** yo **no, no**, yo **no tuve más, así, mayores problemas** con **sueño**. ando **pasando bien. ahora, claro**,

10	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	11	1		2		5		3
	Calibradas 13,99	1,58		4,20		5,00		3,21
	%	11,29		30,02		35,74		22,94

Análise do fragmento 10: em relação à cena aparecem os elementos da cena anterior. Os mesmos comentários do fragmento 9 são válidos.

4-a-2-11) Manifestações de A1 e LI- sonolência: en las fases que **empeora** mi **rinitis alérgica**, que **tengo mucha** atopía, **entonces ronco**, mi esposa **reclama**, y me **da hasta una** cierta...

11	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	13	5		3		3	1	1
	Calibradas 19,82	7,90		6,30		3,00	1,55	1,07
	%	39,86		31,79		15,14	7,82	5,40

Análise do fragmento 11: o paciente aparece como sujeito, a esposa como rival (que reclama de seu sofrimento), o espaço é intracorporal, o estado afetivo de sofrimento orgânico, a ação motora, o ronco.

A análise das palavras mostra uma predominância de LI, podendo-se pensar como defesa numa desestimação do afeto, patógena, pela intensidade e fracassada, por seu insucesso. Também existe a referência a estados de mau-estar físico. Assim, os valores de O2 nas palavras reforçam as manifestações de LI.

A tabulação da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos relativos à sonolência está resumida abaixo:

Fragmentos de 1 a 11	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	291	54	4	31	5	116	42	39
	Calibradas 392,03	85,32	11,28	65,10	7,50	116,00	65,10	41,73
	%	21,76	2,88	16,60	1,91	29,59	16,61	10,64

A análise das cenas e do resumo acima fazem pensar que, em relação à sonolência, predomina, do ponto de vista lógico, a linguagem da libido intra-somática, tendo como principal defesa a desestimação do afeto, estando as outras erogeneidades submetidas a ela. O paciente busca um estado de equilíbrio de tensões.

4-b) Ordenação das seqüências narrativas relacionadas com o trabalho e estudo (novo relato a partir dos itens 1-b e 3-b)

4-b-1) Seqüências narrativas referentes ao trabalho e estudo com manifestações da libido oral primária

Referências correspondentes à libido oral primária: “Ou às vezes eu ficava no computador quando começou a era do computador, que eu só ficava no computador...Porque em casa é que eu tenho vontade de fazer um trabalho cerebral mesmo...”.

4-b-2) Seqüências narrativas relacionadas ao trabalho e estudo com evidência de aspectos ligados à libido sádico-anal secundária:

Estado inicial: estabelecimento de prioridades, vantagens e desvantagens, ajustamento de horários, cumprimento de tarefas, dedicação, escolhas apropriadas.

Despertar do desejo: desejo incessante de dominar o conhecimento, para avançar na hierarquia institucional.

Tentativas de consumir o desejo: estudo sistemático, organizado e intenso, uso da racionalidade, priorização dos estudos em detrimento de lazer, descanso e atividades sociais. Cautela, teimosia (“...pra eu considerar uma opinião contrária, eu tenho que primeiro analisar a situação. Sou muito cauteloso, até demais...”).

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: reconhecimento institucional e familiar, alterações orgânicas (agitação, sonolência) e restrição nos contatos sociais.

Estado final: reconhecimento e obtenção de resultados satisfatórios no que se propôs, tranquilidade perante a família, preocupação e insistência quando não obtém tais resultados (“...se eu tava mais antes mais em cima do meu irmão tentando ajudar ele, agora, tô mais a minha mãe.”).

4-b-3) Seqüências narrativas em relação ao trabalho e estudo onde se apresentam situações vinculadas à libido fálico-uretral, misturadas com os contatos familiares, pois o paciente trabalha com o pai:

Estado inicial: situação de rotina estabelecida com rigor.

Despertar do desejo: desejo ambicioso de sucesso intelectual, profissional e de influência entre iguais (colegas, entre eles o pai).

Tentativa de consumir o desejo: competição manifestada no uso da racionalidade para vencer os rivais, principalmente o pai (“o pai sempre procurou um furúnculo para meter o dedo”, “é, porque isso é o certo, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo”). Vangloria-se por superá-lo: “...então quem comandou essa parte médica não foi o meu pai, fui eu mesmo, né. Eu meio que direcionei as coisas pra ...Eles não viram”.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: ocorre um desafio rotineiro, em que o paciente absorve-se completamente numa rotina estafante para alcançar seus objetivos, em detrimento de outros aspectos.

Estado final: controle e envolvimento para fazer prevalecer suas orientações perante a família, superando a figura paterna, frustração por não obter bons resultados em relação à mãe.

4-b-4) Seqüências narrativas relacionadas ao trabalho e estudo com manifestações da libido fálico-genital

Estas manifestações encontram-se misturadas com aspectos referentes à libido anal secundária e fálico-uretral: diz estar mais maleável, na atualidade, procurando atender a convites ou procurar divertir-se, mas sempre condicionado às atividades de trabalho e estudo.

4-b-1-12) a 4-b-3-22) Fragmentos do relato referentes ao trabalho e estudo que exemplificam, de forma redundante, as cenas acima descritas, seguidos de uma análise interativa das palavras correspondentes e de elementos condizentes com a cena, como manifestações das erogeneidades e defesas. Os fragmentos são numerados em continuação ao item 4-a), para facilitar possíveis referências posteriores.

4-b-1-12) Despertar do desejo – estudo – O1: **porque** es en **casa** que **tengo ganas** de hacer un **trabajo** cerebral mismo, **porque** en el consultorio, **eh**,... hay gente que **aprovecha**, **eh**, **sube** al consultorio, **vas a la computadora**,

12	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	13		2	1	1	4	4	1
	Calibradas 19,01		5,64	2,10	1,50	4,00	6,20	1,07
	%		29,67	11,05	7,89	21,04	32,61	5,63

Análise do fragmento 12: o sujeito é o próprio paciente, que se vê como agente de um trabalho hiperlúcido, “cerebral mesmo”, como ideal. Compara-se, com vantagem, a colegas (rivais), que utilizam um tempo fragmentado para o estudo, o que supostamente prejudica o conhecimento, tornando-o superficial. Utiliza como ajudante o computador. O espaço é um espaço virtual, tendo como ações motoras as dos dedos e dos olhos (na utilização do computador).

Na análise interativa das palavras, há o predomínio de FU, O1, e A2, nesta ordem. Quanto às defesas, o contexto aponta para um predomínio lógico de O1, o que faz pensar na desmentida funcional, pois O1 está a serviço de FU e A2 (conhecimento “cerebral” para suplantar os rivais e vencer na hierarquia funcional), e o paciente no lugar de sujeito.

4-b-1-13) Tentativa de consumir o desejo – estudo – O1: **o** a veces **quedaba** en la **computadora**, **cuando empezó** el tiempo de las **computadoras**, que yo **solo** me **quedaba** en la **computadora**

13	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	8		3	2		1	1	1
	Calibradas 16,28		8,46	4,20		1,00	1,55	1,07
	%		51,97	27,80		6,14	9,52	6,57

Análise do fragmento 13: o sujeito é o próprio paciente, visando um conhecimento abstrato, de forma intensa e obcecada, tendo como ajudante o computador, o espaço é o virtual, as ações motoras são os olhos e os dedos (no uso do computador).

Na análise interativa das palavras, há um predomínio hipertrófico de O1, o que faz pensar numa desestimação patógena exitosa, pelo caráter onipotente, como se desejasse obter o domínio absoluto do conhecimento (ou do instrumento).

4-b-2-14) Estado inicial – trabalho e estudo – A2: **pero tiene** que ver con los pros y los contras, ¿**no? pensar** a **largo** plazo, ver la **ventaja** y la desventaja. **si de**jo de hacer eso **aquí, ahora, después** me **voy a jorobar allí adelante. entonces, hay que** hacerlo, **hay que** hacerlo, ¿**no?**

14	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	25			2	1	14	7	1
	Calibradas 31,62			4,20	1,50	14,00	10,85	1,07
	%			13,28	4,74	44,27	34,31	3,38

Análise do fragmento 14: o sujeito é o próprio paciente, seu ideal é a ordem (forma correta de obter resultados), a ação motora é ritualizada, de execução obrigatória (“tem que fazer”), com um ordenamento no tempo, o estado afetivo é de angústia e preocupação para evitar más conseqüências.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio hipertrófico de A2 e de FU, o que indica como principal defesa a repressão patógena, que é exitosa, pois o paciente se coloca no lugar de sujeito. Considerando-se o restante do relato, vê-se que o paciente consuma seu desejo a custa de outros (não tem tempo), podendo-se então pensar numa desmentida exitosa secundária à repressão.

4-b-2-15) Estado inicial – trabalho: **creo** que es **fundamental** el **trabajo, para ocupar** la **mente, no pensar** en pavadas

15	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7					7		
	Calibradas 7,00					7,00		
	%					100		

Análise do fragmento 15: a referência é de uma ordem fundamental, tendo como ajudante o trabalho, para manter a mente com pensamentos corretos, o espaço é o laborativo, o estado afetivo o de cuidado e prevenção contra “besteiras”, a ação motora é ritualizada (ordem de trabalho).

A análise interativa das palavras mostra uma hipertrofia de A2, correspondendo ao mecanismo de defesa da repressão patógena exitosa.

4-b-2-16) Tentativas de consumir o desejo – estudo –A2: ah, **estudiar, tenía que estudiar, agarraba** los **libritos y estudiaba.**

16	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	6					5	1	
	Calibradas 6,55					5,00	1,55	
	%					76,33	23,66	

Análise do fragmento 16: o sujeito é o próprio paciente, o ideal é a ordem, tendo como ajudante os livros para dominar a realidade e ascender na hierarquia via conhecimento, o espaço é o do estudo, o estado afetivo o de esforço e obrigação, a ação motora ritualizada e peremptória.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de A2, seguida de FU, levando a considerar-se como defesa dominante a repressão patógena exitosa.

4-b-2-17) Tentativas de consumir o desejo – trabalho e estudo – A2: por **ejemplo así, mirá**, me **gustaba siempre** ir al cine **cuando** iba los sábados. los domingos **no. no, no**, el domingo **ya mañana** es lunes, **hay que organizar** mis **cosas. ahora no, ahora ya estoy más**,

17	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	21	1		5		6	3	6
	Calibradas 27,60	1,58		10,50		6,00	3,10	6,42
	%	5,72		38,04		21,74	11,23	23,25

Análise do fragmento 17: o sujeito é o próprio paciente, em busca de ordem e correção, os ajudantes são suas “coisas” a serem colocadas em ordem, através de ações motoras ritualizadas e obrigatórias, o estado afetivo é de contenção e obrigação. Esta posição refere-se mais ao passado. No presente, tem se tornado mais flexível, dando lugar a manifestações de FG (divertimento) e FU (saída da rotina, gosto pelo cinema), porém, com restrições, sempre predominando o dever.

A análise das palavras mostra um predomínio estatístico de O2, seguido de FG e A2, porém uma prevalência lógica de A2, levando-se a considerar como defesa a repressão funcional, tendo uma desmentida secundária à repressão, pois consome seu desejo de ordem à custa da diversão, e exitosa pela posição do narrador.

4-b-2-18) Tentativas de consumir o desejo– estudo – A2: **entonces tenés que** ver la **prioridad...ah, terminar** mi **tesis**, lo demás es...

18	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	5					4		1
	Calibradas 5,07					4,00		1,07
	%					78,89		21,10

Análise do fragmento 18: o sujeito é o paciente, o ideal é de ordem, o ajudante é o estudo (tese), para dominar a realidade via conhecimento, para subir na escala hierárquica, a ação motora é ritualizada.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de A2, o que aponta para a repressão como defesa patógena exitosa.

4-b-3-19) Estado inicial – trabalho e estudo – FU: yo **no consigo** hacer eso. hay esa hora, de esa hora a esa, **tengo** que hacer **solo** eso y **listo**, y **nadie más** me **interrumpe. no consigo** hacer **así, no puedo**. yo **no tengo, no conozco** ninguna persona que haga algo

bien hecho. un **poquito aquí**, un **poquito allí** y **después** vuelve... **no consigo**.

19	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	24		1	1		9	11	2
	Calibradas 33,11		2,82	2,10		9,00	17,05	2,14
	%		8,52	6,34		27,18	51,49	6,46

Análise do fragmento 19: o sujeito é o próprio paciente, o objetivo é fazer com precisão, uso do tempo de forma sistemática e rotineira, situação de encerramento num espaço temporal exclusivo, atitude evitativa de contatos que possam interrompê-lo.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de FU, o que leva a considerar-se a repressão como defesa patógena exitosa, bem como uma desmentida secundária exitosa (o relator consuma o desejo à custa de outros).

4-b-3-20) Tentativas de consumir o desejo – estudo – FU: y yo hablándoles de eso, ellos me **entienden**. **pero ahora**, **así**, **mirá**, yo **trato de aprovechar mejor** mi tiempo que **antes**. **antes** me **quedaba estudiando** algo y **quedaba** horas y horas en **cima** de aquello y **perdía** la **noción** del tiempo. **hoy no**...es, es **tanto**, **tanto** tiempo que **tengo**, sí ando **aprovechando** ese tiempo y **listo**. **después** que **pasó**, **bueno**, **ahí voy a tener que** hacer otra **cosa**. **ahí ya** es,

20	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	29	1		3		9	13	3
	Calibradas 40,24	1,58		6,30		9,00	20,15	3,21
	%	3,93		15,66		22,38	50,07	7,98

Análise do fragmento 20: o sujeito é o próprio paciente, o ideal é de conseguir avançar abrindo para si um espaço temporal de maior liberdade, mantendo os outros personagens (amigos) a uma distância ótima que lhe permita alcançar seus objetivos de superação competitiva frente a seus pares (pai, colegas).

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de FU, seguida por A2, o que leva a considerar-se como defesa predominante a repressão patógena exitosa, juntamente com uma desmentida exitosa (o relator consuma seu desejo à custa de outros).

4-b-4-21) Manifestações de FG e A2 – estudo: **como vas a terminar una facultad si no** le decís **así** a las personas: “mirá, **ahora no quiero ir a la fiesta**, **ahora no quiero ir a la, quiero** quedarme **aquí estudiando**, **tengo** mis obligaciones”.

21	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	21			2		7	3	9
	Calibradas 25,41			4,20		7,00	4,65	9,56
	%			16,53		27,55	18,30	37,62

Análise do fragmento 21: o sujeito é o próprio paciente, manifesta-se um conflito entre os desejos de sair, “fazer festa”, e as obrigações referentes ao estudo, à faculdade. Também estão presentes os questionamentos, que ele se faz mas como se dirigisse aos outros, como outra parte da oposição.

Na análise interativa das palavras predomina FG, seguida de A2. A defesa principal é a repressão funcional, seguida de uma desmentida secundária exitosa.

4-b-4-22) Manifestações de FG e FU – estudo e trabalho: “eh, ¿vamos?”, **ahí** digo, “eh, **estoy lleno** de **cosas para** hacer **pero también hay que** divertir-se de vez em **cuando**. **bué, vamos**”. **estoy más maleable** en ese **sentido**.

22	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	16	1		3		3	5	4
	Calibradas 22,91	1,58		6,30		3,00	7,75	4,28
	%	6,90		27,50		13,09	33,83	18,68

Análise do fragmento 22: o sujeito é o paciente, mostra o conflito entre divertir-se com os amigos (ou esposa), e o desejo de realização, mas resolve-o de forma mais satisfatória do que antigamente.

A análise interativa das palavras apresenta um predomínio de FU, seguido por O2 e FG. A defesa predominante é a repressão funcional.

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao trabalho e estudo:

Fragmentos de 12 a 22	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	175	3	6	19	2	69	48	28
	Calibradas 237,92	4,74	16,92	39,90	3,00	69,00	74,40	29,96
	%	1,99	7,11	16,77	1,26	29,00	31,27	12,59

4-c) Ordenação das seqüências narrativas referentes ao relacionamento familiar (novo relato a partir de 1-c e 3-c):

4-c-1) Seqüências narrativas correspondentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido intra-somática

Manifestações vinculadas à libido intra-somática: a maior parte delas aparece num aspecto sobreadaptado, em que outros elementos da família apresentam os distúrbios, em que “outro padece as contradições orgânicas” (Maldavsky, Lenguajes del erotismo, pgs. 109, 110).

Estado inicial: referência a vínculos de apego desconectado, como o pai, que negava os problemas do irmão, tinha uma atitude omissa, “fazia que não ouvia”, mas que “ficava estressado”, como a mãe, que “ficava (mais estressada) ainda”, sendo que esta, na opinião do paciente, tinha uma postura de superproteção em relação ao irmão, que não o “largava”, impedindo-o de crescer.

Despertar do desejo: aumento de tensões, como a exacerbação do estado do irmão “do meio”, a agressão à esposa do paciente, quando estava dormindo, o surgimento no seio da família da criança com problemas (o filho da namorada do irmão), desejo de que “o dia devia ter mais de 24 horas”, a busca apressada de um “apartamento com o melhor preço, custo-benefício”, “comprar uma coisa pra casa”.

Tentativas de lidar com o desejo (diminuição das tensões): intrusão orgânica (uso de medicamentos pelo paciente), orientação “neurobiológica” no tratamento do irmão, “a gente foi ver o preço, não vai nos apertar”.

Conseqüências da tentativa de lidar com o desejo e estado final: equilíbrio de tensões e bem-estar, inclusive “financeiro assim, ó, sem nenhum stress”.

4-c-2) Seqüências narrativas referentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido oral primária

Expressões no discurso correspondentes à libido oral primária: diz, referindo-se ao pai, “Às vezes eu vou falar uma coisa pra ele aí tem uma certa altura ele fica pensando, principalmente no hospital, ‘não, mas eu acho que tu tem razão’ e tal...a minha cabeça e a dele é parecida...eu tento ver a coisa sempre dum, duma perspectiva mais ampla, né...”.

4-c-3) Seqüências narrativas relativas ao relacionamento familiar com elementos da libido sádico-oral secundária

Estado inicial: “...o meu casamento foi tranqüilo...”; “...eu e meu pai, sempre foi uma ótima relação...carinho, essas coisas, a gente troca, se beija em público, se abraça...toda hora se vendo, né, não tem problema. Então, assim, separação física, não tive problema nenhum”.

Despertar do desejo: sentimentos de raiva, revolta e ambivalência (do paciente e de seu pai em relação ao irmão “do meio”, do paciente em relação à mãe), de dedicação e cuidados excessivos da mãe em relação ao irmão (“é muito coitadinho, coitado, porque é doente...seria uma chantagem emocional”), de “saudade indecorosa” por parte da esposa, que “fica toda hora em volta”, exigências de atenção por parte da mãe (“...tu não me liga mais”) e do pai, querendo que participasse mais do convívio familiar (“...tu não vê teu avô faz tempo...”).

Tentativas de consumir o desejo: envolvimento, cuidados, aconselhamento e proteção a todos, com sacrifício de seu tempo, limitação em suas atividades e abandono (parcial) do “egocentrismo” mais “natural”. Também se manifestam identificações (com o pai, “racional” e a mãe, “emocional”).

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo e estado final: paz e tranqüilidade familiar, melhora dos vínculos entre todos os seus membros.

4-c-4) Seqüências narrativas correspondentes ao relacionamento familiar com elementos da libido anal primária

Relatos com componentes da erogeneidade anal primária: provocação da esposa quando ela fazia suas coisas, num sentido de vingança (ah, viu, ó, como é que eu me sentia?), a referência à paranóia do irmão “do meio” e do tio, ao pai “sempre me xingando”, “ele ‘pega no meu pé’ tanto quanto pega no teu”, “sempre procurou um furúnculo para meter o dedo”, neste caso também ligado à libido intra-somática (aspecto paranóide).

4-c-5) Seqüências narrativas referentes ao relacionamento familiar com manifestações do erotismo sádico-anal secundário

Estado inicial: equilíbrio e confiança no saber e na ordem (“eu comecei a enxergar o problema do ponto de vista mais, até médico, embora eu acabava de entrar na faculdade de medicina, do que familiar...ele tinha uma orientação neurobiológica...eu procuro analisar o problema, ver qual é a melhor saída...esse tipo de respeito eu gosto”).

Despertar do desejo: necessidade da busca de conhecimento (“a prioridade é o mestrado”), sistemático, intenso e ritualizado. Espírito crítico, em que assume uma posição de supremacia em relação ao objeto (pai, mãe, esposa, cunhada, irmãos).

Tentativas de consumir o desejo: dedicação ao estudo, restrição na convivência familiar (pai, esposa).

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo e estado final: reconhecimento de seus valores, e, como aspectos disfóricos, críticas sobre seu afastamento familiar e frustração quando “a informação não se traduz em mudança de comportamento”. Nesta última colocação, também se observa o sentido competitivo em relação ao pai, própria de FU.

4-c-6) Seqüências narrativas correspondentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido fálico-uretral

Estado inicial: situação de rotina manifestada não só no trabalho, mas também nos vínculos familiares (pai, mãe e esposa), com tendência a deixar pouco espaço para lazer e convivência.

Despertar do desejo: desejo ambicioso de ser reconhecido intelectualmente e em sua capacidade de influência e resolução de problemas perante familiares, principalmente o pai.

Tentativas de consumir o desejo: tenta convencer aos outros através de argumentos “racionais”, em vínculos competitivos em que “fica em cima” até obter sucesso. Reconhecimento de uma “marca” de outro (o pai), na família e na cunhada, com seu filho-problema. Colocação “de limites” para que sua rotina não seja perturbada.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo e estado final: em geral (exceção feita à mãe e à cunhada), considera-se vitorioso, sobretudo em relação ao pai.

4-c-7) Seqüências narrativas referentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido fálico-genital

Não estão muito presentes no relato, manifestando-se quando fala do prazer na convivência com a esposa (“porque é bom”, “quando eu pratico uma atividade de lazer, eu me sinto muito bem assim”, “dá um beijinho, vamos lá, vamos namorar um pouquinho”) e no encontro com amigos, embora estas situações sempre estejam condicionadas às tarefas de trabalho e estudo. Também reconhece que os sentimentos de amor do irmão pela namorada possam suplantam suas dificuldades, mas recomenda que “a ajude”. Pode-se pensar que as manifestações desta erogeneidade enlaçam-se de forma subordinada ou em conflito com outras, como, por exemplo, festas e lazer versus obrigações (FG X A2), uso de provocação no convite à esposa (FG X A1).

4-c-1-23 a 4-c-7-60) Fragmentos do discurso com referência ao relacionamento familiar que exemplificam, de forma redundante, as cenas descritas acima, seguidas da análise interativa das palavras correspondentes e de elementos condizentes com as cenas, como manifestação das erogeneidades e defesas. As seqüências são numeradas em continuação ao item 4-b), para facilitar possíveis referências posteriores.

4-c-1-23) Estado inicial – LI – relacionamento familiar: ah, que había mi padre que **quedaba** estresado, mi madre **más todavía**,

23	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7	3		1			2	1
	Calibradas 11,01	4,74		2,10			3,10	1,07
	%	43,05		19,07			28,16	9,72

Análise do fragmento 23: os personagens são os pais do paciente, que são descritos como padecendo de estados de angústia automática, de tensões não qualificadas, produzidos pela doença do irmão do paciente. O espaço é o intracorporal. Tais personagens situam-se como duplos nos quais são depositadas as ansiedades (sobreadaptação).

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de LI e FU. Pode-se pensar como defesa na desestimação do afeto, patógena exitosa, por FU estar a serviço de LI e O2, pelo paciente colocar-se numa posição em que outros padecem as ansiedades, mantendo a ilusão de onipotência.

4-c-1-24) Estado inicial – LI – relacionamento familiar: y **desde chico** él **nunca** fue **así completamente 'normal'**, él era, él, yo **pienso** que en la **época**, en su infancia, sí, él **tenía...** a lo **mejor** aquella **síndrome** de hiperactividad por **déficit** de **atención**. él era **muy agitado**, a veces **no conseguía concentrarse**, **pero nunca** fue, **así**, **mal** en la **escuela**, **nunca** fue.

24	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	24	5	1	1		7	2	8
	Calibradas 31,48	7,90	2,82	2,10		7,00	3,10	8,56
	%	25,10	8,96	6,67		22,24	9,85	27,19

Análise do fragmento 24: o personagem é o irmão do paciente, que sofre de estados de agitação, falta de concentração, ansiedade, o espaço é o intracorporal, a ação motora é a hiperatividade.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de FG, seguida de LI e A2. A ênfase do relato e a forma descritiva, característicos das linguagens FG e A2, servem para manter o aspecto sobreadaptado do discurso, em que outro padece as tensões orgânicas, ajudando a manter a ilusão de onipotência e apontando para a defesa da desestima patógena exitosa.

4-c-1-25) Estado inicial – Rel. Familiar – LI e O2: **ahora**, mi madre, **no** digo que la **culpa**

sea de ella, **no, nada** que ver, **pero** en el **período** que él **podría** desatarse **más** y **hasta** haber presentado **mejora, una mejora más rápida**, a lo **mejor**, ella **medio** que **ayudó** a que él se **atara** un **poquito**.

25	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	20	4		3	1	4	4	4
	Calibradas 28,60	6,32		6,30	1,50	4,00	6,20	4,28
	%	22,10		22,03	5,24	13,99	21,68	14,96

Análise do fragmento 25: os personagens são a mãe e o irmão do paciente, em que se mesclam elementos das erogeneidade LI e O2. Ela, com sua dedicação, preocupação e afeto não foi um elemento útil, na opinião do paciente, na recuperação do irmão, retendo-o num vínculo cerrado, mantendo as tensões.

A análise interativa das palavras apresenta uma distribuição nas erogeneidades, com frequência maior de LI, O2 e FU, mas trazendo a manifestação de A1. Esta representa um aspecto ambivalente do amor da mãe, que se aferra ao filho, dificultando seu crescimento. O predomínio de LI e O2 fazem pensar numa desmentida patógena fracassada, pois o paciente tenta solidarizar-se com a mãe (sombra), em sua tentativa de impor-se afetivamente ao irmão do paciente, mas há o retorno do desmentido (sim, ela prendeu o filho). A atitude da mãe, vista como o “disfarce de uma atitude egoísta como expressão de amor, mostra a eficácia de uma desmentida patógena” (Maldavsky, 1998b, pag.290). Já o paciente, que se coloca numa posição crítica, FU, (não a culpa, mas...), mostra-se ambivalente em relação ao comportamento da mãe, em parte porque também tem receio de ser engolado por ela (que reclama por ele não lhe ligar mais assiduamente), em parte por também agir de forma superprotetora em relação aos familiares, o que faria pensar numa formação reativa.

4-c-1-26) Despertar do desejo – Rel. Familiar – LI: mi **mayor problema** es el **siguiente**, **creo** que es, ¡el día **debería tener más** de 24 horas! **para tener** tiempo de **trabajar**, **descansar**, divertirse, **pero uno sabe** que **no tiene**,

26	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	15	2				10	1	2
	Calibradas 16,85	3,16				10,00	1,55	2,14
	%	18,75				59,35	9,20	12,70

Análise do fragmento 26: o paciente é o sujeito, tendo como ideal a ganância, no sentido de uma atividade sem limites, para propiciar descarga e regulação de tensões. O espaço é o intracorporal.

A análise das palavras mostra uma hipertrofia de A2, que está a serviço de LI, indicando como defesa principal uma desestimação do sentir.

4-c-1-27) Despertar do desejo – Rel. Familiar – LI: **ahí** es hora de **o tengo** que **salir** con mi esposa **para comprar** algo **para** la **casa**

27	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	6	1			1	2	2	
	Calibradas 8,18	1,58			1,50	2,00	3,10	
	%	19,32			18,34	24,45	37,90	

Análise do fragmento 27: o sujeito é o próprio paciente, tendo como ajudante a esposa, que serve de estímulo para adquirir coisas. O ideal é a ganância, tanto no aproveitamento máximo do tempo, como no “ter que” comprar. A ação motora é no sentido de atender todas as demandas.

A análise das palavras mostra um predomínio de FU e A2, que aparecem aqui no sentido do deslocamento, da ação motora direcionada à aquisição, com um caráter peremptório. Pode-se pensar como defesa numa desmentida pela presença de LI e A1, por FU estar submetida a elas, mas funcional pela concordância e respeito ao outro personagem, a esposa.

4-c-1-28) Despertar do desejo – Rel. Familiar – LI: por **hasta** por **coincidencia**, yo **no sé**, fue el departamento con el **mejor precio**, **costo-beneficio** que **encontramos**, **coincidentemente**, **teníamos apuro**, ¿**no?** “!**mirá**, **tenemos** que **conseguir** un departamento que **quede listo** un **poco antes** del casamiento!”

28	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	13	3		1		4	3	2
	Calibradas 17,63	4,74		2,10		4,00	4,65	2,14
	%	26,89		11,91		22,69	26,38	12,14

Análise do fragmento 28: os personagens são o paciente e a esposa, tendo como ajudante o apartamento. O estado afetivo é de ansiedade, pressa. Manifesta-se o desejo de adquirir coisas.

A análise interativa das palavras mostra o predomínio de FU e LI. A presença de FU também faz pensar num desejo ambicioso de progredir, na obtenção de um novo “status” social. Como defesas, a repressão funcional com uma desmentida secundária exitosa.

4-c-1-29) Despertar do desejo – relacionamento familiar – LI, A1, FU: él **siempre**, **siempre**, mi padre **siempre buscó** algún “forúnculo **para meter** el dedo”,

29	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	8	1	1		1		2	3
	Calibradas 12,20	1,58	2,82		1,50		3,10	3,21
	%	12,95	23,11		12,29		25,41	26,31

Análise do fragmento 29: o pai é visto como rival, sempre pronto a causar dor, menosprezo ou humilhação ao paciente. Esta idéia faz aumentar as tensões internas no grupo familiar (A1XLI). Se por um lado o espaço é o intracorporal, “o furúnculo para meter

o dedo” é usado de forma metafórica, predominando o sentido de, como rival, o pai procurar um erro para humilhar o paciente, criticá-lo.

A análise interativa das palavras reflete este sentido, tanto pela ênfase descritiva (“sempre, sempre, sempre” - FG), quanto de FU, que se relaciona ao aspecto de competição entre ambos. O sentido metafórico faz pensar numa predominância da repressão como defesa, acompanhada por uma desmentida fracassada, em que o paciente fica no papel de vítima.

4-c-1-30) Tentativas de consumir o desejo – Re. Familiar – LI: **entonces fuimos a todas** partes por **ahí** y **encontramos** ese **ahí**; **fuimos a** ver el **precio**, “ah, **está bueno**, sin **problemas**, **no** nos **va a apretar** en nada”.

30	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22	1		1		7	10	3
	Calibradas 29,39	1,58		2,10		7,00	15,50	3,21
	%	5,38		7,15		23,82	52,74	10,92

Análise do fragmento 30: os personagens são o paciente e a esposa, o ideal é a obtenção de bens, o ajudante é o apartamento, a ação motora é a de regulação de tensões (obter logo algo vantajoso).

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de FU e A2, que revestem o aspecto especulador com a idéia de progresso social e profissional. A defesa principal é a repressão funcional juntamente com uma desmentida secundária exitosa.

4-c-2-31) Estado inicial – O1 – relacionamento familiar: **porque** mi **cabeza** y la de él es **parecida**, la **diferencia** es que yo, **no sé si porque** soy **más** joven o mi **educación ya** fue **diferente**, yo **trato de** ver la **cosa siempre** de un, de **una** perspectiva **más amplia**, **¿no?**, y **no...**

31	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22	1		1		12	5	3
	Calibradas 25,64	1,58		2,10		12,00	7,75	3,21
	%	6,16		8,19		46,80	30,23	12,52

Análise do fragmento 31: o paciente situa-se no lugar de sujeito, como observador hiperlúcido, capaz de, por seus conhecimentos, enxergar a verdade de forma mais ampla (em comparação com o pai, sobretudo). Utiliza o termo “cabeça”, metaforicamente, para indicar sua visão de mundo.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio hipertrófica de A2, pois o paciente usa argumentos racionais, comparações e seu conhecimento para expressar seu saber amplo. O aspecto competitivo com o pai (comparações), próprio de FU, também está registrado. Como defesas, pode-se pensar na repressão patógena (hipertrofia de A2) exitosa e numa desmentida secundária exitosa (o paciente triunfa sobre o pai em sua visão de mundo ampla e onipotente).

4-c-3-32) Estado inicial .- relacionamento familiar – O2: **pero** mi casamiento fue **tranquilo**,

fue **una cosa así**, **bien decidida**, **bien fundamentada**. **ya tenía** un **lugarcito más o menos para**, **para** vivir, direccionado y **preparado**, ¿**no**?

32	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	16			4		6	3	3
	Calibradas 22,26			8,40		6,00	4,65	3,21
	%			37,74		26,95	20,89	14,42

Análise do fragmento 32: o paciente é o sujeito, o ideal é o amor, o espaço é íntimo, um “ninho de amor” preparado para permitir o sentimento de paz no seio de uma nova família, usando como expressão de afeto o diminutivo.

A análise interativa das palavras mostra uma distribuição entre O2, A2, e FU, o que leva a pensar na repressão como defesa funcional, em que o estado de paz e bem-estar é obtido com a utilização de processos de A2 (ordem, preparação fundamentada).

4-c-3-33) Estado inicial – O2 – relacionamento familiar: **no**, yo y mi padre, **siempre** fue **una regia relación**. sí, **incluso**, **así**, **mirá**, nuestra **relación** a veces **hasta** alguien me **puede mirar así**, **parece tanto** de padre a hijo, **no**, **cariño**, esas **cosas**, **uno tiene**, nos **besamos** en **público**, nos **abrazamos**.

33	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	18			2		7	3	6
	Calibradas 22,27			4,20		7,00	4,65	6,42
	%			18,86		31,43	20,88	28,83

Análise do fragmento 33: os personagens são o paciente e o pai, tendo como ideal o amor, numa relação afetuosa, com demonstrações de carinho familiar, as ações motoras são beijos e abraços como expressão de afetos prazerosos.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de A2, FG, FU e O2, sugerindo que esta última erogeneidade está submetida às outras, pensando-se portanto como defesa, uma repressão funcional.

4-c-3-34) Despertar do desejo – O2 – relacionamento familiar: y había **una época** que ella **lloraba mucho**, **estaba siempre...** **pero**, **entonces** yo me **molestaba** y **quedaba** con un cierto **sentimiento** de **rabia** de mi **hermano** del **medio**. **solo** que esa **rabia** yo **siempre buscaba** racionalizarla y decir, “no, **pero** él **tiene** problema”

34	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22		1	6	3	8	1	3
	Calibradas 34,23		2,82	12,60	4,50	8,00	1,55	3,21
	%		8,24	36,81	13,15	23,37	4,53	9,38

Análise do fragmento 34: os personagens são o paciente, a mãe e o irmão “do meio”, o ideal, o amor, o espaço é íntimo (familiar), os estados afetivos, de raiva, desespero, solidariedade, irritação e as ações motoras, o choro, a contenção.

A análise interativa das palavras indica uma distribuição entre as várias erogeneidades, predominando O2 e A2, mas com um peso significativo de A1. Juntas, a presença de LI, O1, O2 e A1 fazem pensar numa desmentida patógena fracassada, se considerar-se o estado de confusão de sentimentos do paciente, porém exitosa se o seu esforço de racionalização (A2), superando o complexo fraterno e buscando compreender o irmão e abafar os afetos negativos de raiva e irritação, for visto como dominante.

4-c-3-35) Despertar do desejo – O2 – relacionamento familiar: **voy a usar una** terminología inadecuada, me **quedaba** mismo con, **así** con **rabia**. **bueno, pero como podés** decir **una cosa** de esas, **vamos a tener una** actitud **madura**, ¿**no**?

35	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	16			2	1	8	4	1
	Calibradas 28,97			4,20	1,50	8,00	6,20	1,07
	%			14,50	5,18	27,61	21,40	3,69

Análise do fragmento 35: o sujeito é o próprio paciente, o espaço é o familiar, os afetos são sentimentos contraditórios de raiva e compreensão.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de A2 e FU, manifestações de seu desejo de colocar em ordem, racionalmente (A2), os sentimentos ambivalentes em relação ao irmão. Neste caso, pode-se considerar a eficácia da repressão frente a uma desmentida patógena.

4-c-3-36) Despertar do desejo – relacionamento familiar – O2: “ah, por que **nunca** participás de las **cosas** de la familia”,

36	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	2			1				1
	Calibradas 3,17			2,10				1,07
	%			66,25				33,75

Análise do fragmento 36: o personagem é o paciente, tomado como objeto de uma solicitação amorosa, de convivência, efetuada pelo pai (como sujeito), mas que implica no sacrifício de seu tempo e traz implícita uma crítica e que o paciente vê como um chamado à submissão. O espaço é o familiar.

A análise das palavras mostra uma predominância de O2. O pequeno número de palavras não permite outras conclusões.

4-c-3-37) Despertar do desejo – Rel. Familiar – O2: **solo** que **tengo** un **problema**, **cuando estoy** en **casa**, ella esta **todo** el tiempo a mi **alrededor**, que **si** ella **no tiene** las **cosas** de ella **para** hacer **tiene una manera** de **echar de menos** indecorosa, **queda alrededor**. y yo dije, **no**, “ahora es mi hora, después”... **entonces**, a veces **hay que**

establecerle **límites**. sí, **porque si no...**

37	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	24			5		13	2	4
	Calibradas 30,88			10,50		13,00	3,10	4,28
	%			34,00		42,10	10,04	13,86

Análise do fragmento 37: a situação é semelhante à anterior, em que no espaço familiar o paciente se vê como objeto de solicitações de atenção, que considera sufocantes se não impõe limites, porém não manifesta neste fragmento o sentimento de crítica do sujeito, que agora é a esposa.

Na análise interativa das palavras, há um predomínio de A2 e O2. O tom amistoso e de satisfação subjacente faz pensar que O2 está submetido a A2, levando a considerar-se como defesa principal a repressão funcional.

4-c-3-38) Despertar do desejo – Rel. Familiar – O2: y, y el **problema así**, la **relación** de él con mi madre es, era **problemática así** en el **sentido** que es **muy “pobrecito, pobrecito, porque** es enfermo”, aquello. eso complicó, **¿no? ahí**, mi **hermano**, él, él había **una época** que él **estaba** en aquella fase **así** de, sí de, **no** digo **chantaje, pero... ahora** se **puede aflojar** un **poco. quedaba mal**, ella, “!ah!”, y bué. **entonces, tenía mucho** aquella; él por lo que vi, él **consiguió** liberarse de eso.

38	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	32	2		6	1	13	5	5
	Calibradas 43,36	3,16		12,60	1,50	13,00	7,75	5,35
	%	7,29		29,06	3,46	29,98	17,87	12,34

Análise do fragmento 38: Os personagens são a mãe e o irmão do paciente, o espaço é o familiar, o ideal é o amor, o tempo e o afeto maternos, dados em preocupação e sacrifício, são usados pelo irmão para dominá-la. O paciente situa-se como observador crítico.

A análise interativa mostra uma predominância de O2 e A2. A posição do paciente como observador faz pensar na repressão como mecanismo de defesa principal. A desmentida patógena é atribuída ao outro, sendo exitosa na medida em que o paciente mantém a ilusão de onipotência.

4-c-3-39) Despertar do desejo e tentativas de consumá-lo – Rel familiar – O2: ella **quiere mucho** al **chico**, ella, ella es **una** persona **extremamente afectuosa**, **¿no? ¡creo** que eso la **joba!** al **contrario** mío. **por eso** a veces, yo **medio** que **aflojo**, por **trabajar** con mi padre, a veces yo hablo **más** con él que con ella. ella **medio** que **extraña**. **pero** ella es **extremamente afectuosa** y mi padre **extremamente** “cerebral”, **solo** que en el **extremo opuesto**. sí, **porque** es **cuando surgen** los **problemas afectivos** él **medio** que **tiene** actitud de **negación**. **creo** que **estoy más para** el **medio** que **para** el, **estoy más para** él, **pero no tanto**, **¿no?**, **entonces**.

39	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	42		1	7	1	17	6	10
	Calibradas 55,39		2,82	14,70	1,50	17,00	9,30	10,07
	%		5,09	26,54	2,70	30,69	16,79	18,18

Análise do fragmento 39: o personagem principal é a mãe do paciente, que distribui amor e afeto. O espaço é o familiar. Outros personagens são a criança a quem a mãe dá afeto, o paciente, de quem ela reclama por mais atenção, e o pai do paciente, com quem ele se identifica mais, por ser mais “cerebral”. Refere que também se identifica com os aspectos amorosos da mãe, “mas não tanto”.

A análise interativa das palavras mostra uma distribuição entre as várias erogeneidades, com predomínio de A2 e O2. Pode-se advertir componentes de A1 na forma como o amor doado se inverte de forma ambivalente na reclamação de atenção por parte da mãe, despertando um sentimento de dívida ou culpa no paciente. Manifestações de A2 e O1 se combinam na maneira em que o paciente se coloca como observador crítico, possuidor de uma verdade superior frente ao contexto familiar. Como defesas, uma desmentida patógena (A2, FU e FG submetidos a O1 e O2), em que o paciente se vê numa posição onipotente e superior. É exitosa na medida em que o desconforto é atribuído à mãe, por projeção. Também está presente a identificação, com o que o projetado volta-se para o paciente.

4-c-3-40) Tentativas de consumir o desejo – Rel. Familiar – O2: sí, me **preocupo**, me **preocupo**. me **preocupo así** con la unidad **familiar**, ¿**no**?

40	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	4			1		2		1
	Calibradas 5,17			2,10		2,00		1,07
	%			40,62		38,68		20,70

Análise do fragmento 40: neste fragmento se reúnem aspectos do paciente, como sujeito, tanto de amor e cuidado, quanto de correção, em que procura, através de seu conhecimento, organizar a família. O espaço é o familiar. O afeto também apresenta uma conotação de angústia.

Na análise interativa das palavras, surgem quase igualmente elementos de O2 e A2. Estes últimos (no sentido de preocupação e angústia), talvez pudessem ser vistos como manifestações de A1, como um retorno de aspectos agressivos da ambivalência ou da formação reativa, ou como uma desmentida fracassada.

4-c-3-41) Tentativas de consumir o desejo – Rel. Familiar – O2: y **coincidentalmente** es **bien** en el **medio**, **queda exactamente** a **medio camino entre** la **casa** de mis padres y la **casa** de mi suegro. **entonces** es eso, viéndonos a **cada** rato, ¿**no**?, **no** hay **problema**. **entonces así**, **separación** física, **no tuve** ningún **problema**, fue **más** el hecho de asumir **una** vida nueva, sí, la **casa**, esas **cosas** que yo **no estaba acostumbrado**, ¿**no**? **pero**, yo **no sé si ahora estoy más crítico** en **relación** a eso por **estar lejos** de ellos, sin, **cuando parás** de convivir con la persona, te **inclinás** a ver los **problemas** a veces de

una manera más, como una persona de afuera y no como quien está adentro mismo. pero yo no siento mucho esa diferencia, no.

41	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	54	1		9		23	11	10
	Calibradas 71,23	1,58		18,90		23,00	17,05	10,70
	%	2,22		26,53		32,29	23,94	15,02

Análise do fragmento 41: o sujeito é o próprio paciente, o espaço é o familiar, o ideal é o amor, as ações motoras são no sentido da aproximação e convivência familiar, onde figuram como ajudantes os pais e sogros que compartilham afeto.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2, FU e O2, em que esta linguagem está submetida às outras, o que leva a considerar como defesa principal a repressão funcional, existindo também uma desmentida secundária exitosa, na medida em que o paciente se coloca numa posição de observador crítico e influente.

4-c-3-42) Tentativas de consumir o desejo – Rel. Familiar – O2: sí, ya veía antes, ya veía. sí, claro, ahora mi nivel de, es interesante que mi nivel de intervención en la familia es hasta más considerado que antes, creo que a lo mejor por, como no estoy nunca así, todos los días, ¿no?, entonces cuando llego y digo algo, ya se quedan pensando, ¿no? como si fuera una persona de afuera hablando más llegada a la familia, ¿no? claro, yo soy de la familia, ¿no? ¿entendés, no?

42	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	42			9		20	6	7
	Calibradas 55,69			18,90		20,00	9,30	7,49
	%			33,94		35,91	16,70	13,45

Análise do fragmento 42: o sujeito é o próprio paciente, o espaço é o familiar. Misturam-se elementos de amor, cuidado, dedicação, característicos de O2, mas também o de intervenção, de poder, em que o paciente atua como alguém que vem de fora e é visto com respeito e dignidade, mais típicos de FU.

Na análise interativa das palavras predominam A2 e O2. O2 está submetido a FU e A2 (aspecto explicativo), fazendo pensar na repressão funcional, bem como numa desmentida exitosa, pois (o que ocorre em toda a entrevista) o paciente se vê numa posição de influência e saber perante a família.

4-c-3-43) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – Rel. Familiar – O2: sí, yo creo que, la situación familiar por lo menos así, mirá, que yo veo, ahora está mucho más tranquilo que hace años, ¿no?

43	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	13			3		3	3	4
	Calibradas 18,23			6,30		3,00	4,65	4,28
	%			34,56		16,46	25,51	23,48

Análise do fragmento 43: o sujeito é a família, o espaço é íntimo, familiar, o estado afetivo é de tranqüilidade.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de O2, podendo-se considerar como defesa principal uma desmentida patógena exitosa.

4-c-4-44) Tentativas de consumir o desejo – Rel. Familiar – A1 e FU: y **así**, las **críticas** que, sí, mi **hermano siempre** decía “sí, vos **siempre** fuiste el '**perfecto**', **no sé** que”, **ahora** él **no** dice **más** eso. sí, “no **sé** que”, y papá **siempre** chillándome. **ahí**, **una** vez le dije, “vamos a hacer **una** experiencia”, **ahí estaba** en la **mesa** con él y mi padre “sí, **porque** eso es lo correcto, **hay que** hacer eso, **hay que** hacer aquello”... **ahí**, le dije a mi **hermano**, ese el del **medio**, “él 'me **persigue**' **tanto como** a vos ¡vos sos **así no porque** él te **persigue!** **como** quien dice, “la **culpa** es de papá”, **no, nada** de eso. **entonces**, yo **quedaba** encima, ¿**no**? él **siempre quería encontrar** un motivo **para** su **problema**, **no, no** es papá.

44	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	49			3	4	23	7	12
	Calibradas 58,99			6,30	6,00	23,00	10,85	12,84
	%			10,68	10,17	38,99	18,39	21,77

Análise do fragmento 44: o sujeito é o próprio paciente, o espaço é o familiar. Neste fragmento se expressam várias linguagens. Uma delas é o paciente explicando (A2) ao entrevistador o que dizia ao irmão e também como procurava argumentar racionalmente com ele sobre sua doença. Outra (A1) é como se sentia “perseguido” pelas críticas e exigências do pai. A terceira (FU) é como compete com ambos, procurando mostrar-se superior. Mesmo criticado pelo pai, não é doente (portanto é melhor que o irmão, o supera), ao mesmo tempo em que vinga-se do pai, expondo-o ao irmão e comprovando a este como as investidas do pai são em vão. Observa-se então elementos de dignidade, potência, superação (FU), explicações para colocar as coisas em ordem, corrigir o entendimento (A2), o sentimento de ser alvo de críticas injustas e de vingança, necessidade de atacar e se defender (A1).

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2, FG e FU. Porém a linguagem logicamente dominante é A1. Pode-se pensar então como defesa numa desmentida patógena exitosa, onde o paciente utiliza elementos de A2 e FU para manter a ilusão de onipotência. Também ocorre uma repressão de aspectos competitivos com o irmão e o uso da formação reativa, quando busca ajudá-lo, ao mesmo tempo que o critica.

4-c-4-45) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – Rel familiar – O2: y ella se **está dando cuenta como** es, ¿**no**? “ahora ves lo que es bueno”, yo le dije.

45	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	1			1				
	Calibradas 2,10			2,10				
	%			100				

Análise do fragmento 45: os personagens são o paciente e a esposa, ele em posição de sujeito. O espaço é o familiar. O aspecto vingativo e o chamado por justiça (de quando ela não o entendia) é colocado de maneira jocosa, uma brincadeira.

A análise interativa das palavras, devido ao pequeno número de palavras, mostra apenas elementos de O2. Por isso, não serão considerados outros aspectos.

4-c-4-46) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – Rel. Familiar – O2: “ah, ¿viste como me sentía?”;

46	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	8			2		4		2
	Calibradas 10,34			4,20		4,00		2,14
	%			40,62		38,68		20,70

Análise do fragmento 46: o paciente é o sujeito, tendo como outro personagem a esposa. O espaço é o familiar. Aqui também o aspecto vingativo fica disfarçado pelo tom de brincadeira, como uma falsa vingança.

A análise interativa das palavras neste trecho consegue mostrar melhor a interferência de outras linguagens, inclusive não deixando explícito o componente de A1, de recriminação e cobrança, predominando O2 e A2. Como defesa, pode-se pensar na desmentida funcional.

4-c-5-47) Estado inicial – A2 – relacionamento familiar: yo **creo** lo **siguiente**: yo **siempre buscaba**, al principio de la, al principio, me **dio una rabia, así, bien grande, ¿no?, pero después, empecé** a ver el **problema** del punto de **vista más, hasta médico, a pesar** que recién **estaba entrando** en la **facultad de medicina**, que **familiar. entonces, bueno, ¿qué puedo** hacer **para** ayudarlo? **creo** que la persona que **más** lo **ayudó** en la **familia** fui yo. **porque**, mi padre en **una época negaba mucho** eso **ahí, negaba**, aún siendo **médico**, por la **formación** que **tiene, negaba**. y mi madre, '**tenía** las riendas', **¿no?**, **como** se dice, '**sostenía** las riendas'.

47	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	52	2	1	8	5	20	7	9
	Calibradas 76,52	3,16	2,82	22,56	7,50	20,00	10,85	9,63
	%	4,13	3,68	29,48	9,80	26,14	14,18	12,58

Análise do fragmento 47: o sujeito é o próprio paciente, o espaço é o familiar, o ideal o de, através do conhecimento, superar os afetos agressivos (A1), ordenar e corrigir o que não estava bem (a doença do irmão - LI). Tem como ajudante o conhecimento (entrada na faculdade de medicina). Esses elementos são característicos de A2. Também se observa o aspecto competitivo com o pai (médico, mas que negava o problema, apesar de sua formação), a sensação de supremacia sobre ele, a mãe e o irmão, indicativos de FU.

A análise interativa das palavras mostra uma distribuição entre as diversas erogeneidades, predominando O2 e A2. Pode-se pensar como defesa principal a repressão funcional, sendo A2 logicamente dominante, acompanhada por uma desmentida secundária exitosa.

4-c-5-48) Despertar do desejo – Rel. Familiar – A2: y mi madre **ahí ya, por eso tengo una crítica grande** con ella en **relación** a eso, ella **ya da unas explicaciones medio inadecuadas, ¿no?**

48	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	12			2		6	2	2
	Calibradas 15,44			4,20		6,00	3,10	2,14
	%			27,20		38,86	20,07	13,86

Análise do fragmento 48: o espaço é o familiar, o sujeito é o próprio paciente, tendo como objeto a mãe, a quem critica, considerando-se com o conhecimento correto, o que lhe permite uma posição de poder em relação a ela.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2 e O2, podendo-se pensar na repressão funcional como defesa, seguida de uma desmentida exitosa, por O2 estar submetida a A2 e o paciente manter sua ilusão de onipotência.

4-c-5-49) Despertar do desejo – Rel. Familiar – A2: **entonces, quiere** decir, **entonces** hay **una crítica, quiere** decir ella a veces **está como que fuera** de la **realidad** y eso **joroba creo** que mi **hermano** en **relación** a esa **chica, ¿no?** en vez de hacer com que él la **ayude para** la, **para** el **problema allí**, del **chico mejorar y adelantar, no...**

49	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22			2	1	10	5	4
	Calibradas 27,73			4,20	1,50	10,00	7,75	4,28
	%			15,15	5,41	36,06	27,95	15,43

Análise do fragmento 49: o espaço é o familiar, o sujeito é o paciente (quem critica), o objeto é a mãe. Ele tem como ajudantes o irmão, a namorada do irmão e o filho desta, que servem como uma confirmação de suas críticas e são o alvo da inadequação da mãe do paciente. Este, por seu conhecimento, mantém-se numa posição de cuidador e ordenador dos desacertos familiares.

A análise interativa das palavras mostra uma distribuição entre as diferentes erogeneidades, predominando A2 e FU, que se sobrepõe aos aspectos agressivos (A1) e de desamparo familiares (O2). Como defesa, a repressão, seguida por

uma desmentida exitosa, em que o paciente preserva seu sentimento de onipotência perante seus objetos.

4-c-5-50) Tentativas de consumir o desejo – relacionamento familiar – A2: y, a veces las **reuniones familiares**, que **no** me **gustaba** ir, ¿**no?** **no sé**, **no** me **parecía así**, **pero si no** eran **todas** las **reuniones familiares**. la **mayor** parte yo **hasta** iba, ¿**no?** **pero** por **ejemplo**, **uno** va al casamiento de que **sé** yo quién, “ah, hay que”, “no **voy a ir**, **no quiero**, **tengo** otras **cosas para** hacer”.

50	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	32			2		15	7	8
	Calibradas 38,61			4,20		15,00	10,85	8,56
	%			10,88		38,85	28,10	22,17

Análise do fragmento 50: o paciente é o sujeito, que se impõe diante de seus pares na família. Utiliza argumentos racionais e a teimosia (A2), para não se submeter às solicitações de participação familiar (O2), o que por sua vez oculta um aspecto evitativo (FU) de convivência social (FG).

A análise das palavras corresponde às mesmas erogeneidades, com predominância de A2 e FU. Pode-se considerar como defesa principal a repressão funcional.

4-c-5-51) Tentativas de consumir o desejo – Rel. Familiar – A2: **no**, yo **pregunto** “que **quierés** hacer”, “vamos a hacer eso, **vamos a** hacer aquello”, yo dije, “no, **entonces dejá hasta**, **hasta terminar** mi hora **ahí después** hacemos”. ese **tipo** de **respeto** a mi me **gusta**. y **creo** que **todo** el mundo tiene que **tener**, ¿**no?** sí, **pero** sí... **pero** mi esposa **está bastante más comprensiva**, es que ella **también está** en la **maestría**, **entonces ahora** ella **está** viendo, ¿**no?**, ¡ella lo **está sintiendo!** **tiene** que **ir a clase**, **tiene** que volver, hacer el **proyecto**, hacer eso, hacer aquello. yo **estoy terminando** lo mío, **entonces estoy** a las carreras.

51	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	50			10		22	10	8
	Calibradas 67,06			21,00		22,00	15,50	8,56
	%			31,32		32,81	23,11	12,76

Análise do fragmento 51: o espaço é o familiar, o paciente é o sujeito, tendo como objeto a esposa, a quem impõe respeito e ordem. Por estímulo seu, ela também passou a priorizar o conhecimento, obedecendo ambos a tarefas ritualizadas para obtê-lo, através de sistemas acadêmicos. Além disto, o sentimento de compreensão pelo companheirismo da esposa, que passa a repartir com ele as mesmas angústias, o tranquiliza.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2, O2 e FU. Como defesa, a repressão funcional, acompanhada de uma desmentida exitosa.

4-c-5-52) Tentativas de consumir o desejo – Rel. Familiar – A2: yo **no sé**, **sabés**, **eh. no sé** de veras, **como puedo explicar**, que **cuando pienso**, **no sé si** la **cosa está bien**

clara en mi **cabeza**. **para** que la persona me diga que, **para considerar una opinión contraria**, **tengo** que **primero analizar** la **situación**. soy **muy cauteloso**, **hasta demasiado**, **entonces**, yo **no sé** en la...

52	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	36	1		2	2	23	6	2
	Calibradas 43,22	1,58		4,20	3,00	23,00	9,30	2,14
	%	3,66		9,72	6,94	53,22	21,52	4,95

Análise do fragmento 52: o sujeito é o próprio paciente, o ideal é a ordem e correção, o estado afetivo é de angústia moral, até poder decidir sobre o que é mais correto. Utiliza o conhecimento como ajudante e sua atitude é de ponderação ritualizada.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de A2, seguida de FU, o que leva a pensar na repressão patógena (pela hipertrofia) como defesa exitosa (pois o paciente se sente seguro com suas cautelas).

4-c-5-53) Estado final (disfórico) – A2 – relacionamento familiar: y, a veces él escuchaba, hacía **medio** que **no** me oía **o**, **pero** él, él **reconocía también pero**, **¿sabés** aquella **situación** que la persona **reconoce pero** su actitud **termina** siendo la otra al final? **quiere** decir, la **información no se traduce en cambio** de comportamiento. **es más o menos** eso, **¿no?**

53	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22					15	3	4
	Calibradas 22,38					15,00	3,10	4,28
	%					67,02	13,85	19,12

Análise do fragmento 53: o espaço é o familiar, o pai do paciente é visto como rival, o ideal é o reconhecimento da correção das idéias do paciente, o estado afetivo é de desesperança em relação a este objetivo, juntamente com um tom de crítica por não se apresentar este resultado.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2. Pode-se considerar como defesa a repressão patógena (pela hipertrofia) fracassada (por não obter a anuência do pai), seguida por uma desmentida secundária exitosa (o tom de desaprovação e crítica do paciente coloca o pai como alguém incapaz de aproveitar o conhecimento).

4-c-5-54) Rel Familiar – A2: sí, por **ejemplo así, mirá**, es que ella **no tiene** la misma **estructura**, **vamos a** decir **así**, de **pensamiento como** yo. **no**, **vamos a analizar** la **cosa racionalmente**, ella es **muy** impulsiva a veces, y a veces, ella **tiene opiniones**, **opiniones** que yo **creo** que **no se fundamentan** en la **realidad**.

54	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	24		1		1	14	2	6
	Calibradas 27,84		2,82		1,50	14,00	3,10	6,42
	%		10,13		5,39	50,29	11,13	23,06

Análise do fragmento 54: o espaço é o familiar, os personagens são o paciente e sua mãe, com quem mantém uma posição de crítica. Porém, ao contrário do pai, que vê como poderoso, um rival a sua altura, à mãe é atribuída uma condição de inadequação e fragilidade, alguém que precisa proteger e se impor, colocando-se numa posição de poder. O aspecto impulsivo da mãe é visto como algo disruptivo que necessita controlar.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de A2. A defesa principal é a repressão patógena, seguida de uma desmentida secundária exitosa, pois o paciente coloca-se numa posição de superioridade.

4-c-5-55) Estado Final – Rel. Familiar – A2: **vamos a** decir **así**, **si** yo **antes estaba más** encima de mi **hermano tratando de** ayudarlo, **ahora estoy más** a mi madre.

55	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	12			4		2	3	3
	Calibradas 18,26			8,40		2,00	4,65	3,21
	%			46,00		10,95	25,47	17,58

Análise do fragmento 55: o espaço é o familiar, o sujeito é o paciente, o ideal é o de colocar as coisas em ordem na família, através da influência, do conhecimento e das atitudes “corretas” que o paciente impõe à mãe e ao irmão. Estes aspectos racionais(A2) prevalecem logicamente aos elementos de dedicação, amor e cuidados que o paciente oferece aos familiares necessitados (O2).

A análise interativa das palavras indica uma preponderância hipertrófica de O2, que pode ser entendida como uma desmentida exitosa secundária à repressão, se for considerada a prevalência lógica de A2.

4-c-6-56) Despertar do desejo – Rel. Familiar – FU: la misma realización **profesional** que mi padre, mi padre **está** realizado **profesionalmente**. **no tiene...** y **hasta** le **parece** que **tiene** que hacer **muchas más cosas** que las que hizo, que **todavía** hizo **poco**, él **está siempre pensando** en hacer y hacer.

56	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	20	1	1	2		6	6	4
	Calibradas 28,18	1,58	2,82	4,20		6,00	9,30	4,28
	%	5,61	10,01	14,90		21,29	33,00	15,19

Análise do fragmento 56: o espaço é o familiar, o pai do paciente figura como modelo, está presente um desejo ambicioso de superação no campo profissional, bem como o desafio de obtê-lo, um desejo de avançar cada vez mais.

A análise interativa das palavras mostra uma distribuição entre diversas erogeneidades, com predomínio de FU e A2. A defesa principal é a repressão funcional.

4-c-6-57) Tentativa de consumir o desejo – Rel. Familiar – FU- **entonces** convencí a mi madre a cambiar de, conven... convencí **también** a mi **hermano** y **hasta ahora está** con ese, **está muy bien. muy bien** mismo.

57	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	12			5		2	2	3
	Calibrados 18,81			10,50		2,00	3,10	3,21
	%			55,82		10,63	16,48	17,06

Análise do fragmento 57: o espaço é o familiar, o sujeito é o paciente, numa relação de influência sobre a mãe e o irmão, propiciadora do bem-estar e paz familiar.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de O2, seguida de FU. Como esta é logicamente dominante, pode-se considerar como defesa a repressão, seguida de uma desmentida exitosa.

4-c-7-58) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo –Rel. Familiar - FG: la **mayor** parte de las veces, ah, **ahora, después** que hago, que **practico una actividad** que me **distraiga**, yo me **siento muy bien así. Ilego a casa hasta más dispuesto.**

58	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	14			3		3	3	5
	Calibradas 19,30			6,30		3,00	4,65	5,35
	%			32,64		15,54	24,09	27,72

Análise do fragmento 58: o sujeito é o paciente, o espaço é o familiar, tem como ajudantes atividades prazerosas.

A análise interativa das palavras mostra uma preponderância de FG, FU e O2, estando esta logicamente submetida às outras. Como defesa, pode-se considerar a repressão funcional, acompanhada de uma desmentida exitosa.

4-c-7-59) Manifestações de FG e A1: **porque** a veces, **ahí cuando**, yo **hasta** le hago **una provocación**, **ahí** yo, ella **está ahí** haciendo sus **cosas**, “ah, vení, dame un **besito**, vení, **vamos a filar un poquito...**”

59	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	16			1	1	2	9	3
	Calibradas 22,76			2,10	1,50	2,00	13,95	3,21
	%			9,23	6,59	8,79	61,29	14,10

Análise do fragmento 59: o espaço é o familiar, tendo como sujeito o paciente e como objeto sua esposa. A solicitação “de um beijinho” (FG) é feita de uma forma provocativa

(A1), amistosamente vingativa. O tom de brincadeira neutraliza o sentido agressivo de incomodá-la, como sentia que anteriormente ela fazia.

A análise interativa das palavras mostra de maneira hipertrófica FU, o que faz pensar numa repressão patógena exitosa.

4-c-7-60) Rel. Familiar – FG: yo digo **así**, y **ahí** le dije a mi **hermano**, “mirá, - mi **más chico**, ¿**no?**, el **más chico** – **hay que** ver lo que **está** haciendo”, “mirá, **pero** yo **gusto** de ella y todo”. **mirá** quien **va a** asumir **después si** casarte con ella. **bueno**, **si tenés mucho amor para dar**, **regio**, **no tengo nada** contra **pero...** **entendé**, yo en su **situación ya no** asumiría eso, **tampoco puedo** decir, ¿**no?** **porque si quisiera como quiero** a mi esposa y ella **tuviera** un hijo **así**, yo **creo...** **entonces** yo voy, **no voy a** juzgarlo, **pero ahora**, eso **ahí medio** que **desapareció**, **pero ahora** mi propensión es, **bueno**, “si **querés** quedarte con ella **entonces** ayudala de la **mejor manera posible**, abríle los ojos”. ella **no puede así...**

60	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	71			8	2	26	14	21
	Calibradas 89,97			16,80	3,00	26,00	21,70	22,47
	%			18,67	3,33	28,90	24,12	24,97

Análise do fragmento 60: o espaço é o familiar, o sujeito é o paciente, o objeto o irmão mais moço. Ocorre a manifestação de várias erogeneidades. Como representante de FU, observa-se o sentimento de influência, o temor, deslocado como cuidado com o irmão, do filho com a marca de um outro homem no seio da família, do receio de não ser capaz de assumir e dar conta das dificuldades que surgem daí, o aviso premonitório de possíveis perigos. A2 mostra-se no sentido de aconselhamento, de saber baseado no conhecimento, que busca evitar surpresas. FG aparece no surgimento de uma nova família, caso sejam superados os obstáculos advertidos anteriormente. E O2 no sentimento de cuidado, proteção e amor do paciente pelos seus. Com A1 ficam as possíveis ameaças que podem se abater caso permaneça a união.

A análise interativa das palavras reflete esta distribuição de erogeneidades. Embora FG não predomine, no final parece que sua força vai se impor diante dos perigos e temores, colocando-se de forma logicamente dominante. A defesa principal pode então ser considerada a repressão funcional, acompanhada de uma desmentida exitosa diante da possibilidade de bons resultados.

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao relacionamento familiar

Fragmentos de 23 a 60	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	F U	FG
	893	28	7	136	25	359	161	177
	Calibradas 1185,02	44,24	19,74	285,60	37,50	359,00	249,55	189,39
	%	3,73	1,67	24,10	3,16	30,29	21,06	15,98

Os quadros a seguir mostram um resumo dos dados obtidos até agora:

Quadro I

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante
Sonolência	LI	Est.inicial	1	X				X	X	X	LI
	LI	Idem	2	X		X		X	X	X	LI
	LI	Despertar desejo	3	X				X	X	X	LI
	LI	Idem	4	X	X	X	X	X	X	X	LI
	LI	Tentativa consumir desejo	5	X				X	X		LI
	LI	Idem	6	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Idem	7	X				X			LI
	LI	Conseqüência tentativa de consumir desejo	8	X	X	X	X	X	X	X	LI
	LI	Estado final	9			X		X	X	X	LI
	LI	Idem	10	X		X	X	X		X	LI
	LI			11	X		X		X	X	LI

Quadro II

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante
Trabalho e Estudo	O1	Despertar desejo	12		X	X		X	X	X	O1
	O1	Tentativa consumir desejo	13		X	X		X	X	X	O1
	A2	Estado Inicial	14			X	X	X	X	X	A2
	A2	Idem	15					X			A2
	A2	Tentativa consumir desejo	16					X	X		A2
	A2	Idem	17	X		X		X	X	X	A2
	A2	Idem	18					X		X	A2
	FU	Estado inicial	19		X	X		X	X	X	FU
	FU	Tentativa de consumir desejo	20	X		X		X	X	X	FU
	A2 e FG		21			X		X	X	X	A2
	FU e FG		22	X		X		X	X	X	FG

Quadro III

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Domi- nante
Relacionamento familiar	LI	Estado inicial	23	X		X			X	X	LI
	LI	Idem	24	X	X	X		X	X	X	LI
	LI e O2	Idem	25	X		X	X	X	X	X	O2 e LI
	LI	Despertar desejo	26	X			X	X	X	X	LI
	LI	Idem	27	X			X	X	X	X	LI
	LI	Idem	28	X		X		X	X	X	LI
	LI e A1	Idem	29	X	X		X		X	X	LI e A1
	LI	Tentativa consumir desejo	30	X		X		X	X	X	LI
	O1	Estado inicial	31			X	X	X	X	X	O1
	O2	Idem	32			X		X	X	X	O2
	O2	Idem	33			X		X	X	X	O2
	O2	Despertar desejo	34	X	X	X	X	X	X	X	O2
	O2	Idem	35			X	X	X	X	X	O2
	O2	Idem	36			X				X	O2
	O2	Idem	37			X	X	X	X	X	O2
	O2	Idem	38	X		X	X	X	X	X	O2
	O2	Desp. e tentativa consumir desejo	39		X	X	X	X	X	X	O2
	O2	Tentativa consumir desejo	40			X		X	X	X	O2
	O2	Idem	41	X		X		X	X	X	O2
	O2	Idem	42			X		X	X	X	O2
	O2	Conseq. tentativa consumir desejo	43			X		X	X	X	O2
	A1 e FU	Tentativa consumir desejo	44			X	X	X	X	X	A1 e FU
	A1	Conseq. tentativa consumir desejo	45			X	X				A1
	A1	Idem	46			X		X	X	X	A1
	A2	Estado inicial	47	X	X	X	X	X	X	X	A2
	A2	Despertar desejo	48			X		X	X	X	A2
	A2	Idem	49			X	X	X	X	X	A2
	A2	Tentativa consumir desejo	50			X		X	X	X	A2
	A2	Idem	51			X		X	X	X	A2
	A2	Idem	52	X		X	X	X	X	X	A2
	A2	Estado final	53		X			X	X	X	A2

	O1 ou A2		54		X		X	X	X	X	O1 ou A2
	A2	Estado final	55			X		X	X	X	A2
	FU	Despertar desejo	56	X	X	X		X	X	X	FU
	FU	Tentativa consumir desejo	57			X		X	X	X	FU
	FG	Conseq. tentativa consumir desejo	58			X		X	X	X	FG
	FG e A1		59			X	X	X	X	X	FG e A1
	FG		60			X	X	X	X	X	FG

Quadro IV

Defesas - Legendas: DAPE: desestimação do afeto, patógena, exitosa
 DAPNE: desestimação do afeto, patógena, não exitosa
 DAF: desestimação do afeto, funcional
 DPE: desestimação patógena, exitosa
 MPE: desmentida patógena, exitosa
 MPNE: desmentida patógena, não exitosa
 MF: desmentida funcional
 RPE: repressão patógena exitosa
 RPNE: repressão patógena não exitosa
 RF: repressão funcional
 MRE: desmentida secundária à repressão, exitosa
 MRNE: desmentida secundária à repressão, não exitosa
 FR: formação reativa
 P: prejeção
 I: identificação

F: fragmento

F	DAPE	DAPNE	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPNE	RF	MRE	MRNE	FR	P	I
1	X														
2	X														
3		X													
4			X												
5		X													
6		X													
7		X													
8						X									
9			X												
10			X												
11		X													
12							X								
13				X											
14								X			X				
15								X							
16								X							
17										X	X				
18								X							
19								X			X				
20								X			X				
21										X	X				
22										X					
23	X														
24				X											
25						X							X		
26	X														
27							X								
28										X	X				
29										X		X			
30										X	X				
31								X			X				
32										X					
33										X					
34						X									
35						X		X							
36															
37										X					
38										X	X				

39					X										X	X
40						X									X	
41												X	X			
42												X	X			
43					X											
44					X										X	
45																
46							X									
47												X	X			
48												X	X			
49												X	X			
50												X				
51												X	X			
52								X								
53									X				X			
54								X					X			
55					X			X								
56												X				
57												X	X			
58												X	X			
59								X								
60												X	X			

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar

Fragmentos de 01 a 60	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	1359	85	17	186	32	544	251	244
	Calibradas 1814,97	134,30	47,94	390,60	48,00	544,00	389,05	261,08
	%	7,40	2,64	21,52	2,64	29,97	21,44	14,38

Resumo da dominância das diversas erogeneidades nas seqüências narrativas referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar

Total	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Sonolência	11						
Trabalho e Estudo		2			6	2	1
Relacionamento Familiar	8	2	13	5	9	3	3
Total Geral	19	4	13	5	14	5	4
%	29,69	6,25	20,31	7,81	21,88	7,81	6,25

Resumo das defesas predominantes encontradas nos diversos fragmentos:

Total	DAP E	DAPN E	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPN E	RF	MRE	MRN E	FR	P	I
Sonolência	2	5	3			1									
Trabalho e Estudo				1			1	6		3	5				
Relacionamento Familiar	2			1	4	4	2	5	3	18	15	1	3	1	1
Total Geral	4	5	3	2	4	5	3	11	3	21	20	1	3	1	1
%	4,60	5,75	3,45	2,30	4,60	5,75	3,45	12,64	3,45	24,14	22,99	1,15	3,45	1,15	1,15

APÊNDICE D

CASO 2 – Carlos

D-1) Identificação: Carlos, 48 anos, masculino, branco, casado, biólogo, nascido e residente em Porto Alegre.

D-2) Dados obtidos no Laboratório do Sono

- Data da primeira consulta: 20/05/96
- Queixas: sonolência desde os dez anos de idade. Sente-se bem à noite, levanta mais mentalmente cansado que ao deitar. Memória diminuída, uso de guaraná não foi eficiente. Sonambulismo na infância, até os 3 (ou 5) anos “se finava” (espasmo do soluço). Álcool agrava a sonolência. Privação do sono faz bem. Cefaléia duas vezes por semana > dor cervical contínua.
- Hábitos: evita viajar pela manhã devido à sonolência. Nos dias de semana, costuma deitar à 1 h, levantar às 8h 30 min e fazer sesta de 30 min. Nos fins de semana, deita às 2h 30 min, levanta 8h e faz sesta de 40 min.
- Doenças: cólon irritável há 2 anos (em 96), hiperuricemia, hiperlipidemia, gota.
- Diagnósticos: UARS (síndrome de obstrução das vias aéreas superiores), fibrosite, insônia.
- Polissonografia: latência do sono: 90 minutos; índice de apnéia por hora: 1.
- Lista de Verificação de Sintomas (Apêndice B) - O quanto você tem sofrido por: a) Muito: 1 – dores de cabeça; 36 – sentir que os outros não entendem você ou são insensíveis; b) Moderadamente: 4 – fraqueza ou tontura; 9 – dificuldade em lembrar as coisas; 14 – sentir-se com pouca energia ou mais lento; 28 – sentir-se bloqueado para terminar as coisas; 35 – outras pessoas estarem a par de seus sentimentos íntimos; 40 – náusea ou estômago embrulhado; 44 - dificuldade para iniciar ou manter o sono; 52 – dormência ou formigamento em partes de seu corpo; 55 – dificuldade em se concentrar; 65 – ter que repetir várias vezes ações como contar, lavar, tocar.

D-3) Entrevista em português

P: Pesquisadora E: Entrevistado

P:... Então eu gostaria primeiro que tu me falasses como é que tu te sentes, como é que estão as coisas nesse sentido...Ou qualquer assunto...

E: Tudo bem. Esse é um, esse tratamento é um tratamento que eu fiz e faço ainda durante...Acho...não tem na minha ficha, aí? Desde 96, acredito, acho que uns 4 anos, né. Então, o tratamento todo se baseou com 2 drogas, a *Nortriptilina* e a *Carbamazepina* em concentrações que eram variadas, conforme a, o meu desenvolvimento, né, de, de sono, a minha perturbação de sono. E, né, isso foi, foi maravilhoso porque realmente eu tinha um despertar muito ruim, né, eu sentia, sentia meio, até tonto pela manhã e, hã, só modificava a partir do...do horário de almoço, hã, que após, eu, após um descanso de 40 minutos, né. E que continuo fazendo igual, né, porque esse hábito eu não mudei na vida porque eu acho que é bom, né! Dormir um pouquinho depois das refeições. No entanto eu, durante esse período todo aí, eu resolvi eu me dar alta, não fiz mais o tratamento e hoje eu me automedico, né, isso é verdade, eu tenho facilidade de, de, de obter a, a, a solicitação, né, a receita pra fazer a droga, então...

P: Mas tu tomas regularmente?

E: Não, eu não tomo mais regularmente como no início que eu usava as 2. Hoje eu só uso a *Nortriptilina* em 20mg de concentração, e eu tomo assim como se em períodos de mais ansiedade e tal; às vezes uma semana direto, às vezes 15 dias e páro, sabe. E...

P: E essa ansiedade tu relacionas com a questão do sono?

E: É...Eu acho que não, não, são coisas separadas, né. Mas acontece que quando a gente tá mais ansioso, a gente também...A gente deita com a preocupação e não consegue iniciar o processo de sono.

P: Demora mais.

E: Demora mais. Então, com esse tipo de droga que, segundo o Dênis e a literatura, não é uma droga, uma droga pra dormir, né, a *Nortriptilina*, mas ela, ela faz um relaxamento a princípio, né, e...E aí eu tenho, tenho me dado bem, quero ver até quando. Eu até perguntei pro Dênis se essa, se eu poderia, hã, sofrer um mal né, pra saúde, usar um período muito longo e...E ele disse que não, mas a *Carbamazepina* que teria que fazer umas dosagens de, de enzimas hepáticas e tal, né, mas isso aí eu não...Às vezes tomo, eu tenho 100mg, sou assim, uma maravilha também porque ela me relaxa mais.

P: Quer dizer que a tua dificuldade maior tu achas que é de relaxar pra poder dormir e ter sonolência é uma conseqüência...

E: Não, a minha queixa inicial era o seguinte: eu não sabia se eu dormia demais ou dormia de menos. Então eu fiz a polissonografia aqui, tá, e aqui eu dormi pessimamente porque a polissonografia não é a cama da gente, né, e aquilo é uma questão, uma coisa ocasional, um exame cheio de eletrodos e de coisas por tudo que...E eu dormi mal mas dormi. Diz o Dênis que durante o período que eu dormi, 3 horas e meia, me parece, hã, foi possível fazer uma avaliação de que eu não tinha um sono profundo, induzido, né. Uma das fases de sono eu não tava induzido, isso então repercute durante o dia no...

P: Na sonolência.

E: Na sonolência. E aí começou então esse tratamento, tá.

P: Isso daria para entender assim: que tu tens uma certa dificuldade de 'desligar' das coisas, fica assim pensando muito, fica preocupado...É isso?

E: É, eu acho que sim. A gente fica preocupado, hã...Ou então, muitas vezes ocorre assim, ó, muita...A vontade de dormir e tal, deita e dorme na hora, depois algumas horas, acorda. E aí pronto, terminou o sono, sabe, 2 horas depois, terminava o sono.

P: E quando é que isso acontece?

E: É, a gente não tem...Eu não consigo relacionar muito porque eu também não, não quero me estudar muito senão a gente fica só dependente, né. Acontece quando, quando esse fato ocorre quando, aquele: "ah, eu não vou usar". Então, eu prefiro não me aprofundar muito, né. A coisa de cada um. Agora eu acho o seguinte, que eu só posso, eu digo pra todos que conheço e certamente tem vários pacientes que foram indicados por mim, que a minha qualidade de vida após esse tratamento dele mudou muito, mudou muito porque eu, eu...O que eu fiz de coisas em 4 anos de tratamento que antes eu não fazia porque, naturalmente porque eu durmo melhor e porque, sei lá, a droga também corrige, te deixa mais seguro em determinadas coisas. Tu que é psiquiatra pode me responder, não sei qual é a ação dessa droga diretamente no cérebro, o quê que ela corrige, é uma coisa tão antiga, né, a *Amitriptilina* e a *Carbamazepina*, tá sendo usada hoje por, por, por vocês nessa área de sono. De fato é...

P: Que coisas assim que tu achas que mudou na tua vida?

E: Não, assim, hã, o, o desenvolvimento profissional, quer dizer. Eu..

P: Tu trabalhas em quê mesmo?

E: Eu trabalho, eu sou, eu sou biólogo, especializado em microbiologia e tenho, há 24 anos de saúde pública, na área de laboratório de análises, hã, clínicas, né. E, já tô me

aposentando agora porque a gente tem tempo de, aquela coisa toda, isso é, com 25 anos se aposenta. E, durante esse período, eu desenvolvi um laboratório pra mim. Um laboratório de análises médicas, de análises, há, médicas ambientais, que basicamente é análise de água, de alimentos, voltado à empresa, não pra, pra pessoas, em si, mas para as empresas, né. E é claro e foi bom, eu só desenvolvi, eu adquiri, adquiri coisas.

P: Isso depois de...

E: Depois. Eu adquiri coisas pra mim, há...Quer dizer, há, o meu apartamento novo, comprei apartamento, comprei carro novo. Então, tudo em questão de 4 anos que eu posso relacionar de repente com o meu bem-estar. Sinceramente, eu passei, acho que, desde os 10 anos de idade, eu sempre tive esse sintoma, tá, e acordar de manhã bem e depois passar o dia todo, não, o dia todo não, toda manhã meio aéreo, assim, meio aéreo, meio 'fora do ar'. E a gente quando criança não entende, quando adolescente não entende. Tu vai pra um colégio às 7 horas da manhã, sabe, acorda 6 horas, 6 e meia, né, pra começar uma aula cedo, tu não tem um rendimento bom na escola, eu não fui nunca um bom aluno, sabe, meio que...Foi complicado estudar, há, rodei no primeiro ano científico, né, naquele tempo né, e, assim, ó, determinadas coisas que tu faz pode estar relacionada com isso. Eu sou um fumante, não sou um fumante, há, obsessivo, um fumante de 10 cigarros por dia, mas, acho que tá meio relacionado porque, é o tipo da coisa assim que ajuda nessas horas é a nicotina, né. Ela te dá um, ela desperta um pouco, né. Claro que naquela época era, era muito comum um guri com 15, 16 anos... quem não fumava era 'bicha', né. Isso aí não é do teu tempo porque tu é bem mais jovem do que eu, não sabe (risos)... Mas enfim, é...Foi muito interessante...essa experiência. Então eu digo pras pessoas...

P: E antes, mais recente, antes do tratamento, quando tu vieste pra cá, como é que era, tu dormias muito...

E: Não, aí eu vim aqui pois eu te coloquei antes ali, eu vim aqui e digo: "será que eu durmo demais ou de menos"? Daí eu fiz a polissonografia. Aí na interpretação...

P: Mas essa repercussão como é que era, depois de adulto, na tua vida?

E: A repercussão do, do?...

P: Da tua sonolência.

E: Não...Também eu, eu, vamos dizer, superava, tipo assim, ó, eu trabalhava naquele tempo no Instituto de Pesquisas Biológicas que a gente tinha, a gente, eu tinha uma, uma sala só pra mim e, de microbiologia, então, a gente fazia um chimarrão, se reunia e tomava um chimarrão. Chimarrão também é bem estimulante, aí pelas 10 horas, tá, aí passava tudo, não tinha mais problema. Mas, mas se não tiver um estímulo, existe a sonolência. Se eu parar com esses remédios, no primeiro, segundo dia eu me sinto super-bem, muito mais vivo do que com o remédio, porque o remédio ele, ele meio que, o efeito dele, eu não sei se é a dose que eu tô usando é pequena, ele é, ele continua...Ler, ler uma Zero Hora, agora eu tô falando contigo não tô sonolento, mas eu, o meu hábito é ler uma Zero Hora de manhã, às 9 que eu acordo, de manhã eu tô de licença-aposentadoria, não tô...licença-prêmio, não tô indo trabalhar. Então tu pega assim a Zero Hora e começa, te dá uma sonolência, tá. Mas aquilo ali não atrapalha em nada, se eu...Se eu tiver uma atividade mais dinâmica, passa a sonolência. Se daqui um pouquinho eu tomar uma Coca Cola e fumar um cigarro, termina a sonolência, quer dizer, não me incomoda mais como antes, até porque antes eu não sabia se dormia de menos ou demais. Eu não tinha um diagnóstico, agora eu tive um diagnóstico.

P: E esse...Disseste que precisas de um estímulo, né.

E: É.

P: Já falaste em chimarrão, café, cigarro, mas, sobre o tipo de atividade, tem também...

E: Ah, sim. Até está relacionada porque como a atividade, a atividade de laboratório de microbiologia é uma atividade que não é tão dinâmica, dependendo da área que tu desenvolve. Se tu tem por exemplo uma função de examinar, fazer 20, 30 lâminas durante uma manhã, aquilo é monótono, tu ficar num microscópio, num campo às vezes escuro, né, ou não muito claro, fazendo aquela pesquisa. Então isso, isso aí te, te faz com que tu aumente a tua sonolência mas não chega a ser isso. A, a sonolência é assim ó: estou acordado mas fico 'aéreo', não fico com a atenção máxima, não estou atento, né, e uma das coisas assim que eu procuro evitar é de viajar de carro nesse período da manhã. Eu procuro evitar, né, de acordar cedo, jamais acordar cedo pra, pra dirigir porque...Aí sim, aí, aí dá sonolência, sono mesmo, vira sono na estrada. É uma maravilha. É o sono que eu pedi a Deus na estrada depois de...É, a coisa é tão psicológica porque assim ó, sabendo que eu vou viajar amanhã, eu já começo hoje a sentir sono. Gozado isso, né?

P: Sim. E tu gostas de viajar?

E: Não, eu não faço muita questão. Eu vou muito pra Florianópolis, mas aí eu saio assim, tipo, acordo de manhã, faço todas essas coisas que tu falou, calmamente, tomo um chimarrão, a Coca Cola, fumo um cigarro e saio ao meio-dia. Passo no *McDonald's*, tomo, faço um lanche ou ali na primeira parada da Estrada do Mar, pra não ficar com, também com uma alcalose pós-prandial, que daí se junta, né. Mas é o meu hábito, isso aí é assim, eu tenho 48 anos e, e desde pequeno assim, dos, hã, 8, 9 anos...

P: Tu falaste 10 anos. O que tu achas desses 10 anos...

E: O quê?

P: Que tu começaste a perceber essa sonolência ou ter a sonolência?

E: Dez anos de idade?

P: É.

E: Não, é, o que eu te digo é o seguinte é, não é que eu tenha percebido essa sonolência, porque a criança não tem capacidade de discernir...

P: Porque no início, tu disseste que desde os 10 anos...

E: É, eu acredito que antes até. Mas assim, de, eu lembro de ir pro colégio, pequeno, e, não ficar 'ligadíssimo', sabe. É aquele negócio de ficar 'ligado', de tu sentir todos os estímulos. Fica uma coisa aérea assim, de chegar em casa, isso eu me lembro, de chegar em casa, pequeno, e me deitar na cama, assim, deitar, eu acho que relaxando uns 15, 20 minutos dormindo, a minha mãe chamava "ó, Zé, tá pronto o almoço", a minha vó ia lá almoçava, tá, depois dormia mais um pouco. Então é bem típico e...É claro, esse tipo de droga...Agora eu não consultei mais com o Dênis, a vontade de repente era voltar, tentar tirar de uma forma mais, hã, menos brusca, né, e verificar o que acontece. Mas eu tô me sentindo bem. Aí eu fico usando, hã, eventualmente, agora faz uns 10 dias que eu tenho tomado direto. Tem aqueles probleminhas que acontecem, familiar, etc, etc, e tu sabe que vai te perturbar, aí toma. É o tipo da coisa que tu toma uma droga, ela...Tu não pensa no problema, né.

P: Se tu não tomares droga e pensa no problema, te dá sono ou tu perdes o sono?

E: Não, pelo contrário.

P: Perde o sono.

E: Fica tenso. Isso acontece comigo e contigo também (risos), não esconde. Não é? Mas aí...

P: Aí tu ficas muito 'ligado'?

E: Como?

P: No problema.

E: Não, eu acho que não, também não é uma coisa, uma coisa louca...

P: Mas a ponto de...

E: Mas a ponto de perturbar, quer dizer, passei o dia estressado, teve problema aqui e lá e tal, sabe. Outra coisa que é interessante, o álcool. Álcool, ele é muito bom, mas aqui ó, se eu tomar álcool, é geralmente no fim-de-semana que a gente vai, que a gente vai tomar uns 4 *chopp*, eu não tomo bebida destilada, só *chopp*, né, e dá uma sonolência, muito bom, dorme, dorme bem. Mas o despertar já é mais cedo um pouco, significa que ele não faz um ciclo completo, né. Eu não posso usar esse artifício como uma maneira de resolver esse problema, daí eu termino ficando alcoólatra. Tem que ter cuidado. E eu acho que esse tipo de coisa, esse trabalho que tu tá fazendo é interessante porque imagina quantas, quantas pessoas sofrem com esse problema e buscam outras alternativas, imagina o jovem, o adolescente, que busca de repente a droga pra conseguir superar uma, uma, uma coisa que ocorre durante um período da, da, da jornada dele diária, né. Pela manhã, por exemplo, então, busca a droga, inevitavelmente ele busca, ou por falta de conhecimento, por ignorância ou até pelo prazer de se sentir melhor. O que eu não deixei de vir buscar uma droga, apesar de que, né... A droga em duplo sentido, né? A droga com o Dênis, mas quem não tem condições de chegar ao Dênis vai buscar a droga na periferia, não precisa mais hoje na periferia, tem até tele-entrega. Então, acho que esse tipo de trabalho é muito interessante e o, tá desenvolvendo bastante, né, a medicina do sono. Agora a polissonografia eu tinha vontade de fazer outra né, naquela situação ali pra ver qual é o meu comportamento. Nós já pensamos nisso, o Dênis, então de repente, na tua pesquisa, se tu quisesse incluir alguma coisa, seria interessante. Eu tenho a primeira, faríamos uma segunda pra ver a evolução após um período. Foi assim questionado com ele, ele estuda muito a parte também de ventilação, né, há, problema de, de respiração, certo, olhamos bem isso aí.

P: E nesse sentido, percebes em ti alguma coisa?

E: Não, eu já tinha obstrução de cornetos e aí fiz algumas, algumas infiltrações de corticóides e foi melhorando e tal, e, mas eu tenho dormido bem com, com uma respiração sem problema, até porque não tem problema de apnéia, né, e ronco, né. Não sei se tu leu o meu...

P: Sim, é.

E: Não tenho. E...Mas a gente, a gente analisou um pouco disso aí. Nós analisamos também a parte anatômica do que eu tenho aqui, que é um tipo dum, sou meio agnata, né, então, isso poderia também provocar, segundo o Dênis, uma alteração aí por dentro e lá pelas tantas, fazer uma obstrução, mas não, não é o caso. Não se, não se concluiu nada disso. Eu pensei até em fazer cirurgia lá do palatos, há, ele me desaconselhou, porque disse não, isso aí depois o seguinte, se um corneto fica obstruído, né, o outro compensa a puxada de ar, sabe. Eu tenho lá uma coisa tópica que eu coloco não é, desses vasoconstritor, é, esse, é, enfim, é outro, outro, é uma outra medicação. Eu ponho eventualmente quando vejo que tá meio obstruído.

P: Ficas assim sempre preocupado ou ligado nisso, nessa questão, vendo se melhorou, se não, se está bem...

E: É, queira ou não a gente sempre se liga porque assim, é um indicador.

P: Te atrapalha bastante.

E: É...Claro que eu gostaria de não tomar nenhuma droga, mas assim ó, tô olhando ali na, no início do meu trabalho aqui na primeira pesquisa do Dênis, eu me queixava de dor de cabeça excessiva, quase que 4 por mês. Dor de cabeça, cefaléia ou enxaqueca, sei lá o quê que era. Eu me queixava de várias coisas que sumiram completamente. Dor muscular, quer dizer de mau posicionamento, cervical, etc, isso aí, isso aí foi embora. Então aí que a gente começa a ver e essas outras coisas que eu já falei anteriormente. A, tu fica com mais segurança, tu fica...Tu sabe que no teu despertar tu vai garantir um dia de boa qualidade, vai resolver problemas com calma, sem *stress* e...

P: Que tipo de problema te preocupa mais ou interfere mais contigo?

E: Não, são problemas do dia-a-dia que a gente tem com funcionários, com cliente, com paciente, também tem pela manhã paciente. Coisas que não são nada assim, grave, né.

P: Fazem parte do teu trabalho?

E: Fazem parte do trabalho. Não é uma notificação do, do Leão*, que quando é do Leão, aí fica pior ainda, né (risos). Então isso, isso contribui pra que a gente fique, nós todos, né, a gente fica um pouco estressado, soma um pouquinho de adrenalina numa, numa hora do dia, na terceira hora, sei lá, aí junta tudo aquilo...

P: Em relação ao teu trabalho, é isso o que tu querias fazer, escolheste bem?

E: Não, é isso. E é interessante, esse trabalho que eu tenho, meu, que é o laboratório de análise de água, de alimento, como eu tenho a função pública que é pela manhã, eu só vou à tarde mesmo. Então agora que eu estou de licença-prêmio, eu não vou de manhã, porque agora eu quero ficar em casa, quero caminhar, quero fazer ginástica, ler a Zero Hora com a maior calma, sabe, e vou pra ele à tarde porque lá encontro prazer. Por quê? Porque lá, eu vou, não vou de manhã, que fico ameaçado de ficar sonolento ou não, não tô a mil. Eu vou à tarde, às 2:30, eu estou a mil, até às 5, 6 horas, na hora que eu fico lá.

P: E quando tu estavas trabalhando de manhã, à tarde tu ficavas mais 'pesado', assim, nesse sentido do sono?

E: Não, quando eu não tomava remédio, sim. Mas depois da medicação, porque aí tu acorda melhor, o meu hábito...

P: Sim, mas tu disseste agora que antes de tu entrares em licença...

E: Não, aí eu ia pra Saúde de manhã e à tarde pro laboratório.

P: E aí ficava 'pesado' o dia?

E: Não, não, não ficava. Porque o meu hábito de, desde pequeninho, dormir após o almoço, fazer a sesta de 40 minutos, continua mesmo com a *Nortriptilina*, a *Carbamazepina*, não importa, isso eu disse pro Dênis lá, isso é um prazer meu. "Mas tu tem sono?", não, tudo bem, às vezes eu viajo, viaja, a gente viaja e não vai tá dormindo numa viagem porque é perda de tempo, conhecer as coisas. Então eu tenho aquela sonolência provocada pelo, pela alcalose pós-prandial mesmo, aí tu pára pra almoçar, tu come relativamente bem, mas eu, aí tu consegue controlar porque depois de um cafezinho, depois das 2 da tarde passa tudo, né. Mas como aqui eu não tenho esse problema, eu não consigo ficar da...Vamos dizer, do meio-dia e vinte, que é a hora que termina, termina de almoçar até às 2 horas sentado vendo televisão. Eu vou dormir.... Eu não posso?...

P: E à noite, como é que é?

E: Ah, eu vou dormir à noite 1 hora, nunca antes disso, 1 hora e ali pelas 10 e meia, eu tomo a *Carma*...a *Carbamazepina*, não, a *Nortriptilina*.

P: E se tu não tomas, tu dormes mais, menos...

E: Não, a gente dorme, acorda, acorda mais cedo. Ontem eu tomei. E hoje a minha mulher me xingou "ah, eu sou um louco". E o dia tava muito bom pra dormir até mais tarde... Mas a tua pesquisa, pelo o que eu entendi, o Dênis me falou, é de avaliar algumas palavras que a pessoa...Como isso? Vai ser uma dislexia, é isso?

P: Não, não, não. É assim, ver se, nas pessoas que têm esse sintoma, existe tipo assim, um padrão de linguagem.

E: Ah, tu vais cuidar...

P: A linguagem.

E: A linguagem.

* Leão: Imposto sobre a Renda

P: É.

E: É interessante, não é fácil, né.

P: Não. É uma tentativa pra ver se...

E: Classificar, né. Porque imagina o seguinte, como eu tô tomando a droga, na verdade tu não tá me avaliando...

P:Exatamente em estado puro.

E: Puro, puro sangue. Tem uma 'contaminaçãozinha', mas acho que vai te ajudar. Pelo menos o relato vai te ajudar porque, tu vai, tu vai tirar conclusões.

P: E assim, na tua vida pessoal, essa tua mulher, quando tu não estás trabalhando...Como é que fica isso, como é que tu te sentes, como é que é...

E: Como não tô trabalhando? Férias?

P: Não, assim, por exemplo, de noite, ou nas férias, ou nos fim-de-semana.

E: Ah, sim. Não, a gente tem um bom entendimento. A minha mulher não trabalha, mas minha mulher adora sol, então, ela, ela fica assim, muito tempo no sol e...Tanto na praia como aqui. Eu tenho uma filha de 18 anos, muito parecida comigo, também não é muito chegada a sol, né. Mas aí tem os amigos dela, né. Eu procuro, mas quando eu vou pra praia, até, eu me, me 'encho o saco' porque eu...Como elas, elas ficam muito tempo na praia, na praia, eu não fico, eu tenho que ficar sozinho no apartamento, na casa, então...fica monótono.

P: Aí tu ficas dormindo?

E: Não, dormindo não. Eu vou de manhã pra praia, venho almoçar rigorosamente no meu horário, 2 horas, na praia eu fico um pouco mais, durmo depois do almoço e...E aí ela vai pra praia, sabe, e aí eu fico por ali ou saio pra caminhar, mas pra dormir já é mais difícil também, porque tu dorme mais um pouco, muda os horários. Acorda mais tarde, tu dorme um pouco mais de tarde, sabe, até porque aí tu tem uma 'caipirinha', uma cerveja, aquilo te dá sono com almoço, não é os 40 minutos, dorme mais. Aí vai dormir mais tarde à noite.

P: Fim-de-semana também é assim?

E: Ah, sim... Na praia?

P: Não, normalmente, aqui.

E: Não, aqui não. Aí, é diferente. Aqui já é mais 'gás'. Porque aqui é cidade, a gente tem mais compromisso, então a gente procura manter sempre o almoço na hora do almoço, a não ser no domingo, aquele churrasco, sabe, sai depois da 1:30, 2:00, mas, hã, o hábito é que...Domingo é um dia que, pra mim, é ruim. Eu tenho que tomar sempre essa coisa.

P: Por quê?

E: Porque no domingo eu não tenho sono.

P: À noite.

E: À noite.

P: E também dormes mais pela manhã?

E: Ah, pois é. Se dorme mais pela manhã. Se dorme mais pela manhã porque não tem compromisso nenhum ou porque saiu no sábado e chegou tarde, o normal é de manhã. Depois, à noite, tu não tem sono, custa pra vir. E aí, tu tem que ter uma segunda-feira pela frente, que é um dia chato... de enfrentar pra todos nós. E aí toma...

P: Esse 'nós' é na tua casa?

E: Eu acho que pra todos nós que eu digo porque não é bom depois de um bom fim-de-semana recomeçar né, dar continuidade. E...Assim, uma das, uma das questões muito interessantes que o Dênis pergunta muito, é a questão de sexo, né, hã, se o indivíduo tem uma freqüência e tal, isso aí é importante. Eu não tenho problema nenhum também, tenho um bom relacionamento com a minha esposa, sem problema nenhum, se relaciona bem...Não interfere em nada.

P: E na tua família assim, de origem...Pai...

E: Ah, essa pergunta foi boa! Pai. Pai não tinha problema, dormia muito bem. Dormia bem mesmo. A mãe tem problema de distúrbio do sono. Sempre teve problema.

P: Como é que é?

E: E...Ela não se queixa dessa sonolência diária, ela se queixa de insônia. Provavelmente ela tenha a sonolência que eu tenho, só que ela não, nunca se queixou, ela compensa. E também fica em casa, não tem...Ela já tem...78 anos.

P: Essa insônia dela é agora, depois de uma certa idade ou quando...

E: Não, ela sempre teve.

P: Quando tu eras pequeno...

E: Sempre. Sim, sempre teve. Por um motivo ou por outro, por isso ou por aquilo e o meu pai ficava indignado: "bah, tu não dorme, vira prum lado, vira pro outro", isso aí. Eu tinha, meu avô, por parte de mãe, por parte de mãe, não tinha problema nenhum. Por parte de pai, ele, ele tinha tipo assim, chamavam naquele tempo de arteriosclerose cerebral, mas eu acho que era um *Alzheimer*, né. Morreu com 92 anos. Uma pessoa muito nervosa, muito...Muito, muito tensa e ele permaneceu, pra ti ter idéia, mais de 30 anos na cama, ficou paralisado os membros inferiores, tudo, mas tinha uma vitalidade de, de guri, né, se batia no rosto e...Mas é uma pessoa muito nervosa. Isso...

P: Ele ficou depois de doente ou sempre foi assim?

E: Não, ele sempre foi. Ele começou, começou assim com, com manias como não conseguir urinar e...Começou a desenvolver depois dos 50 anos. Com 40 e poucos anos, com a minha idade, começou a ter um monte de, de manias, segundo eles contam (se enrola nas palavras)...Meu pai contava, minha, minha mãe...E, aí aos poucos começaram a fazer isso tudo, levaram ele, ele ficou no São Pedro, ficou no São José, em vários hospitais psiquiátricos. Pra tratar naquele tempo era absurdo o tratamento, ainda com eletrochoque, né. Ele sofreu muito com aquilo e...E não era, o problema dele, talvez hoje teria resolvido com o avanço todo mas naquela época não conseguia fazer um diagnóstico; o diagnóstico era arteriosclerose cerebral. E ele veio a morrer com 92 anos, mas com assim, pressão normal, sem problema cardíaco, sem problema respiratório, tá, e com muita energia, de força, de gritar, de falar alto, sabe, e...Então, tem coisas aí...

P: Tu convivias com ele?

E: Claro, mas não, não em casa, mas assim, ó, minha tia morava e a minha vó moravam na casa da frente e nós fomos alfabetizados pela tia Célia. Então, ele, hã, é, ele ficava naquele quarto e nós ficava, hã, a gente era pequeno e ficava, há, tava sendo alfabetizado ali. Tu imagina, né, hoje eu começo a ver, talvez eu tô me 'dando conta' agora, aqui, conversando contigo. Que coisa, né! E ele, ele gritava do outro lado, gritava o nome das pessoas, dizia nomes, palavrões, a ponto de que a casa da minha tia que ficava na rua J. P., quase na frente daquele bar O., e tinha uma parada de bonde ali, naquele tempo, bonde e ônibus, hoje talvez tenha. Olha, ele tava no quarto da frente, ou do meio, depois é que passaram ele pros fundos, parece. Se tu olhasse a casa, a frente da casa, a angústia das pessoas, colocava os pés e as mãos pra puxar a parede. Toda a frente ficava, arrebentada na frente porque tava sempre ouvindo aquilo, aquela pessoa gritar, gritava o nome dela bem alto, da minha mãe, da minha vó, gritava. Então, e nós fomos alfabetizados ali.

P: Quer dizer que...

E: Numa sala do lado.

P: Quer dizer que, se as pessoas da frente da casa ficavam assim, como tu achas que tu ficavas?

E: Exatamente....uma criança, né. E ele, claro, né, a gente até gostava dele: "olha, vem cá vê o vôzão!", a gente chamava ele de "vôzão". E a gente chegava lá, e ele pegava na mão

da gente, “ó, Joanelha, como é que tu vai?”, ele falava, ele era velhinho, tudo bem e tal, “eu tô muito ruim, eu tô muito mal!”, não tinha nada, vivia super-bem e tudo mas tinha que comover e tal. Mas se dava cada tapa no rosto assim, assim com o rosto super-vermelho, “bah!”, dizia “Pátria!”, “Célia!”, hã, ou então dizia “vai pra puta que o pariu!” (risos), hã...Era até cômico o “vôzão”. Mas, hã, nós fomos criados meio nesse convívio.

P: Como é que era a reação da família? Falava...

E: Não, a gente...É...Achava aquilo, como se, eu me criei junto, um fato normal, nada de estranho. Mas que não é o bom, não é, se pensando hoje, não era bom pra criança. Nós ficamos bem ali, conviveu, nós somos em quatro, 2 moças e 2 guris, só que o meu irmão, o meu irmão acho que não pegou bem a fase porque ele tem 10 anos de diferença de mim, mas conheceu ele sim, ele é mais novo. As irmãs, claro. Isso tudo tem relação, pode ter perturbação, por aí.

P: E essa insônia da tua mãe, repercutiu em ti de alguma maneira, de se queixar ou por, ou a doença do teu avô...

E: É, isso aí teve uma fase que eu acho que balançou muito, né. Depois vem a fase, vem a fase assim de, de, nós somos em 4. O meu pai era comerciante, tinha relativamente uma situação financeira boa pra nos manter o estudo, deu faculdade, tudo foi do dinheiro dele, né. Mas, teve fases da vida que foi meio complicado, né. Que teve um aperto assim, em termos de...Isso é muito importante, a parte econômica quando tem que ‘apertar o cerco’, e aí, aí eu me lembro que a mãe se queixava, chorava que tinha que comprar isso e aquilo e não tinha condições de comprar. E a gente assistia aquilo ali, me chocava também, né.

P: E como é que tu reagias?

E: Ah, eu não sei. Acho que a gente nem sabe.

P: Ia dormir?

E: Não, acho que não. Não, acho que não. Eu, eu, eu sou nesse ponto, eu sou super-regrado porque o meu avô, acho que foi o meu avô, por parte de mãe, de mãe, que me colocou esse hábito. Ele era italiano e ele era, ele tinha aquele hábito, assim, de dormir, fazia a sesta após as refeições. Gritava: “ah, Zé, vamos tirar o nosso sono!”, aí eu era pequenininho, e tava com ele ali, tá.

P: E era uma coisa boa...

E: Ótimo! Imagina só, deitar do lado do vô...Muito bom. E eu desenvolvi esse hábito. Agora (pausa)...Fui me ‘dar conta’ quando, como eu te falei, acho que quando eu já tava no primeiro, segundo ano primário que eu começo a me lembrar hoje, né. Na época eu acho que eu não me ‘daria conta’; me ‘dei conta’ depois de marmanjo, que fui ver que a...Gozado isso. Passar o dia, a manhã meia ‘aérea’, não é igual à tarde, não é igual à noite. Eu adoro a noite! Adoro a noite. Fui professor da escola pública da universidade, sempre à noite. Nunca procurei horário pela manhã, certo. Porque à noite eu tô com todos os sentidos aguçados. Agora, se tu descobrir na tua pesquisa de que a sonolência não tá relacionada, não tem uma relação com a, não precisa ter a droga, aí que tu vai quebrar a clínica do Dênis (risos)! Que é só o que eu acho que o psiquiatra também, ele pensa muito nesse lado, né, de se corrigir etapas, se ‘dar conta’ das etapas do passado...

P: Sim.

E: E corrigir a necessidade da droga.

P: E...

E: A droga ‘apaga o incêndio’, né...

P: Tu tens alguma idéia de quando tu eras nenê como é que era?

E: Não, não. Isso aí só...

P: Só falaram.

E: Não. Não! Claro, eu tenho uma, um bom, uma boa colocação para ti. Quando eu era nenê, quando, até os 5 anos, eu acho, idade que a gente já...É, eu acho que é isso aí sim, 5, 6 anos, eu me 'finava', é...A ponto de, a ponto de, o meu avô, esse meu avô, que eu dormia com ele, ele, ele me fazia respiração boca-a-boca prá resolver. Aí, levaram eu naturalmente no médico e tal, era um pediatra que era um...Era, era único acho que em Porto Alegre na época, que se chamava Breno, não sei o sobrenome. Ele disse: "olha aqui ó, não façam nada, de colocar respiração boca-a-boca, nada", e me seguravam, seguravam, eu me lembro disso, aí sacudiam assim quando a criança pára de respirar, né, "coloca ele na cama, fecha a porta do quarto e deixa. Se tiver algum problema, eu rasgo o meu diploma". Aquela coisa de dizer...Segurança, né. E eu acho que eles fizeram isso. Porque realmente eu não me 'finei' mais.

P: Isso era até que idade que aconteceu?

E: É, eu não te dou com precisão, né, mas, hã, acredito, até os 5 anos.

P: Até os 5 anos.

E: Porque eu me lembro depois que com 7 anos na escola primária, eu não me lembro mais de chorar, assim, gritar. Isso aí é uma coisa que de repente...

P: E tu lembras o quê provocava isso?

E: Ah, um 'besteirol': "quero ir junto!". Sai a mãe e o pai pro cinema, "eu quero ir junto", "não, não, tem que ficar com a vó e o vô" e dava na vó e no vô, "não, não, eu quero ir junto", eu começava a chorar. E...Bem isso. Não se vê mais, hoje não se vê mais essa coisa de 'finar', eu disse "minha filha", eu me lembro que se às vezes ela fazia, en...Começava a querer se 'finar', mas em seguida...Tu já presenciou uma criança se 'finar'?

P: Sim.

E: Coisa muito feia, né. Fica roxo, diz que eu ficava assim, aí, tu imagina, naquele tempo, todo mundo correndo prum lado, pro outro, quê que eu faço, quê que eu não faço, respiração boca-a-boca, isso aí. Isso pode ter uma...Repercussão.

P: E aí eles não iam, por exemplo, ao cinema? Eles controlavam a situação ...

E: Ah, eu acho que eles esperavam um pouco e iam sim. Tá, não deixavam de ir (pausa). É (pausa). Isso aí é um fato que, que me lembra que foi muito comentado que era só, de todos os meus irmãos, era só eu, tive esse sintoma.

P: Tu és o mais velho? Tens irmãos?

E: Não, tem a irmã mais velha. Dez anos de diferença um de cada um. Todos. Tem a irmã, dez anos mais velha, tem a outra mais velha, a diferença é uma 58, eu tenho 48, é, a irmã mais velha 58, a irmã do meio tem 51, meu irmão mais novo, 40, 37, 38, 10 anos, 38. Uma diferença boa. Mas, tudo perturba, a família não tá, não tá, não tá mais organizada, boa como era assim, sabe. Hoje tá só meio que, meio que, meio que, separados, divididos.

P: Os irmãos?

E: É, os irmãos. A gente se, não se visita mas em dia de aniversário diz: "ah, vamos lá" e tal, mas não fica, não é uma coisa freqüente como era assim todos os domingos, que se reunia prum churrasco. Acho que até é bom, né, também sempre, também é a mesma coisa...

P: E por que mudou?

E: Pois é...Acho que foi, foram, foram 'enchendo' a, a paciência daquele, daquela rotina, né. E depois todos também já têm uma condição financeira melhor. Antes, a gente meio que se agregava, nós ia veraneiar lá na praia da Cidreira, que tinha uma casa, era do meu pai lá e a gente...todos iam pra ali, então, depois aí vem, cada um casou, teve filhos, aí fica complicado, né. Então hoje, estão meio desagregados. E hoje eu procuro ainda, eu

sou considerado ‘catalisador’ da, da família. Eu, eu procuro reunir pra fazer um churrasco, algum tipo de, de reunião pra atrair to...O grupo, né.

P: E pelo que tu disseste, tu tinhas uma ligação bem forte também com os avós.

E: É, com os avós, afetivos, sim. Era bem, bem forte.

P: E isso já...

E: Ah, faleceram, claro.

P: Teus pais são vivos?

E: Não, não, o pai é falecido. E a mãe, a mãe é viva, com 78 anos, te falei. O pai faleceu cedo, com 60 anos. Teve um linfoma, né, consegui controlar, mas eu acho que não se consegue controlar linfoma ainda, né? E ele faleceu. Mas era uma pessoa também que não era uma pessoa calma, tranqüila, era muito estressado. Ele era comerciante. Talvez pela profissão, mas não importa, é o *stress*. Também ele, eu me lembro que ele tomava, sabe o quê que ele tomava? *Neozine*, pode ser? Um nome bem pequenininho. Acho que aquilo ali é um barbitúrico, né?

P: Não?

E: É, é.

P: Ele...Por que precisava...

E: Não, não, pra dormir não. Acho que era pra acalmar assim porque ele era muito agitado.

P: Era ‘explosivo’?

E: Era ‘explosivo’. De, de, de ‘botar a boca’ por qualquer coisa, ele gritava com a gente. Ele tinha um ato que era muito ruim quando eu era pequeno, que eu digo hoje pra minha mãe era “ah, tu apanhou muito, coitadinho”, era puxar a cinta, eu só via assim quando tava fazendo alguma arte, “pára, que eu vou resolver esse problema” e puxava a cinta e puxava daqui assim ó e acho que não batia, batia no chão e aquele movimento aqui, a gente ficava...Aquilo traumatiza a criança, né.

P: Ficavas assustado.

E: Eu acho que assustado. Talvez não batia mesmo.

P: Não lembras?

E: Não, não lembro (pausa). Tudo isso aí, tá. Cria, ah...Eu acho que eu, a minha filha eu procurei, procurei fazer de tudo pra que não, não tivesse...Mas não adianta, não existe, não existe uma regra, não tem um livro que tu consiga ver, “não vou, eu vou, eu vou seguir esse capítulo aqui hoje”. Não existe. Quem falar que existe tá mentindo. Eu tive uma, uma, um, um fato da minha vida que foi marcante. Eu chupeei bico também acho que até os 7 anos, 6 anos, tá. E, o que, aquilo que fizeram comigo eu fiz com a minha filha. E eu não me arrependo nem ela, hoje a gente comenta, não tem trauma nela com isso, mas é uma coisa agressiva, que eu me arrependo ter feito. Mas fizeram comigo e eu fiz. Porque eu gostava muito da pessoa que fez comigo e era o meu avô. Eu chupava aquele bico e aí um dia ele pegou meu bico e disse: “isso aqui é uma porcaria” e botou no chão e pisou em cima do bico (faz barulho com os pés). “Eu vou botar fora” e botou fora. E um dia, a minha filha já com 5, 6 anos com a história do bico, e a gente tava lá em Nova Petrópolis e era a história do bico amarrado numa fralda e não sei quê mais, tirava um e chupava o outro e tal, e tava reinando e não queria sair do carro e eu disse: “me dá os teu bicos que isso aqui não presta, bota fora”, e fiz o mesmo ato (bate com os pés no chão)..chi...chi...chi...chi. E ela parou e nunca mais, nunca mais teve...Não chupou bico. E aí eu, eu fico, às vezes eu fico pensando isso não é uma coisa que não tá certa, tá na medida, como ela gostava, eu gostava muito do meu avô, isso não me agrediu. Ela, pro pai, não deve ter agredido, ela aceitou, mas será que isso não traz uma consequência daqui a uns anos? Isso é que eu digo, não tem um livro pra...Qual é o correto, né.

P: E se fosse o teu pai que tivesse feito? Tu achas que tu terias sentido diferente?

E: Ah, eu acho que sim. Porque eu gostava mais do vô. Eu me identificava com o vô. Eu não, hã...O meu pai é interessante, eu não me relacionei bem com ele a vida inteira, né. Agora, quando ele ficou doente, eu dei atenção máxima pra ele. Eu era o único que podia dirigir, levava ele pra quimioterapia, pra radioterapia, eu ficava nos últimos tempos com ele, do lado, hã, fazendo *algafam* a cada 3 horas, pra dor...

D-4) Versão em espanhol da entrevista

P: Investigadora

E: Entrevistado

P:... Entonces me gustaría primero que me hablaras como te sentís, como están las cosas en ese sentido... o cualquier otro tema...

E: Bueno. Ese es un, ese tratamiento es un tratamiento que hice y hago todavía durante...creo...?no está ahí en mi ficha? Desde el 96, creo, me parece que unos 4 años, ?no? Entonces, todo el tratamiento se fundamentó en 2 drogas, la Nortriptilina y la Carbamazepina en concentraciones que variaban según la, mi desarrollo, ?no?, de, de sueño, mi perturbación de sueño. Y, ?no?, eso fue, fue maravilloso porque realmente yo tenía un despertar muy malo, ?no?, yo sentia, sentia medio, hasta mareado a la mañana, y, eh, solo cambiaba después del... del horario del almuerzo, eh, que después, yo, después de un descanso de 40 minutos, ?no? Y que sigo haciendo igual, ?no? porque esa costumbre no cambié en la vida porque creo que es bueno, ?no? Dormir un poquito después de las comidas. Sin embargo yo, durante todo ese período ahí, yo decidí darme el alta, no hice más el tratamiento y hoy me automedico, ?no?, eso es verdad, yo tengo facilidad de , de, de conseguir la, la, la solicitud, ?no?, la receta para hacer la droga, entonces...

P: ?Pero tomás regularmente?

E: No, yo no tomo más regularmente como al principio que yo usaba las 2. Hoy yo solo uso la Nortriptilina en 20mg de concentración, y yo tomo así como si en períodos de más ansiedad y bueno; a veces una semana seguido, a veces 15 días y paro, ?sabés?

P: ? Y esa ansiedad la relacionás con el asunto del sueño?

E: Sí...Yo creo que no, no, son cosas separadas, ?no? Pero lo que pasa es que cuando uno está más ansioso, uno también... Uno se acostua con la preocupación y no consigue iniciar el proceso de sueño.

P: Tarda más.

E: Tarda más. Entonces, con ese tipo de droga que, según Denis y la literatura, no es una droga, una droga para dormir, ?no?, la Nortriptilina, pero ella hace un relajamiento al principio, ?no?, y... Y ahí me va, me va bien, quiero ver hasta cuando. Yo hasta le pregunté a Denis si esa, si yo podría, eh, estropearme ?no?, la salud, usar un período muy largo y... y él dijo que no, pero que la Carbamazepina tendría que hacer algunas dosificaciones de, de enzimas hepáticas y bueno, ?no?, pero eso ahí yo no... A veces tomo, yo tengo 100mg, soy así, una maravilla también porque me relaja más.

P: Quiere decir que tu dificultad mayor, te parece, es relajar para poder dormir y tener somnolencia es una consecuencia...

E: No, mi queja inicial era la siguiente: yo no sabia si yo dormia demasiado o poco. Entonces hice una polisomnografía aquí, ?viste?, y aquí yo dormi pesadamente porque la polisomnografía no es la cama de uno, ?no?, y eso es un asunto, una cosa ocasional, un examen lleno de electrodos y de cosas por todas...Y yo dormi mal pero dormí. Dice Denis que durante el periodo que dormi, 3 horas y media, me parece, eh, se pudo ver que yo no

tenía un sueño profundo, inducido, ¿no? Una de las fases del sueño yo no estaba inducido, eso entonces repercute durante el día en el...

P: En la somnolencia.

E: En la somnolencia. Y ahí empezó entonces ese tratamiento ¿viste?

P: Eso se podría entender así: que vos tenés cierta dificultad de “desenchufar” de las cosas, pensás mucho, te preocupás... ¿Es eso?

E: Sí, creo que sí. Uno se preocupa, eh... O entonces, muchas veces pasa así, mirá, mucha... Las ganas de dormir, y tal, te acostás y te dormís en seguida, después algunas horas te despertás. Y ahí listo, se terminó el sueño, ¿sabés?, 2 horas después se terminaba el sueño.

P: ¿Y cuándo pasa eso?

E: Y , uno no tiene... Yo no consigo relacionar mucho porque yo tampoco, no quiero estudiarme mucho sino uno queda solo dependiente, ¿no? Pasa cuando, cuando esse hecho ocurre cuando, aquel: “ah, no lo voy a usar”. Entonces, yo prefiero no profundizarme mucho, ¿no? Lo de cada uno. Ahora yo creo lo siguiente, que yo solo puedo, le digo a todos y conozco y seguro que hay varios pacientes que fueron indicados por mí, que mi calidad de vida después de ese tratamiento de él cambió mucho, cambió mucho porque yo, yo... La de cosas que hice en 4 años de tratamiento que antes yo no hacía porque, naturalmente porque yo duermo mejor y porque, que sé yo, la droga también corrige, te deja más seguro en determinadas cosas. Vos que sós psiquiatra podés responderme, no sé cual es el efecto de esa droga directamente en el cerebro, lo que corrige, es una cosa tan antigua, ¿no?, la Amitriptilina y la Carbamazepina, está siendo usada hoy por, por, por ustedes en esa área del sueño. Seguro que es...

P: ¿Que cosas, así, te parece que cambió en tu vida?

E: No, así, eh, el, el desarrollo profesional, quiere decir. Yo...

P: ¿Trabajás en que, mismo?

E: Yo trabajo, yo soy, yo soy biólogo, especializado en microbiología y tengo, hace 24 años de salud pública, en el área de laboratorio de análisis, eh, clínicos, ¿no? Y ya me estoy jubilando ahora porque uno tiene tiempo de, todo aquello, o sea, con 25 años se jubila. Y durante esse período, yo desarrollé un laboratorio para mí. Un laboratorio de análisis médicos, de análisis, eh, médicos ambientales, que básicamente es análisis de agua, de alimentos, direccionado a empresas, no para, para personas en si, pero a empresas, ¿no? Y claro y fue bueno, yo desarrollé mucho, yo adquirí, adquirí cosas.

P: Eso después de...

E: Después. Yo adquirí cosas para mí, eh... Es decir, eh, mi departamento nuevo, compré departamento, compré coche nuevo. Entonces, todo en cosa de 4 años que puedo relacionar de repente con mi bien estar. Sinceramente, yo pasé, creo que, desde los 10 años, yo siempre tuve ese síntoma, ves, y despertar a la mañana bien y después pasar todo el día, no, todo el día no, toda la mañana medio volando, así, medio volando, medio “fuera del aire”. Y uno, cuando, chico no entiende, cuando adolescente no entiende. Vas a una escuela a las 7 de la mañana, sabés, te despertás a las 6, 6 y media,, ¿no?, para empezar una clase temprano, no tenés buen rendimiento en la escuela, yo nunca fuí un buen alumno, sabés, medio que... Fué complicado estudiar, eh, repetí el primer año de la secundaria, ¿no?, en aquel tiempo, ¿no?, y, así, mirá, determinadas cosas que vos hacés puede estar relacionada con eso. Yo soy un fumante, no soy un fumante, eh, obsesivo, un fumante de 10 cigarrillos por día, pero creo que está medio relacionado porque, es el tipo de cosa que ayuda en esos momentos, es la nicotina, ¿no?. Ella te da un, ella despierta un poco, ¿no?. Claro que en esa época era, era muy común que un pibe de 15, 16 años... el que no fumara era “trollo”, ¿no? Eso no es de tu tiempo porque vos sos bastante

más joven que yo, no sabés (risas)... Pero, en fin, es... Fué muy interesante esa experiencia. Entonces le digo a la gente...

P: Y antes, más actual, antes del tratamiento, cuando viniste para acá, como era, dormías mucho...

E: No, entonces vine aquí porque te dije antes, vine aquí y digo: “¿será que duermo demasiado o poco”? Entonces hice una polisomnografía. Ahí en la interpretación...

P: Pero esa repercusión, ¿como era, después de adulto, en tu vida?

E: ¿La repercusión del, del...?

P: De tu somnolencia.

E: No... También yo, yo, vamos a decir, superaba, o sea, yo trabajaba en aquel tiempo, en el Instituto de Investigaciones Biológicas que uno tenía, uno, yo tenía una, una sala para mí sólo, y de microbiología, entonces hacíamos un mate, nos reuníamos y tomábamos mate. El mate también es bien estimulante, a eso de las 10, bué, pasaba todo, no tenía más problema. Pero si no hay estímulo, existe somnolencia. Si paro con esos remedios, el primer, segundo día me siento superbién, mucho más vivo que con el remedio, porque el remedio él, él medio que, el efecto de él, yo no sé si es la dosis que estoy usando es chica, él es, el sigue... Leer, leer una Zero Hora, ahora estoy hablando con vos no estoy somnoliento, pero yo, mi costumbre de leer una Zero Hora a la mañana, a las 9 que me despierto, a la mañana tengo una licencia de jubilado, no tengo... licencia con gozo de sueldo, no estoy yendo al trabajo. Entonces agarrás así la Zero Hora y empieza, te dá una somnolencia, ¿viste? Pero eso no molesta en nada, si yo... Si yo tuviera una actividad más dinámica, pasa la somnolencia. Si dentro de un ratito tomo una Coca Cola y fumo un cigarrillo, termina la somnolencia, quiere decir, no me molesta más como antes, hasta porque antes yo no sabía si dormía poco o demasiado. Yo no tenía un diagnóstico. Ahora tuve un diagnóstico.

P: Y ese... Dijiste que necesitás un estímulo, ¿no?

E: Sí.

P: Ya hablaste del mate, café, cigarrillo, pero, sobre el tipo de actividad, también hay...

E: Ah, sí. Hasta está relacionada porque como la actividad, la actividad de laboratorio de microbiología es una actividad que no es tan dinámica, dependiendo del área que desarrollás. Si tenés, por ejemplo una función de examinar, hacer 20, 30 laminas durante una mañana, aquello es monótono, vos quedarte en un microscopio, en un campo a veces oscuro, ¿no?, o no muy claro, haciendo aquella investigación. Entonces eso, eso ahí te, te hace con que aumentes tu somnolencia pero no llega a ser eso. La somnolencia es así, mirá: “estoy despierto pero estoy ‘volando’, no quedo con la atención máxima, no estoy atento”, ¿no?, y una de las cosas que trato de evitar es de viajar en coche en ese período de la mañana. Yo trato de evitar, ¿no?, de despertarme temprano, jamás despertarme temprano para, para manejar porque... Ahí sí, ahí, ahí dá somnolencia, sueño mismo, se vuelve sueño en la ruta. Es una maravilla. Es el sueño que pedi a Dios en la ruta después de... Sí, la cosa es tan psicológica porque así, mirá, sabiendo que voy a viajar mañana, ya empiezo hoy a sentir sueño. Que raro eso, ¿no?

P: Sí. ¿Y a vos te gusta viajar?

E: No, yo no hago mucha cuestión. Yo voy mucho a Florianópolis, pero ahí yo salgo así, tipo, me despierto a la mañana, hago todas esas cosas que vos dijiste, calmamente, tomo mate, la Coca Cola, fumo un cigarrillo y salgo al medio día. Paso por el Mc Donald's, tomo, hago una merienda o ahí en la primera parada de la Estrada do Mar, para no quedarme con, también una alcalosis pos-prandial, que ahí se junta, ¿no? Pero es mi costumbre, eso es así, yo tengo 48 años y, y desde chico así, de los, ha, 8, 9 años...

P: Vos dijiste 10 años. ¿Que te parece de esos 10 años...?

E: ¿El qué?

P: ¿Que empezaste a percibir esa somnolencia o tener somnolencia?

E: ¿Diez años de edad?

P: Sí.

E: No, sí, lo que te digo es lo siguiente es, no es que yo haya percibido esa somnolencia, porque el chico no tiene capacidad de discernir...

P: Porque al principio vos dijiste que desde los 10 años...

E: Sí, creo que hasta antes. Pero así, de, yo me acuerdo de ir a la escuela, chico, y de no quedarme 'enchufadísimo', ¿sabes?. Es aquello de quedarte 'enchufado', de sentir todos los estímulos. Queda algo volando, así, de llegar a casa, eso me acuerdo, de llegar a casa, chico, y acostarme en la cama, así, acostarme, creo que relajando unos 15, 20 minutos durmiendo, mi madre llamaba "Zé, está listo el almuerzo", mi abuela iba allá, almorzaba, bué, después dormía un poco más. Entonces es bien típico y... Y claro, esse tipo de droga... Ahora no consulté más con Denis, las ganas, de repente, era de volver, tratar de sacar de una manera más, eh, menos brusca, ¿no?, y ver lo que pasa. Pero me estoy sintiendo bien. Entonces sigo usando, eh, eventualmente, ahora hace unos 10 días que lo ando tomando bien. Hay aquellos problemitas que ocurren, familiar, etc., etc., y sabés que te va a molestar, ahí tomás. Es el tipo de cosa que tomás una droga, ella... Vos no pensás en el problema, ¿no?

P: Si vos no tomás la droga y pensás en el problema, ¿te dá sueño o perdés el sueño?

E: No, al contrario.

P: ¿Perdés el sueño?

E: Queda tenso. Eso me pasa y a vos también (risas), no lo escondas. ¿No es cierto? Pero entonces...

P: ¿Entonces quedás muy 'enchufado'?

E: ¿Como?

P: En el problema.

E: No, creo que no, tampoco es una cosa, una cosa loca...

P: Pero a punto de...

E: Pero a punto de perturbar, quiere decir, pasé el día estresado, hubo problemas aquí y allá, ¿sabés? Otra cosa que es interesante es el alcohol, El alcohol es muy bueno pero, mirá, si tomo alcohol es generalmente en fin de semana que uno va, que uno va a tomar unos 4 chopp, yo no tomo bebida destilada, solo chopp, ¿no?, y dá una somnolencia, muy bueno, duerme, duerme bien. Pero el despertar ya es un poco mas temprano, significa que no hace un ciclo completo, ¿no? Yo no puedo usar esse artificio como una manera de resolver ese problema, si no acabo volviéndome un alcoholico. Hay que tener cuidado. Y yo creo que esse tipo de cosa, ese trabajo que estás haciendo es interesante porque imaginá cuantas, cuantas personas sufren com esse problema y buscan otras alternativas, imaginá el joven, el adolescente que busca de repente la droga para conseguir superar una, una, una cosa que ocurre durante un periodo de la, de la, de la jornada, de él, diária, ¿no? Por la mañana, por ejemplo, entonces busca droga, inevitablemente él la busca, o por falta de conocimiento, por ignorancia o hasta por el placer de sentirse mejor. Lo que no dejé de venir a buscar una droga, apesar que, ¿no?... La droga¹ en doble sentido, ¿no? La droga con Denis pero el que no tiene condiciones de llegar a Denis vá a buscar la droga en las afueras, no necesitás más hoy en las afueras, hay hasta entrega por teléfono. Entonces, creo que ese tipo de trabajo es muy interesante y, mirá, se está desarrollando bastante, ¿no?, la medicina del sueño. Ahora la polisnografía, tendría ganas de hacerme otra, ¿no?, en aquella situación ahí para ver cual es mi comportamiento. Nosotros ya pensamos en eso, Denis, entonces de repente, en tu investigación si quisieras incluir algo, seria interesante. Yo tengo la primera,

¹ droga (en Brasil): medicamento; porqueria.

haríamos la segunda para ver la evolución después de un tiempo. Lo cuestionamos así con él, él estudia mucho, también, la parte de la ventilación, ¿no?, eh, el problema de, de respiración, viste, vimos bien eso.

P: ¿Y en ese sentido percibís algo en vos?

E: No, yo ya tenía obstrucción de cornetos y entonces hice algunas, algunas infiltraciones de corticoides y fue mejorando y bué, y, pero ando durmiendo bien con, con respiración sin problema, hasta porque no tengo problema de apnea, ¿no?, y ronco, ¿no? No sé si leiste mi...

P: Sí, sí.

E: No tengo. Y...pero nosotros, nosotros analizamos un poco de eso. Nosotros analizamos también la parte anatómica de lo que tengo aquí, que es un tipo de, soy medio agnata, ¿no?, entonces, eso también podría provocar, según Denis, una alteración por ahí adentro y por las tantas, hacer una obstrucción, pero no, no es el caso. No se, no se concluyó nada de eso. Pensé hasta en hacer una cirugía de los palatos, ah, él me desaconsejó porque dijo no, eso, después lo siguiente si un corneto queda obstruido, ¿no?, el outro compensa el tirón de aire, ¿sabés? Yo tengo algo tópico que me pongo, no es de esos vasoconstrictores, es, ese es, en fin, es otro, otro, es otro medicamento. Lo pongo eventualmente cuando veo que está medio obstruido.

P: ¿Te quedás así siempre preocupado o atento a eso, en ese asunto, viendo si mejoró, si no, si está bien...

E: Sí, queriendo o no uno siempre está atento porque así es un indicador.

P: Te molesta bastante.

E: Y...claro que me gustaría no tomar ninguna droga, pero así, mirá, estoy viendo ahí en la, al principio de mi trabajo aquí en la primera investigación de Denis, yo me quejaba de dolor de cabeza, demasiado, casi 4 por mês. Dolor de cabeza, cefalea o jaqueca, qué se yo lo que era. Yo me quejaba de varias cosas que se borraron completamente. Dolor muscular, quiere decir de mala postura, cervical, etc., eso, eso desapareció. Entonces ahí uno empieza a ver esas otras cosas que ya te hablé antes. Ah, quedás más seguro, te quedás... Vos sabés que al despertar te vas a asegurar un día de buena calidad, vas a resolver problemas con calma, sin estrés y...

P: ¿Que tipo de problemas te preocupa más o interfiere en vos?

E: No, son problemas del día a día que uno tiene con empleados, con cliente, con paciente, también hay paciente por la mañana. Cosas que no son nada así, grave, ¿no?

P: ¿Hacen parte de tu trabajo?

E: Hacen parte del trabajo. No es una notificación del, del Leão², que cuando es del Leão entonces queda peor, ¿no? (risas). Entonces eso, eso colabora para que uno quede, nosotros todos, ¿no?, uno queda un poco estresado, suma un poquito de adrenalina a una, a una hora del día, a la tercera hora, qué sé yo, ahí se junta todo...

P: En relación a tu trabajo, ¿era eso que querías hacer? ¿Elejiste bien?

E: No, no es eso. Y es interesante, ese trabajo que tengo, mi, que es el laboratorio de análisis de agua, de alimentos, como tengo un cargo público, que es por la mañana, solo voy a la tarde no más. Entonces ahora que tengo una licencia con gozo de sueldo, no voy a la mañana, porque quiero quedarme en casa, quiero caminar, quiero hacer gimnasia, leer la Zero Hora con más calma, ¿sabés?, y voy a la tarde porque allá encuentro placer. ¿Por que? Porque allá voy no a la mañana, que me siento amenazado de quedarme somnoliento o no, no estoy con todo. Voy a la tarde, a las 2:30, que estoy con todo, hasta las 5, 6, mientras quedo allá.

P: Y cuando estabas trabajando por la mañana, ¿a la tarde quedabas más 'pesado', así, en ese sentido del sueño?

² Leão (en Brasil): Impuestos sobre los Réditos.

E: No, cuando no tomaba el remedio, sí. Pero después del medicamento, porque entonces te despertás mejor, mi costumbre...

P: Sí, pero ahora dijiste que antes que entraras en licencia...

E: No, Entonces iba a la Salud por la mañana y a la tarde al laboratorio.

P: ¿Entonces quedaba 'pesado' el día?

E: No, no, no quedaba. Porque mi costumbre de, de chiquito, dormir después del almuerzo, hacer una siesta de 40 minutos, sigue aún con la Nortliptilina, la Carbamazepina, no importa, eso le dije a Denis, eso es un placer mio. “¿Pero tenés sueño?”, no, está bién, a veces vuelo, vuela, uno vuela y no se va a dormir en un viaje porque es pérdida de tiempo, conocer las cosas. Entonces tengo aquella somnolencia provocada por el, por la alcalosis pos-prandial mismo, entonces parás para almorzar, comés bastante bién, pero yo, ahí conseguís controlar porque después del café, después de las 2 de la tarde pasa todo, ¿no?

Pero como aquí no tengo ese problema, no consigo quedarme de la... vamos a decir, desde el medio día hasta las 2 de la tarde sentado viendo televisión. Voy a dormir... ¿No puedo?

P: ¿Y a la noche como es?

E: Ah, a la noche me voy a dormir a la 1, nunca antes de eso, a la 1, y por las 10 y media, tomo la Carma... la Cabamazepina, no, la Nortriptilina.

P: ¿Y si no tomás, dormís más o menos?

E: No, uno duerme, se despierta, se despierta más temprano. Ayer tomé. Y hoy mi mujer me chilló, “ah, soy un loco”. Y el día estaba muy bueno para dormir hasta más tarde...

Pero tu investigación, por lo que entendí, Denis me habló, es de evaluar algunas palabras que la persona... ¿Como eso? ¿Va a ser una dislexia, es eso?

P: No, no, no. Es así, ver si en las personas que tienen ese síntoma existe, tipo, un patrón de lenguaje.

E: Ah, vas a ver...

P: El lenguaje.

E: El lenguaje.

P: Sí.

E: Es interesante, ¿no?

P: No. Es un intento para ver si...

E: Clasificar, ¿no? Porque imaginate lo siguiente, como yo estoy tomando la droga, en realidad vos no me estás evaluando...

P: ...Exactamente en estado puro.

E: Puro, pura sangre. Hay una “contaminacioncita”, pero creo que te va a ayudar. Por lo menos el relato te va a ayudar porque vas, vas a sacar conclusiones.

P: Y así, en tu vida personal, esa tu mujer, cuando no estás trabajando... ¿Como queda eso, como te sentís, como es...?

E: ¿Como no estoy trabajando? ¿Vacaciones?

P: No, así, por ejemplo, a la noche, o en las vacaciones, o en los fines de semana.

E: Ah, sí. No, nosotros nos llevamos bién. Mi mujer no trabaja, pero mi mujer adora el sol, entonces, ella ella se queda así, mucho tiempo al sol y... Tanto en la playa como aquí.

Tengo una hija de 18 años, muy parecida conmigo, tampoco le gusta mucho el sol, ¿no?

Pero están sus amigos, ¿no? Yo trato, pero cuando voy a la playa, hasta, yo me, me 'hincho' porque yo... Como ellas, ellas se quedan mucho tiempo en la playa, en la playa, no me quedo, tengo que quedarme sólo en el departamento, en la casa, entonces... queda monótono.

P: ¿Entonces te quedás durmiendo?

E: No, durmiendo no. Voy a la mañana a la playa, vengo a almorzar rigurosamente en mi horario, a las 2, en la playa me quedo un poco más, duermo después del almuerzo y... Y ahí ella va a la playa, ¿sabés?, y ahí yo me quedo por allí o salgo para caminar, pero para dormir ya es más difícil también, porque dormís un poco más, cambiás los horarios. Te despertás más tarde, dormís más a la tarde, ¿sabés?, hasta porque ahí tenés una 'caipirinha', una cerveza, eso te dá sueño con almuerzo, no son los 40 minutos, dormís más. Ahí vas a dormir más tarde a la noche.

P: Fin de semana, ¿también es así?

E: Ah, sí... ¿En la playa?

P: No, normalmente, aquí.

E: No, aquí, no. Ahí es diferente. Aquí ya es más 'onda'. Porque aquí es ciudad, uno tiene más compromiso, entonces uno trata de mantener siempre el almuerzo a la hora del almuerzo, a no ser los domingos, aquel asado, ¿sabés?, sale después de la 1:30, 2:00, pero, eh, la costumbre de... Domingo es un día que, para mí, es malo. Tengo que tomar siempre esa cosa.

P: ¿Porque?

E: Porque los domingos no tengo sueño.

P: Por la noche.

E: Por la noche.

P: ¿Y también dormís más por la mañana?

E: Ah, bueno. Se duerme más por la mañana. Se duerme más por la mañana porque no hay ningún compromiso o porque se sale el sábado y se llega tarde, lo normal es a la mañana. Después a la noche no tenés sueño, cuesta a venirte. Y ahí tenés que tener un lunes por delante, que es un día pesado... de enfrentar para todos nosotros. Y ahí tomás...

P: ¿Esse "nosotros" es tu casa?

E: Creo que para todos nosotros que digo porque no es bueno que después de un buen fin de semana, volver, ¿no?, dar continuidad. Y... así, una de las. Una de los asuntos muy interesantes que Denis pregunta mucho es el asunto del sexo, ¿no?, eh, si el individuo tiene una frecuencia y bué, eso es importante. Yo no tengo ningún problema, también tengo una buena relación con mi esposa, sin ningún problema, nos relacionamos bien... No interfiere en nada.

P: Y en tu familia así, de...Padre...

E: ¡Ah, esa pregunta fue buena! Padre. Mi padre no tenía problema, dormía muy bien. Dormía muy bien. Mi madre tiene problema de disturbio del sueño. Siempre tuvo problema.

P: ¿Como es?

E: E...Ella no se quejaba de esa somnolencia diaria, se quejaba de insomnia. Probablemente tenga esa somnolencia que tengo, solo que ella no, nunca se quejó, ella compensa. Y también se queda en casa, no tiene... Ella ya tiene...78 años.

P: Esa insomnia de ella es ahora, después de cierta edad o cuando...

E: No, siempre tuvo.

P: Cuando eras chico...

E: Siempre. Sí, siempre tuvo. Por un motivo o por otro, por esto o por aquello, y mi padre se indignaba: "bueno, nunca te dormís, te dás vuelta para un lado, pra el otro", es eso. Yo tenía, mi abuelo, por parte de madre, por parte de madre, no había ningún problema. Por parte de padre, él, él tenía tipo, en aquel tiempo se decía arterioesclerosis cerebral, pero creo que era un Alzheimer, ¿no? Murió a los 92 años. Una persona muy nerviosa, muy... Muy tensa y estuvo, para que tengas una idea, más de 30 años en la cama, quedó

paralisado los miembros inferiores, todo, pero tenía la vitalidad de, de un pibe, ¿no?, se golpeaba la cara y... Pero era una persona muy nerviosa. Eso...

P: ¿Quedó después de enfermo o siempre fue así?

E: No, siempre fue. Él empezó, empezó así con, con manías como de no conseguir orinar y... Empezó a desarrollar después de los 50 años. Con 40 y pocos años, con mi edad, empezó a tener un montón de manías, según me cuentan (se embarulla con las palabras)... Mi padre contaba, mi, mi madre... Y entonces de a poco empezaron a hacer todo eso, lo llevaron, se quedó en el São Pedro, se quedó en el São José, en varios hospitales psiquiátricos. Para tratar, en aquel tiempo, el tratamiento era absurdo, todavía con electrochoc, ¿no? Él sufrió mucho con aquello y... Y no era, el problema de él, a lo mejor hoy se hubiera resuelto con todo el adelanto pero en aquella época no conseguía hacer un diagnóstico; el diagnóstico era arterioesclerosis cerebral. Y él murió a los 92 años, pero con así, presión normal, sin problema cardíaco, sin problema respiratorio, ¿viste?, y con mucha energía, de fuerza, de gritar, de hablar alto, ¿sabés?, y... Entonces, hay cosas...

P: ¿Convivias con él?

E: Claro, pero no, no en casa, pero así, ¿mirá?, mi tía vivía y mi abuela vivían en la casa del frente y nosotros fuimos alfabetizados por tía Celia. Entonces, él, eh, él se quedaba en aquella habitación y nosotros quedábamos, eh, éramos chicos y quedábamos, eh, estábamos siendo alfabetizados allí. Imaginate, ¿no?, hoy empiezo a ver, a lo mejor me estoy 'dando cuenta' ahora, aquí, hablando con vos. ¡Que cosa! ¿No? Y él gritaba del otro lado, gritaba el nombre de las personas, decía palabras, malas palabras, a punto que la casa de mi tía quedaba en la calle J. P., casi en frente a aquel bar O., y había una parada de tranvía allí, en aquel tiempo, tranvía y colectivo, hoy a lo mejor hay. Mirá, él estaba en la pieza de adelante o del medio, después lo pasaron al fondo, parece. Si vieras la casa, el frente de la casa, la angustia de las personas, ponía los pies y las manos para tironear la pared. Todo el frente quedaba, destruido adelante porque estaba siempre oyendo aquello, aquella persona gritar, gritaba el nombre de ella bien alto, de mi madre, de mi abuela, gritaba. Entonces, y nosotros fuimos alfabetizados allí.

P: Quiere decir que...

E: En una pieza al lado.

P: Quiere decir que, si las personas en frente a la casa quedaban así, ¿como te pensás que vos te quedabas?

E: Exactamente... Un chico, ¿no? Y él, claro, ¿no?, uno hasta lo quería: "¡Mirá, vení a ver al vôzão³!", lo llamábamos de "vôzão". Uno iba allá, él nos agarraba la mano, "hola, Joaninha, ¿como te vá?", él decía, él era viejito, y bué, "¡estoy muy mal, estoy muy mal!", no tenía nada, vivía super bien y todo, pero tenía que conmover y bué. Pero se daba cada cachetazo así, así con la cara recolorada, "¡bah!", decía "¡Pátria!", "¡Celia!", eh, o entonces decía "¡andáte a la puta que te parió!" (risas), ah... Era hasta comico el "vôzão". Pero, eh, nosotros crecimos en medio a esa convivencia.

P: ¿Como era la reacción de la familia? ¿Hablaban...?

E: No, nosotros... Sí... Aquello me parecía, como si, yo me crecí junto, algo normal, nada de raro. Pero que no es bueno, no lo es, pensando hoy, no era bueno para el chico. Nos quedamos bien allí, convivimos, somos cuatro, 2 mujeres y 2 varones, solo que mi hermano, mi hermano creo que no agarró bien ese tiempo porque tiene 10 años menos que yo, pero lo conoció, sí, él es más chico. Las hermanas, claro. Todo eso tiene relación, puede haber perturbación, por ahí.

³vôzão: abuelo (forma cariñosa)

P: ?Y esa insomnias de tu madre se reflejó en vos de alguna manera, de quejarse o por, o la enfermedad de tu abuelo...

E: Sí, en eso hubo un período que creo que me desequilibró mucho, ¿no? Después viene el período, el período así de, de, nosotros somos 4. Mi padre era comerciante, tenía relativamente una situación financiera buena para mantenernos el estudio, nos dió facultad, todo fué de su plata, ¿no? Pero hubo tiempos en la vida que fué medio complicado, ¿no? Que andábamos cortos, así, con relación a... eso es muy importante, la parte económica cuando hay que 'apretarse', y ahí, ahí me acuerdo que mi madre se quejaba, lloraba que tenía que comprar esto y aquello y no había condiciones de comprar. Y uno veía todo aquello, me chocaba también, ¿no?

P: ?Y como reaccionabas?

E: Ah, no sé. Creo que uno no sabe.

P: ?Te ibas a dormir?

E: No, creo que no. No, creo que no. Yo, yo, yo soy en esse punto, yo soy super disciplinado porque mi abuelo, creo que fue mi abuelo, por parte de madre, de madre, que me puso esa costumbre. Él era italiano y él era, él tenía aquella costumbre, así, de dormir, hacía la siesta después de las comidas. Gritaba: "¡ah, Zé, vamos a dar nuestra dormida!", ahí yo era chiquito, y me quedaba con él allí, ¿viste?

P: Y era algo bueno...

E: !Regio! Imaginate, acostarme al lado de mi abuelo... Muy bueno. Yo me agarré esa costumbre. Ahora (pausa)... Me fui a far cuenta cuando, como te dije, creo que cuando ya estaba en el primer, segundo año de la primaria que me empiezo a acordar hoy, ¿no? En esa época yo creo que no me 'daria cuenta'; me 'di cuenta' después de grandulón, que vi que... Raro eso. Pasar el día, la mañana medio 'volando', no es igual a la tarde, no es igual a la noche. !Me encanta la noche! Me encanta la noche. Fui profesor de escuela pública, de universidad, siempre a la noche. Nunca busqué horarios a la mañana, ¿viste? Porque a la noche estoy con todos los sentidos agudizados. Ahora, si descubris en tu investigación que la somnolencia no está relacionada, no tiene una relación con la, no necesita la droga, ¡ahí llevás a la bancarrota a la clínica de Denis (risas)! Que es lo que yo creo, que el psiquiatra también, él piensa mucho en esse lado, ¿no?, de corregir etapas, de 'darse cuenta' de las etapas del pasado...

P: Sí.

E: Y corregir la necesidad de la droga.

P: Y...

E: La droga 'apaga el incendio', ¿no?...

P: ?Tenés alguna idea de cuando eras bebé, como era?

E: No, no. Solo eso...

P: Solo hablaron.

E: !No, no! Claro, tengo una, un buen, una buena deposición para vos. Cuando era bebé, cuando, hasta los 5 años, creo, edad que uno ya... Sí, creo que es eso, sí, 5, 6 años, yo me 'finava' (llorar hasta que falte la respiración), sí... A punto de, a punto de, mi abuelo, ese abuelo, que yo dormía con él, él, él me hacía respiración boca a boca para hacerlo pasar. Ahí me llevaron naturalmente al médico y , era un pediatra que era un... Era, era el único creo en Porto Alegre en esa época, que se llamaba Breno, no sé el apellido. Él dijo: "miren, no hagan nada, de hacer respiración boca a boca, nada", y me agarraban, me agarraban, me acuerdo de eso, ahí sacudían así cuando el chico para de respirar, ¿no?, "ponelo en la cama, cerrá la puerta de la habitación y dejá. Si pasa algo, rompo mi diploma". Aquello de decir... Seguridad, ¿no?. Y creo que hicieron eso. Porque realmente no me 'finé' más.

P: ?Eso era hasta que edad que pasó?

E: Sí, no te puedo asegurar, ¿no?, pero, eh, creo, hasta los 5 años.

P: Hasta los 5 años.

E: Porque me acuerdo después que a los 7 años en la primaria, no me acuerdo más de llorar, así, gritar. Eso es algo que de repente...

P: Y, ¿te acordás qué lo provocaba?

E: Ah, pavadas, "¡quiero ir junto!". Salen mamá y papá al cine, "¡quiero ir junto!", "no, no, tenés que quedarte con el abuelo", y le pegaba a la abuela y al abuelo, "no, no, quiero ir junto", yo empezaba a llorar. Y... bueno eso. No se ve más, hoy no se ve más eso de 'finar', yo dije "mi hija", yo me acuerdo que a veces ella hacía, en... Empezaba a querer 'finar', pero en seguida... ¿Ya viste un chico 'finarse'?

P: Sí.

E: Algo muy feo, ¿no? Queda todo colorado, dicen que quedaba así, así que imagináte, en aquel tiempo, todo el mundo corria para un lado, para el otro, que hago, que no hago, respiración boca a boca, es eso. Eso puede tener una... repercusión.

P: ¿Y, entonces, ellos no iban, por ejemplo, al cine? Controlaban la situación...

E: Ah, creo que esperaban un poco y sí, iban. Bué, no dejaban de ir (pausa). Sí (pausa). Eso fue un hecho que me recuerda que fue muy comentado que era, de todos mis hermanos, era solo yo, tuve esse síntoma.

P: ¿Sós el mayor? ¿Tenés hermanos?

E: No, tengo una hermana mayor. Diez años nos llevamos cada uno. Todos. Tengo una hermana diez años mayor, tengo otra mayor, la diferencia es una 58, yo tengo 48, sí, mi hermana mayor 58, la del medio tiene 51, mi hermano más chico 40, 37, 38, 10 años, 38. Una buena diferencia. Pero, todo altera, la familia no está, no está, no está más organizada, buena como era, así, ¿sabés? Hoy está solo medio que, medio que, medio que separados, divididos.

P: ¿Los hermanos?

E: Sí, los hermanos. Uno se, no se visita pero para los cumpleaños decimos: "ah, vamos a ir", y, pero no queda, no es algo seguido como era, así, todos los domingos, que se reunía para un asado. Creo que es hasta bueno, ¿no?, también siempre, también es lo mismo...

P: ¿Y porqué cambió?

E: Bueno... Creo que fué, fueron, se fueron 'hinchando' de aquel, de aquella rutina, ¿no? Y después todos también ya tienen mejores condiciones. Antes uno medio que nos juntábamos, íbamos de veraneo a la playa de Cidreira, que había una casa, era de mi padre, era de mi padre y nosotros... todos iban para allá, entonces, después ahí viene, cada uno se casó, tuvo hijos, y queda medio complicado, ¿no?. Entonces hoy están medio separados. Y hoy trato todavía, soy considerado 'catalizador' de la, de la familia. Yo, yo trato de reunirlos para un asado, algún tipo de reunión para llamar a to... el grupo, ¿no?

P: Y por lo que dijiste tenías un acercamiento bien fuerte con los abuelos.

E: Sí, con los abuelos, afectivos, sí. Era bien, bien fuerte.

P: Y eso ya...

E: Ah, fallecieron, claro.

P: ¿Tus padres están vivos?

E: No, no, mi padre falleció. Y mi madre, mi madre está viva, tiene 78 años, te dije. Mi padre falleció temprano, con 60 años. Tuvo un linfoma, ¿no?, consiguió controlar, pero creo que no se consigue controlar un linfoma todavía, ¿no? Y él falleció. Pero era una persona también que, no era una persona calma, tranquila, era muy com mucho estrés. Él era comerciante. A lo mejor por el trabajo, pero no importa, es el estrés. También él, yo me acuerdo que él tomaba, ¿sabés que es lo que tomaba? Neozine, ¿puede ser? Un nombre bien cortito. Creo que eso es un barbitúrico, ¿no?

P: ¿No?

E: Sí, sí.

P: Él... porque necesitaba...

E: No, no, para dormir no. Creo que era para calmarse porque era muy agitado.

P: ¿Era 'explosivo'?

E: Era 'explosivo'. De, de "despotricar" por cualquier cosa, gritaba con nosotros. Tenía una actitud que era muy mala cuando yo era chico, que yo le digo hoy a mi madre era "ah, vos cobraste mucho, pobrecito", era agarrar el cinturón, sólo lo veía así cuando estaba haciendo alguna travesura, "para que voy a resolver ese problema" y tiraba del cinturón y tiraba de aquí así, mirá, y creo que no pegaba, pegaba en el suelo y aquel movimiento aquí, uno quedaba... Aquello traumatiza al chico, ¿no?

P: Te asustabas.

E: Yo creo que asustado. A lo mejor no pegaba mismo.

P: ¿No te acordás?

E: No, no me acuerdo (pausa). Todo eso, este. Crea, ah, Creo que yo a mi hija traté, traté de hacer de todo para que no tuviera... Pero no adelanta, no hay, no hay una regla, no hay un libro que vos consigas ver, "no voy, yo voy, yo voy a seguir este capítulo hoy". No existe. El que diga que existe está mintiendo. Yo tuve una, una, un hecho en mi vida que fue marcante. Chupé chupete también creo que hasta los 7 años, 6 años, ¿viste? Y, lo que, lo que hicieron conmigo yo hice con mi hija. Y não me arrepiento ni ella, hoy comentamos, no tiene trauma con eso, pero es una cosa agresiva, que me arrepiento de haber hecho. Pero lo hicieron conmigo y yo lo hice. Porque yo quería mucho a la persona que lo hizo conmigo y era mi abuelo. Yo chupaba aquel chupete y entonces un día él agarró mi chupete y dijo: "Esto es una porquería" y lo puso en el suelo y pisó el chupete (hace barullo con los piés). "Lo voy a tirar" y lo tiró. Y un día mi hija, ya con 5, 6 años, con el asunto del chupete, estábamos en Nova Petrópolis y era el asunto del chupete atado a un pañal y no sé que más, sacaba uno y chupaba el otro y bué, y estaba jorobando y no quería salir del coche y le dije: "dáme tus chupetes que esto no sirve, tirálo", e hice el mismo gesto (golpea con los piés en el suelo)... chi...chi...chi...chi... Y ella paró y nunca más, nunca más tuvo... No chupó chupete. Y entonces yo, yo me quedo, a veces me quedo pensando eso no es una cosa que no está bien, está en la medida, como ella quería, yo quería mucho a mi abuelo, eso no me agredió. Ella, al padre, no debe haber agredido, ella aceptó, pero. ¿será que eso no trae una consecuencia dentro de unos años? Es eso lo que digo, no hay un libro para... Qual es lo correcto, ¿no?

P: ¿Y si fuera tu padre que lo hubiera hecho? ¿Creés que habrías sentido diferente?

E: Ah, creo que sí. Porque yo quería más a mi abuelo. Yo me identificaba con el abuelo. Yo no, eh... Mi padre es interesante, no me llevé bien con el toda la vida, ¿no? Ahora, cuando se enfermó, le di la máxima atención. Yo era el único que podía manejar, lo llevaba a la quimioterapia, a la radioterapia, me quedaba en los últimos tiempos con él, al lado, eh, haciendo Algafam a cada 3 horas, para el dolor...

D-5) Resultado Colorido do Discurso de Carlos, Após Uso do Dicionário Computadorizado

bueno. ese es un, ese **tratamiento** es un **tratamiento** que hice y hago **todavía durante...creo...** ¿**no está ahí** en mi **ficha**? **desde** el 96, **creo**, me **parece** que unos 4 años ¿**no**? **entonces**, **todo** el **tratamiento** se **fundamentó** en 2 **drogas**, la nortriptilina y la carbamazepina en **concentraciones** que variaban **según** la, mi **desarrollo** ¿**no**?, de,

de **sueño**, mi **perturbación** de **sueño**. y ¿**no?**, eso fue, fue **maravilloso** porque **realmente** yo **tenía** un **despertar muy malo**, ¿**no?**, yo **sentía**, **sentía medio**, **hasta mareado** a la **mañana**, y, **eh**, **solo** cambiaba **después** del... del horario del almuerzo, **eh**, que **después**, yo, **después** de un **descanso** de 40 minutos, ¿**no?** y que **sigo** haciendo igual, ¿**no?** **porque** esa **costumbre no** cambié en la vida **porque creo** que es **bueno**, ¿**no?** **dormir** un **poquito después** de las **comidas**. **sin embargo** yo, **durante todo** ese **período ahí**, yo **decidí** darme el **alta**, **no** hice **más** el **tratamiento** y **hoy** me automedico, ¿**no?**, eso es **verdad**, yo **tengo** facilidad de, de, de **conseguir** la, la, la **solicitud**, ¿**no?**, la **receta para** hacer la **droga**, **entonces...**

no, yo **no tomo más regularmente como** al principio que yo **usaba** las 2. **hoy** yo **solo uso** la nortriptilina en 20mg de **concentración**, y yo **tomo así como si** en **períodos de más ansiedad** y **bueno**; a veces **una** semana **seguido**, a veces 15 días y **paro**, ¿**sabés?** sí...yo **creo** que **no**, **no**, son **cosas separadas**, ¿**no?** **pero** lo que **pasa** es que **cuando uno está más ansioso**, **uno también...** **uno** se acuesta con la **preocupación** y **no consigue iniciar** el **proceso de sueño**.

tarda **más**. **entonces**, con ese **tipo de droga** que, **según** denis y la literatura, **no** es **una droga**, **una droga para dormir**, ¿**no?**, la nortriptilina, **pero** ella hace un relajamiento al principio, ¿**no?**, y... y **ahí** me va, me va **bien**, **quiero** ver **hasta cuando**. yo **hasta le pregunté** a denis **si** esa, **si** yo **podría**, **eh**, estropearme ¿**no?**, la **salud**, **usar** un **período muy largo** y... y él dijo que **no**, **pero** que la carbamazepina **tendría** que hacer algunas dosificaciones de, de enzimas hepáticas y **bueno**, ¿**no?**, **pero** eso **ahí** yo **no...** a veces **tomo**, yo **tengo** 100mg, soy **así**, **una maravilla también** porque me **relaja más**.

no, mi **queja** inicial era la **siguiente**: yo **no** sabía **si** yo **dormía demasiado o poco**. **entonces** hice **una** polisonografía **aquí**, ¿**viste?**, y **aquí** yo **dormí pésimamente** porque la polisonografía **no** es la cama de **uno**, ¿**no?**, y eso es un **asunto**, **una cosa ocasional**, un **examen lleno** de **electrodos** y de **cosas** por **todas...** y yo **dormí mal pero dormí**. dice denis que **durante** el periodo que dormí, 3 horas y **media**, me **parece**, **eh**, se **pudo** ver que yo **no tenía** un **sueño profundo**, **inducido**, ¿**no?** **una** de las fases del **sueño** yo **no estaba inducido**, eso **entonces** repercute **durante** el día en el...

en la **somnolencia**. y **ahí empezó entonces** ese **tratamiento** ¿**viste?**

sí, **creo** que sí. **uno** se **preocupa**, **eh...** o **entonces**, **muchas** veces **pasa así**, **mirá**, **mucha...** las **ganas** de **dormir**, y **tal**, te acostás y te **dormís** enseguida, **después** algunas horas te **despertás**. y **ahí listo**, se **terminó** el **sueño**, ¿**sabés?**, 2 horas **después** se **terminaba** el **sueño**.

y, **uno no tiene...** yo **no consigo relacionar mucho** porque yo **tampoco**, **no quiero** estudiarme **mucho** sino **uno queda solo dependiente**, ¿**no?** **pasa cuando**, cuando ese hecho **ocurre cuando**, aquel: "ah, **no** lo **voy a usar**". **entonces**, yo **prefiero no** profundizarme **mucho**, ¿**no?** lo de **cada uno**. **ahora** yo **creo** lo **siguiente**, que yo **solo puedo**, le digo a **todos** y **conozco** y **seguro** que hay varios pacientes que fueron **indicados** por mí, que mi calidad de vida **después** de ese **tratamiento** de él **cambió mucho**, **cambió mucho** porque yo, yo... la de **cosas** que hice en 4 años de **tratamiento** que **antes** yo **no** hacía **porque**, **naturalmente** porque yo **duermo mejor** y **porque**, que **sé** yo, la **droga también corrige**, te **deja más seguro** en **determinadas cosas**. vos que sos **psiquiatra** **podés** responderme, **no sé** cual es el **efecto** de esa **droga directamente** en el **cerebro**, lo que **corrige**, es **una cosa tan** antigua, ¿**no?**, la amitriptilina y la carbamazepina, **está** siendo **usada hoy** por, por, por ustedes en esa **área** del **sueño**. **seguro** que es...

no, **así**, **eh**, el, el **desarrollo profesional**, **quiere** decir. yo...

yo **trabajo**, yo soy, yo soy biólogo, **especializado** en microbiología y **tengo**, hace 24 años de **salud pública**, en el **área** de **laboratorio** de **análisis**, **eh**, clínicos, ¿**no?** y **ya** me

estoy jubilando ahora porque uno tiene tiempo de, todo aquello, o sea, con 25 años se jubila. y durante ese período, yo desarrollé un laboratorio para mí. un laboratorio de análisis médicos, de análisis, eh, médicos ambientales, que básicamente es análisis de agua, de alimentos, direccionado a empresas, no para, para personas en sí, pero a empresas, ¿no? y claro y fue bueno, yo desarrollé mucho, yo adquirí, adquirí cosas. después. yo adquirí cosas para mí, eh... es decir, eh, mi departamento nuevo, compré departamento, compré coche nuevo. entonces, todo en cosa de 4 años que puedo relacionar de repente con mi bienestar. sinceramente, yo pasé, creo que, desde los 10 años, yo siempre tuve ese síntoma, ves, y despertar a la mañana bien y después pasar todo el día, no, todo el día no, toda la mañana medio volando, así, medio volando, medio "fuera del aire". y uno, cuando, chico no entiende, cuando adolescente no entiende. vas a una escuela a las 7 de la mañana, sabés, te despertás a las 6, 6 y media,, ¿no?, para empezar una clase temprano, no tenés buen rendimiento en la escuela, yo nunca fui un buen alumno, sabés, medio que... fue complicado estudiar, eh, repetí el primer año de la secundaria, ¿no?, en aquel tiempo, ¿no?, y, así, mirá, determinadas cosas que vos hacés puede estar relacionada con eso. yo soy un fumador, no soy un fumador, eh, obsesivo, un fumador de 10 cigarrillos por día, pero creo que está medio relacionado porque, es el tipo de cosa que ayuda en esos momentos, es la nicotina, ¿no?. ella te da un, ella despierta un poco, ¿no?. claro que en esa época era, era muy común que un pibe de 15, 16 años... el que no fumara era "trollo", ¿no? eso no es de tu tiempo porque vos sos bastante más joven que yo, no sabés... pero, en fin, es... fue muy interesante esa experiencia. entonces le digo a la gente...

no, entonces vine aquí porque te dije antes, vine aquí y digo: "¿será que duermo demasiado o poco"? entonces hice una polisografía. ahí en la interpretación... ¿la repercusión del, del...?

no... también yo, yo, vamos a decir, superaba, o sea, yo trabajaba en aquel tiempo, en el instituto de investigaciones biológicas que uno tenía, uno, yo tenía una, una sala para mí sólo, y de microbiología, entonces hacíamos un mate, nos reuníamos y tomábamos mate. el mate también es bien estimulante, a eso de las 10, bué, pasaba todo, no tenía más problema. pero si no hay estímulo, existe somnolencia. si paro con esos remedios, el primer, segundo día me siento superbien, mucho más vivo que con el remedio, porque el remedio él, él medio que, el efecto de él, yo no sé si es la dosis que estoy usando es chica, él es, el sigue... leer, leer una cero hora, ahora estoy hablando con vos no estoy somnoliento, pero yo, mi costumbre de leer una cero hora a la mañana, a las 9 que me despierto, a la mañana tengo una licencia de jubilado, no tengo... licencia con goce de sueldo, no estoy yendo al trabajo. entonces agarrás así la cero hora y empieza, te da una somnolencia, ¿viste? pero eso no molesta en nada, si yo... si yo tuviera una actividad más dinámica, pasa la somnolencia. si dentro de un ratito tomo una coca cola y fumo un cigarrillo, termina la somnolencia, quiere decir, no me molesta más como antes, hasta porque antes yo no sabía si dormía poco o demasiado. yo no tenía un diagnóstico. ahora tuve un diagnóstico.

sí.

ah, sí. hasta está relacionada porque como la actividad, la actividad de laboratorio de microbiología es una actividad que no es tan dinámica, dependiendo del área que desarrollás. si tenés, por ejemplo una función de examinar, hacer 20, 30 láminas durante una mañana, aquello es monótono, vos quedarte en un microscopio, en un campo a veces oscuro, ¿no?, o no muy claro, haciendo aquella investigación. entonces eso, eso ahí te, te hace con que aumentes tu somnolencia pero no llega a ser eso. la somnolencia es así, mirá: "estoy despierto pero estoy 'volando', no quedo

con la **atención máxima, no estoy** atento”, ¿no?, y **una** de las **cosas** que **trato de evitar** es de **viajar** en coche en ese **período** de la **mañana**. yo **trato de evitar**, ¿no?, de despertarme temprano, **jamás** despertarme temprano **para, para manejar porque... ahí sí, ahí, ahí da somnolencia, sueño** mismo, se vuelve **sueño** en la ruta. es **una maravilla**. es el **sueño** que **pedí** a **dios** en la ruta **después** de...sí, la **cosa** es **tan** psicológica **porque así, mirá, sabiendo** que **voy a viajar mañana, ya empiezo hoy a sentir sueño**. que **raro** eso, ¿no?

no, yo **no** hago **mucha cuestión**. yo voy **mucho** a floríanópolis, **pero ahí** yo **salgo así, tipo**, me **despierto** a la **mañana**, hago **todas** esas **cosas** que vos dijiste, **calmamente, tomo mate**, la coca cola, **fumo** un **cigarrillo** y **salgo** al **medio** día. **paso** por el mc donald's, **tomo**, hago **una merienda o ahí** en la **primera parada** de la estrada do mar, **para no** quedarme con, **también una alcalosis** pos-prandial, que **ahí** se **junta**, ¿no? **pero** es mi **costumbre**, eso es **así**, yo **tengo** 48 años y, y **desde chico así**, de los, ha, 8, 9 años...

¿el **qué**?

¿diez años de edad?

no, sí, lo que te digo es lo **siguiente** es, **no** es que yo **haya percibido** esa **somnolencia**, **porque el chico no tiene** capacidad de **discernir**...

sí, **creo** que **hasta antes. pero así**, de, yo me **acuerdo** de **ir a** la **escuela, chico**, y de **no** quedarme '**enchufadísimo**', ¿**sabés**?. es aquello de quedarte 'enchufado', de **sentir todos** los **estímulos**. **queda** algo **volando, así**, de **llegar** a **casa**, eso me **acuerdo**, de **llegar** a **casa, chico**, y acostarme en la cama, **así**, acostarme, **creo** que **relajando** unos 15, 20 minutos **durmiendo**, mi madre **llamaba** “zé, **está listo** el almuerzo”, mi abuela iba **allá**, almorzaba, bué, **después dormía un poco más. entonces** es **bien típico** y... y **claro**, ese **tipo** de **droga... ahora no consulté más** con denis, las **ganás, de repente**, era de volver, **tratar de sacar de una manera más, eh, menos brusca**, ¿no?, y ver lo que **pasa. pero** me **estoy sintiendo bien. entonces sigo usando, eh, eventualmente, ahora** hace unos 10 días que lo ando **tomando bien**. hay aquellos **problemitas** que **ocurren, familiar, etc., etc.**, y **sabés** que te **va a molestar, ahí tomás**. es el **tipo** de **cosa** que **tomás una droga**, ella... vos **no pensás** en el **problema**, ¿no?

no, al **contrario**.

queda tenso. eso me **pasa** y a vos **también, no** lo **escondas**. ¿**no es cierto?** **pero entonces...**

¿**como?**

no, creo que **no, tampoco** es **una cosa, una cosa** loca...

pero a punto de perturbar, quiere decir, **pasé** el día estresado, hubo **problemas** aquí y **allá**, ¿**sabés**? otra **cosa** que es **interesante** es el **alcohol**, el **alcohol** es **muy bueno** **pero, mirá, si tomo alcohol** es **generalmente** en fin de semana que **uno** va, que **uno va a tomar** unos 4 chopp, yo **no tomo bebida destilada, solo** chopp, ¿no?, y **da una somnolencia, muy bueno, duerme, duerme bien. pero** el **despertar ya** es un **poco mas** temprano, **significa** que **no** hace un ciclo **completo**, ¿no? yo **no puedo usar** ese artificio **como una manera** de **resolver** ese **problema, si no** acabo volviéndome un alcohólico. **hay que tener cuidado**. y yo **creo** que ese **tipo** de **cosa**, ese **trabajo** que **estás** haciendo es **interesante porque imaginá** cuantas, cuantas personas **sufren** con ese **problema** y **buscan** otras **alternativas, imaginá** el joven, el **adolescente** que **busca de repente** la **droga para conseguir superar una, una, una cosa** que **ocurre durante** un periodo de la, de la, de la jornada, de él, diaria, ¿no? por la **mañana**, por **ejemplo, entonces busca droga, inevitablemente** él la **busca, o** por falta de **conocimiento**, por **ignorancia o hasta** por el **placer** de sentirse **mejor**. lo que **no dejé** de venir a **buscar una droga, a pesar** que, ¿no?... la **droga** en **doble sentido**, ¿no? la **droga** con denis

pero el que **no tiene condiciones** de **llegar** a denis **va a buscar** la **droga** en las afueras, **no necesitás más hoy** en las afueras, hay **hasta entrega** por **teléfono**. entonces, **creo** que ese **tipo** de **trabajo** es **muy interesante** y, **mirá**, se **está desarrollando bastante**, ¿**no?**, la **medicina** del **sueño**. **ahora** la polisomnografía, **tendría ganas** de hacerme otra, ¿**no?**, en aquella **situación ahí para** ver **cuál** es mi comportamiento. nosotros **ya pensamos** en eso, denis, **entonces de repente**, en tu **investigación si quisieras** incluir algo, **sería interesante**. yo **tengo** la **primera**, haríamos la segunda **para** ver la evolución **después** de un tiempo. lo **cuestionamos así** con él, él **estudia mucho, también**, la parte de la ventilación, ¿**no?**, **eh**, el **problema** de, de **respiración**, **viste**, vimos **bien** eso.

no, yo **ya tenía obstrucción** de cornetos y **entonces** hice algunas, algunas **infiltraciones** de corticoides y fue **mejorando** y bué, y, **pero** ando **durmiendo bien** con, con **respiración** sin **problema**, **hasta porque no tengo problema** de apnea, ¿**no?**, y **ronco**, ¿**no?** **no sé si leíste** mi...

no tengo. y... **pero** nosotros, nosotros **analizamos** un **poco** de eso. nosotros **analizamos también** la parte anatómica de lo que **tengo aquí**, que es un **tipo** de, soy **medio** agnata, ¿**no?**, **entonces**, eso **también podría provocar**, **según** denis, **una alteración** por **ahí adentro** y por las **tantas**, hacer **una obstrucción**, **pero no**, **no** es el **caso**. **no sé**, **no** se **concluyó nada** de eso. **pensé hasta** en hacer **una cirugía** de los palatos, ah, él me desaconsejó **porque** dijo **no**, eso, **después** lo **siguiente si** un corneto **queda obstruido**, ¿**no?**, el otro **compensa** el tirón de aire, ¿**sabés?** yo **tengo** algo tópico que me **pongo**, **no** es de esos vasoconstrictores, es, ese es, en fin, es otro, otro, es otro **medicamento**. lo **pongo eventualmente cuando** veo que **está medio obstruido**.

sí, **queriendo o no uno siempre está atento porque así** es un **indicador**.

y... **claro** que me **gustaría no tomar** ninguna **droga**, **pero así**, **mirá**, **estoy** viendo **ahí** en la, al principio de mi **trabajo aquí** en la **primera investigación** de denis, yo me **quejaba** de **dolor** de **cabeza**, **demasiado**, **casi** 4 por mes. **dolor** de **cabeza**, cefalea o **jaqueca**, **qué sé** yo lo que era. yo me **quejaba** de varias **cosas** que se **borraron completamente**. **dolor** muscular, **quiere** decir de **mala** postura, cervical, **etc.**, eso, eso **desapareció**. **entonces ahí uno empieza** a ver esas otras **cosas** que **ya** te hablé **antes**. ah, **quedás más seguro**, te **quedás**... vos **sabés** que al **despertar** te **vas a asegurar** un día de **buena** calidad, **vas a resolver problemas** con **calma**, sin **estrés** y...

no, son **problemas** del día a día que **uno tiene** con **empleados**, con **cliente**, con paciente, **también** hay paciente por la **mañana**. **cosas** que **no** son **nada así**, **grave**, ¿**no?** hacen parte del **trabajo**. **no** es **una notificación** del, del **impuesto**, que **cundo** es del **impuesto entonces queda** peor, ¿**no?** **entonces** eso, eso **colabora para** que **uno quede**, nosotros **todos**, ¿**no?**, **uno queda** un **poco** estresado, **suma** un **poquito** de **adrenalina** a **una**, a **una** hora del día, a la tercera hora, **qué sé** yo, **ahí se junta todo**...

no, **no** es eso. y es **interesante**, ese **trabajo** que **tengo**, mi, que es el **laboratorio** de **análisis** de agua, de **alimentos**, **como tengo** un **cargo público**, que es por la **mañana**, **solo voy a** la tarde **no más**. **entonces ahora** que **tengo una** licencia con **goce** de **sueldo**, **no voy a** la mañana, **porque quiero** quedarme en **casa**, **quiero caminar**, **quiero** hacer **gimnasia**, **leer** la cero hora con **más calma**, ¿**sabés?**, y **voy a** la tarde **porque allá encuentro placer**. ¿por que? **porque allá voy no** a la **mañana**, que me **siento amenazado** de quedarme somnoliento o **no**, **no estoy con todo**. **voy a** la tarde, a las 2:30, que **estoy con todo**, **hasta** las 5, 6, mientras **quedo allá**.

no, **cundo no tomaba** el **remedio**, sí. **pero después** del **medicamento**, **porque entonces** te **despertás mejor**, mi **costumbre**...

no, **entonces iba a** la **salud** por la **mañana** y a la tarde al **laboratorio**.

no, **no**, **no quedaba**. **porque** mi **costumbre** de, de **chiquito**, **dormir después** del

almuerzo, hacer **una** siesta de 40 minutos, **sigue** aún con la nortriptilina, la carbamazepina, **no importa**, eso le dije a denis, eso es un **placer** mío. “¿**pero tenés sueño?**”, **no, está bien**, a veces **vuelo, vuela, uno vuela** y **no se va a dormir** en un **viaje porque** es **pérdida** de tiempo, **conocer** las **cosas**. **entonces tengo** aquella **somnolencia provocada** por el, por la **alcalosis** pos-prandial mismo, **entonces parás para** almorzar, **comés bastante bien**, **pero** yo, **ahí conseguís controlar porque después** del café, **después** de las 2 de la tarde **pasa todo**, ¿**no?**

pero como aquí no tengo ese **problema**, **no consigo** quedarme de la... **vamos a** decir, **desde** el **medio** día **hasta** las 2 de la tarde sentado viendo **televisión**. **voy a dormir... ¿no puedo?**

ah, a la noche me **voy a dormir** a la 1, **nunca antes** de eso, a la 1, y por las 10 y **media**, **tomo** la carma... la carbamazepina, **no**, la nortriptilina.

no, uno duerme, se **despierta**, se **despierta más** temprano. **ayer tomé**. y **hoy** mi mujer me chilló, “ah, soy un loco”. y el día **estaba muy bueno para dormir hasta más** tarde... **pero** tu **investigación**, por lo que **entendí**, denis me habló, es de **evaluar** algunas **palabras** que la persona... ¿**cómo** eso? ? **va a ser una dislexia**, es eso?

ah, **vas a** ver...

el **lenguaje**.

es **interesante**, ¿**no?**

clasificar, ¿**no?** **porque** imaginate lo **siguiente**, **como** yo **estoy tomando** la **droga**, **en realidad** vos **no** me **estás evaluando**...

puro, pura **sangre**. hay **una** “contaminacioncita”, **pero creo** que te **va a ayudar**. por lo **menos** el **relato** te **va a ayudar porque** vas, **vas a** sacar **conclusiones**.

¿**cómo no estoy trabajando?** ¿**vacaciones?**

ah, sí. **no**, nosotros nos llevamos **bien**. mi mujer **no trabaja**, **pero** mi mujer **adora** el **sol**, **entonces**, ella, ella se **queda así, mucho** tiempo al **sol** y... **tanto** en la playa **como** aquí. **tengo una** hija de 18 años, **muy parecida** conmigo, **tampoco** le **gusta mucho** el **sol**, ¿**no?** **pero están** sus **amigos**, ¿**no?** yo **trato**, **pero cuando voy a** la playa, **hasta**, yo me, me '**hincho**' **porque** yo... **como** ellas, ellas se **quedan mucho** tiempo en la playa, en la playa, **no** me **quedo**, **tengo** que quedarme sólo en el departamento, en la **casa**, **entonces... queda monótono**.

no, durmiendo no. **voy a** la **mañana** a la playa, **vengo** a almorzar **rigurosamente** en mi horario, a las 2, en la playa me **quedo** un **poco más**, **duermo después** del almuerzo y... y **ahí** ella **va a** la playa, ¿**sabés?**, y **ahí** yo me **quedo** por **allí o salgo para caminar**, **pero para dormir ya es más** difícil **también**, **porque dormís** un **poco más**, cambiás los horarios. te **despertás más** tarde, **dormís más** a la tarde, ¿**sabés?**, **hasta porque ahí tenés una** 'caipirinha', **una** cerveza, eso te **da sueño** con almuerzo, **no** son los 40 minutos, **dormís más**. **ahí vas a dormir más** tarde a la noche.

ah, sí... ¿en la playa?

no, aquí, no. **ahí** es **diferente**. **aquí ya es más 'onda'**. **porque** aquí es **ciudad**, **uno tiene más compromiso**, **entonces uno trata de mantener siempre** el almuerzo a la hora del almuerzo, a **no** ser los domingos, aquel asado, ¿**sabés?**, **sale después** de la 1:30, 2:00, **pero, eh**, la **costumbre** de... domingo es un día que, **para** mí, es **malo**. **tengo** que **tomar siempre** esa **cosa**.

porque los domingos **no tengo sueño**.

por la noche.

ah, **bueno**. se **duerme más** por la **mañana**. se **duerme más** por la **mañana** **porque no** hay ningún **compromiso o porque** se **sale** el sábado y se **llega** tarde, lo **normal** es a la **mañana**. **después** a la noche **no tenés sueño**, **cuesta** a venirte. y **ahí tenés que tener** un lunes por **delante**, que es un día pesado... de **enfrentar para todos** nosotros. y **ahí**

tomás...

creo que para todos nosotros que digo porque no es bueno que después de un buen fin de semana, volver, ¿no?, dar continuidad. y... así, una de las. una de los asuntos muy interesantes que denis pregunta mucho es el asunto del sexo, ¿no?, eh, si el individuo tiene una frecuencia y bué, eso es importante. yo no tengo ningún problema, también tengo una buena relación con mi esposa, sin ningún problema, nos relacionamos bien... no interfiere en nada.

¡ah, esa pregunta fue buena! padre. mi padre no tenía problema, dormía muy bien. dormía muy bien. mi madre tiene problema de disturbio del sueño. siempre tuvo problema.

e...ella no se quejaba de esa somnolencia diaria, se quejaba de insomnio. probablemente tenga esa somnolencia que tengo, solo que ella no, nunca se quejó, ella compensa. y también se queda en casa, no tiene... ella ya tiene...78 años.

no, siempre tuvo.

siempre. sí, siempre tuvo. por un motivo o por otro, por esto o por aquello, y mi padre se indignaba: "bueno, nunca te dormís, te das vuelta para un lado, para el otro", es eso. yo tenía, mi abuelo, por parte de madre, por parte de madre, no había ningún problema. por parte de padre, él, él tenía tipo, en aquel tiempo se decía arteriosclerosis cerebral, pero creo que era un alzheimer, ¿no? murió a los 92 años. una persona muy nerviosa, muy... muy tensa y estuvo, para que tengas una idea, más de 30 años en la cama, quedó paralizado los miembros inferiores, todo, pero tenía la vitalidad de, de un pibe, ¿no?, se golpeaba la cara y... pero era una persona muy nerviosa. eso...

no, siempre fue. él empezó, empezó así con, con manías como de no conseguir orinar y... empezó a desarrollar después de los 50 años. con 40 y pocos años, con mi edad, empezó a tener un montón de manías, según me cuentan... mi padre contaba, mi, mi madre... y entonces de a poco empezaron a hacer todo eso, lo llevaron, se quedó en el san pedro, se quedó en el san josé, en varios hospitales psiquiátricos. para tratar, en aquel tiempo, el tratamiento era absurdo, todavía con electroshock, ¿no? él sufrió mucho con aquello y... y no era, el problema de él, a lo mejor hoy se hubiera resuelto con todo el adelanto pero en aquella época no conseguía hacer un diagnóstico; el diagnóstico era arteriosclerosis cerebral. y él murió a los 92 años, pero con así, presión normal, sin problema cardíaco, sin problema respiratorio, ¿viste?, y con mucha energía, de fuerza, de gritar, de hablar alto, ¿sabés?, y... entonces, hay cosas...

claro, pero no, no en casa, pero así, ¿mirá?, mi tía vivía y mi abuela vivían en la casa del frente y nosotros fuimos alfabetizados por tía celia. entonces, él, eh, él se quedaba en aquella habitación y nosotros quedábamos, eh, éramos chicos y quedábamos, eh, estábamos siendo alfabetizados allí. imaginate, ¿no?, hoy empiezo a ver, a lo mejor me estoy 'dando cuenta' ahora, aquí, hablando con vos. ¡que cosa! ¿no? y él gritaba del otro lado, gritaba el nombre de las personas, decía palabras, malas palabras, a punto que la casa de mi tía quedaba en la calle J.P., casi en frente a aquel bar O., y había una parada de tranvía allí, en aquel tiempo, tranvía y colectivo, hoy a lo mejor hay. mirá, él estaba en la pieza de adelante o del medio, después lo pasaron al fondo, parece. si vieras la casa, el frente de la casa, la angustia de las personas, ponía los pies y las manos para tironear la pared. todo el frente quedaba, destruido adelante porque estaba siempre oyendo aquello, aquella persona gritar, gritaba el nombre de ella bien alto, de mi madre, de mi abuela, gritaba. entonces, y nosotros fuimos alfabetizados allí.

en una pieza al lado.

exactamente... un chico, ¿no? y él, claro, ¿no?, uno hasta lo quería: "¡mirá, vení a ver

al abuelo!", lo **llamábamos** de "abuelo". **uno** iba **allá**, él nos **agarraba** la **mano**, "hola, joaninha, ¿**como** te va?", él decía, él era **viejito**, y bué, "**¡estoy muy mal, estoy muy mal!**", **no tenía nada**, vivía superbien y **todo, pero tenía que conover** y bué. **pero se daba cada cachetazo así, así** con la **cara** recolorada, "¡bah!", decía "¡**patria!**", "¡**celia!**", **eh, o entonces** decía "¡andate a la **puta** que te **parió!**", ah... era **hasta** cómico el "abuelo". **pero, eh**, nosotros **crecimos** en **medio** a esa **convivencia**.

no, nosotros... sí... aquello me **parecía, como si**, yo me **crecí junto**, algo **normal, nada** de **raro. pero** que **no** es **bueno, no** lo es, **pensando hoy, no** era **bueno para** el **chico**. nos **quedamos bien allí**, convivimos, somos cuatro, 2 mujeres y 2 varones, **solo** que mi **hermano**, mi **hermano creo** que **no agarró bien** ese tiempo **porque tiene** 10 años **menos** que yo, **pero** lo **conoció**, sí, él **es más chico**. las **hermanas, claro. todo** eso **tiene relación, puede** haber **perturbación**, por ahí.

sí, en eso hubo un **período** que **creo** que me **desequilibró mucho**, ¿**no?** **después** viene el **período**, el **período así** de, de, nosotros somos 4. mi padre era **comerciante, tenía relativamente una situación financiera buena para** mantenernos el **estudio**, nos **dio facultad, todo** fue de su plata, ¿**no?** **pero** hubo tiempos en la vida que fue **medio complicado, ¿no?** que andábamos **cortos, así**, con **relación** a... eso es **muy importante**, la parte **económica cuando hay que 'apretarse'**, y **ahí, ahí** me **acuerdo** que mi madre se **quejaba, lloraba** que **tenía que comprar** esto y aquello y **no** había **condiciones de comprar**. y **uno** veía **todo** aquello, me **chocaba también**, ¿**no?**

ah, **no sé. creo** que **uno no sabe**.

no, creo que **no. no, creo** que **no**. yo, yo, yo soy en ese punto, yo soy **súper disciplinado porque** mi abuelo, **creo** que fue mi abuelo, por parte de madre, de madre, que me **puso** esa **costumbre**. él era italiano y él era, él **tenía** aquella **costumbre, así**, de **dormir**, hacía la siesta **después** de las **comidas. gritaba**: "¡ah, zé, **vamos a dar** nuestra **dormida!**", **ahí** yo era **chiquito**, y me **quedaba** con él **allí, ¿viste?**

¡**regio!** imagínate, acostarme **al lado** de mi abuelo... **muy bueno**. yo me **agarré** esa **costumbre. ahora...** me **fui a dar cuenta cuando, como** te dije, **creo** que **cuando ya estaba** en el primer, **segundo** año de la primaria que me **empiezo a acordar hoy, ¿no?** en esa **época** yo **creo** que **no** me 'daría cuenta'; me 'di cuenta' **después** de grandulón, que vi que... **raro** eso. **pasar** el día, la **mañana medio 'volando'**, **no** es igual a la tarde, **no** es igual a la noche. ¡me **encanta** la noche! me **encanta** la noche. fui **profesor de escuela pública, de universidad, siempre** a la noche. **nunca busqué** horarios a la **mañana, ¿viste?** **porque** a la noche **estoy** con **todos** los **sentidos** agudizados. **ahora, si descubriste** en tu **investigación** que la **somnolencia no está relacionada, no tiene una relación** con la, **no necesita** la **droga**, ¡ahí llevás a la **bancarrota** a la **clínica** de denis! que es lo que yo **creo**, que el **psiquiatra también**, él **piensa mucho** en ese lado, ¿**no?**, de **corregir etapas**, de 'darse **cuenta**' de las **etapas del pasado...**

y **corregir** la **necesidad** de la **droga**.

la **droga 'apaga** el **incendio'**, ¿**no?**...

no, no. solo eso...

¡**no, no!** **claro, tengo una**, un buen, **una buena deposición para** vos. **cuando** era **bebé, cuando, hasta** los 5 años, **creo**, edad que **uno ya...** sí, **creo** que es eso, sí, 5, 6 años, yo me **ahogaba llorando**, sí... **a punto de, a punto de**, mi abuelo, ese abuelo, que yo **dormía** con él, él, él me hacía **respiración** boca a boca **para** hacerlo **pasar. ahí** me llevaron **naturalmente** al **médico** y , era un pediatra que era un... era, era el único **creo** en porto **alegre** en esa **época**, que se **llamaba** breno, **no sé** el **apellido**. él dijo: "miren, **no** hagan **nada**, de hacer **respiración** boca a boca, nada", y me **agarraban, me agarraban**, me **acuerdo** de eso, **ahí sacudían así** cuando el **chico para** de **respirar, ¿no?**, "ponelo en la cama, **cerrá** la **puerta** de la **habitación** y **dejá. si pasa** algo, **rompo**

mi diploma". aquello de decir... **seguridad**, ¿no?. y **creo** que hicieron eso. **porque realmente no me 'ahogué llorando' más.**

sí, **no** te **puedo asegurar**, ¿no?, **pero**, eh, **creo**, **hasta** los 5 años.

porque me **acuerdo después** que a los 7 años en la primaria, **no** me **acuerdo más** de **llorar**, **así**, **gritar**. eso es algo que **de repente**...

ah, pavadas,"¡**quiero** ir **junto!**". **salen mamá** y papá al cine, "¡**quiero** ir **junto!**", "no, **no**, **tenés que** quedarte con el abuelo", y le **pegaba** a la abuela y al abuelo, "no, **no**, **quiero** ir junto", yo **empezaba** a **llorar**. y... **bueno** eso. **no** se ve **más**, **hoy no** se ve **más** eso de 'ahogarse **llorando**, yo dije "mi hija", yo me **acuerdo** que a veces ella hacía, en... **empezaba** a **querer** 'ahogarse al **llorar**, **pero** enseguida... ¿**ya viste** un **chico** 'ahogarse **llorando**?

algo **muy feo**, ¿no? **queda todo** colorado, dicen que **quedaba así**, **así que** imaginate, en aquel tiempo, **todo** el **mundo corría para** un lado, **para** el otro, que hago, que **no** hago, **respiración** boca a boca, es eso. eso **puede tener una**... repercusión.

ah, **creo** que **esperaban** un **poco** y sí, iban. bué, **no dejaban** de ir. sí. eso fue un hecho que me **recuerda** que fue **muy comentado** que era, de **todos** mis **hermanos**, era **solo** yo, **tuve** ese **síntoma**.

no, **tengo una hermana mayor**. diez años nos llevamos **cada uno**. **todos**. **tengo una hermana** diez años **mayor**, **tengo** otra **mayor**, la **diferencia** es **una** 58, yo **tengo** 48, sí, mi **hermana mayor** 58, la del **medio tiene** 51, mi **hermano más chico** 40, 37, 38, 10 años, 38. **una buena diferencia**. **pero**, **todo altera**, la **familia no está**, **no está**, **no está más organizada**, **bueno como** era, **así**, ¿**sabés?** **hoy está solo medio** que, **medio** que, **medio** que **separados**, divididos.

sí, los **hermanos**. **uno** se, **no** se **visita pero para** los **cumpleaños** decimos: "ah, **vamos a ir**", y, **pero no queda**, **no** es algo **seguido como** era, **así**, **todos** los domingos, que se **reunía para** un asado. **creo** que es **hasta bueno**, ¿no?, **también siempre**, **también** es lo mismo...

bueno... **creo** que fue, fueron, se fueron 'hinchando' de aquel, de aquella **rutina**, ¿no? y **después todos también ya tienen mejores condiciones**. **antes uno medio** que nos **juntábamos**, íbamos de veraneo a la playa de cidreira, que había **una casa**, era de mi padre, era de mi padre y nosotros... **todos** iban **para allá**, **entonces**, **después ahí** viene, **cada uno** se **casó**, **tuvo** hijos, y **queda medio** complicado, ¿no?. **entonces hoy están medio separados**. y **hoy trato todavía**, soy **considerado** 'catalizador' de la, de la **familia**. yo, yo **trato de** reunirlos **para** un asado, algún **tipo** de **reunión para llamar** a to... el **grupo**, ¿no?

sí, con los abuelos, **afectivos**, sí. era **bien**, **bien** fuerte.

ah, **fallecieron**, **claro**.

no, **no**, mi padre **falleció**. y mi madre, mi madre **está** viva, **tiene** 78 años, te dije. mi padre **falleció** temprano, con 60 años. **tuvo** un **linfoma**, ¿no?, **consiguió controlar**, **pero creo** que **no** se **consigue controlar** un **linfoma todavía**, ¿no? y él **falleció**. **pero** era **una** persona **también** que, **no** era **una** persona **calma**, **tranquila**, era **muy** con **mucho estrés**. él era **comerciante**. a lo **mejor** por el **trabajo**, **pero no importa**, es el **estrés**. **también** él, yo me **acuerdo** que él **tomaba**, ¿**sabés** que es lo que **tomaba?** neozine, ¿**puede** ser? un **nombre bien cortito**. **creo** que eso es un barbitúrico, ¿no?

sí, sí.

no, **no**, **para dormir no**. **creo** que era **para** calmarse **porque** era **muy agitado**.

era '**explosivo**'. de, de "despotricar" por cualquier **cosa**, **gritaba** con nosotros. **tenía una** actitud que era **muy mala cuando** yo era **chico**, que yo le digo **hoy** a mi madre era "ah, vos cobraste **mucho**, pobrecito", era **agarrar** el **cinturón**, sólo lo veía **así cuando estaba** haciendo alguna travesura, "para que **voy a resolver** ese problema" y **tiraba** del **cinturón**

y **tiraba** de **aquí así, mirá,** y **creo** que **no pegaba, pegaba** en el suelo y aquel movimiento **aquí, uno quedaba...** aquello traumatiza al **chico, ¿no?**

yo **creo** que **asustado.** a lo **mejor no pegaba** mismo.

no, no me **acuerdo.** **todo** eso, este. **crea,** ah, **creo** que yo a mi hija **traté, traté de** hacer de **todo para** que **no tuviera... pero no adelanta, no** hay, **no** hay **una regla, no** hay un **libro** que vos **consigas** ver, “no voy, yo voy, yo **voy a seguir** este **capítulo** hoy”. **no** existe. el que diga que existe **está mintiendo.** yo **tuve una, una,** un hecho en mi vida que fue **marcante. chupé chupete también creo** que **hasta** los 7 años, 6 años, **¿viste?** y, lo que, lo que hicieron conmigo yo hice con mi hija. y **no** me **arrepiento ni** ella, **hoy comentamos, no tiene trauma** con eso, **pero** es **una cosa agresiva,** que me **arrepiento** de haber hecho. **pero** lo hicieron conmigo y yo lo hice. **porque** yo **quería mucho** a la persona que lo hizo conmigo y era mi abuelo. yo **chupaba** aquel **chupete** y **entonces** un día él **agarró** mi **chupete** y dijo: “esto es **una** porquería” y lo **puso** en el suelo y pisó el **chupete.** “lo **voy a tirar**” y lo **tiró.** y un día mi hija, **ya** con 5, 6 años, con el **asunto** del **chupete, estábamos** en **nova** petrópolis y era el **asunto** del **chupete atado** a un **pañal** y **no sé** que **más,** sacaba **uno** y **chupaba** el otro y bué, y **estaba jorobando** y **no quería salir** del coche y le dije: “dame tus **chupetes** que esto **no sirve,** tiralo”, e hice el mismo **gesto...** **chi...chi...chi...chi...** y ella **paró** y **nunca más, nunca más tuvo... no chupó chupete.** y **entonces** yo, yo me **quedo,** a veces me **quedo pensando** eso **no** es **una cosa** que **no está bien, está** en la **medida, como** ella **quería,** yo **quería mucho** a mi abuelo, eso **no** me **agredió.** ella, al padre, **no debe** haber **agredido,** ella **aceptó, pero.** ¿será que eso **no** trae **una consecuencia dentro** de unos años? es eso lo que digo, **no** hay un **libro para... qué** es lo correcto, **¿no?**

ah, **creo** que sí. **porque** yo **quería más** a mi abuelo. yo me identificaba con el abuelo. yo **no, eh...** mi padre es **interesante, no** me llevé **bien** con él **toda** la vida, **¿no? ahora,** **cuando** se **enfermó,** le **di** la **máxima atención.** yo era el único que **podía manejar,** lo llevaba a la **quimioterapia,** a la **radioterapia,** me **quedaba** en los últimos tiempos con él, **al lado, eh,** haciendo algafam a **cada** 3 horas, **para** el **dolor...**

D-6) Seqüências Narrativas; Estudo da Rede de Palavras, das Cenas, das Erogeneidades e das Defesas de Fragmentos do Discurso Relativos ao Paciente Carlos

1-a) Fragmentos do discurso relacionados com a sonolência

“Este é um tratamento que fiz e faço...” ...”se baseou em duas drogas, a Nortriptilina e a Carbamazepina em concentrações que eram variadas”...”foi maravilhoso porque eu tinha um despertar muito ruim, né, eu sentia, sentia meio, até tonto pela manhã e, hã, só modificava a partir do horário de almoço, hã, que após, eu, após um descanso de 40 minutos, né”...”esse hábito eu não mudei na vida porque eu acho que é bom, né! Dormir um pouquinho após as refeições”...Demonstra ter bom relacionamento com seu médico, entretanto, ”eu resolvi me dar alta, não fiz mais o tratamento e hoje eu me automedico...eu tenho facilidade ...de obter a receita...”. Por outro lado, menciona que, se a minha tese mostrar que a sonolência não está relacionada com medicações, “tu vai quebrar a clínica do Dênis”.

“...no início eu usava as duas. Hoje eu só uso a Nortriptilina em 20 mg de concentração...em períodos de mais ansiedade...às vezes uma semana direto, às vezes 15 dias e páro...”...”a gente fica preocupado”...”agora faz uns 10 dias que eu tenho tomado direto. Tem aqueles probleminhas que acontecem...sabe que vai te perturbar, aí

toma"...passei o dia estressado, teve problema aqui e lá...soma um pouquinho de adrenalina..."

"...a gente deita com a preocupação e não consegue iniciar o processo de sono...demora mais...a Nortriptilina ...faz um relaxamento a princípio..."...”A droga ‘apaga o incêndio’...”

"...perguntei pro Dênis...se eu poderia, hã, sofrer um mal né, pra saúde, usar um período muito longo...a Carbamazepina que teria que fazer umas dosagens de enzimas hepáticas...Às vezes tomo, eu tenho 100 mg, sou assim, uma maravilha também porque ela me relaxa mais.”

"...a minha queixa principal era a seguinte: eu não sabia se dormia demais ou dormia de menos..."eu não tinha um sono profundo"...ou “deita e dorme na hora, depois de algumas horas, acorda...pronto...duas horas depois, terminava o sono”.

"...não quero me estudar muito senão a gente fica só dependente...prefiro não aprofundar muito..." ...”toma uma droga...não pensa no problema, né”.

"...após esse tratamento...a minha qualidade de vida mudou muito...fiz coisas em quatro anos de tratamento que antes eu não fazia...porque durmo melhor...a droga também corrige...te deixa mais seguro...eu desenvolvi, eu adquiri, adquiri coisas...o meu apartamento novo, comprei apartamento, comprei carro novo...que eu posso relacionar com o meu bem-estar”.

"...desde os 10 anos, eu tive esse sintoma, de acordar de manhã bem e depois passar o dia todo...não, toda a manhã meio aéreo...meio fora do ar"...”pra começar uma aula cedo...não tem um rendimento bom na escola...nunca fui bom aluno..."...”lembro de ir pro colégio, pequeno, e, não ficar ligadíssimo...é aquele negócio de tu ficar ligado, de tu sentir todos os estímulos. Fica uma coisa aérea...de chegar em casa, pequeno, e me deitar na cama...relaxando uns 10, 15 minutos dormindo... tá pronto o almoço... depois dormia mais um pouco...”

Não sabe ao certo o início de seus sintomas: “...não é que eu tenha percebido essa sonolência, porque a criança não tem a capacidade de discernir...”.

"...o meu hábito de, desde pequenininho, dormir após o almoço, fazer a sesta de 40 minutos, continua mesmo com a Nortriptilina, a Carbamazepina...isso é um prazer meu...eu tenho aquela sonolência provocada pela alcalose pós-prandial...para pra almoçar...come relativamente bem...mas consegue controlar porque depois de um cafezinho, depois das 2 da tarde passa tudo...”.

"...sou fumante...de 10 cigarros por dia...coisa...que ajuda é a nicotina...ela desperta um pouco...”.

"...tomava um chimarrão. Chimarrão também é bem estimulante, aí pelas 10 horas, tá, aí passava tudo, não tinha mais problema. Mas, se não tiver um estímulo, existe a sonolência...Se eu parar com esses remédios, no primeiro, segundo dia, me sinto super-bem, muito mais vivo do que com o remédio...mas...”.

"Álcool, ele é muito bom...tomo...só *chopp*, dá uma sonolência, muito bom, dorme, dorme bem. Mas o despertar é mais cedo um pouco, significa que ele não faz um ciclo completo...não posso usar este artifício...termino ficando alcoólatra. Tem que ter cuidado....”eu não deixei de vir buscar uma droga”.

"...pega uma Zero Hora e começa, te dá uma sonolência...se eu tiver uma atividade mais dinâmica, passa a sonolência. Se...eu tomar uma Coca-Cola e fumar um cigarro, termina a sonolência...”.

"...aquilo é monótono...faz com que aumente a sonolência...a sonolência é assim, ó: estou acordado mas fico aéreo, não fico com atenção máxima, não estou atento...”.

“...procuro evitar...viajar de carro nesse período da manhã. Eu procuro evitar, né, de acordar cedo, jamais acordar cedo pra, pra dirigir porque...Aí sim, aí, aí dá sonolência, sono mesmo, vira sono na estrada. É uma maravilha...sabendo que vou viajar amanhã, eu já começo hoje a sentir sono...”. Se vai viajar, ...”tomo um chimarrão, a Coca-cola, fumo um cigarro e saio ao meio-dia...faço um lanche ...pra não ficar com, também com uma alcalose pós-prandial, que daí junta, né...”.

“...na praia...acorda mais tarde, dorme um pouco mais de tarde ... tem uma caipirinha, uma cerveja, aquilo te dá um sono no almoço, não é os 40 minutos, dorme mais...”.

“...não é bom depois de um bom fim de semana recomeçar, dar continuidade...”.

“...lá, eu não vou de manhã, que fico ameaçado de ficar sonolento ou não tô a mil...à tarde, eu estou a mil...”.

“...eu já tinha obstrução de cornetos...fiz algumas infiltrações de corticóides...tenho dormido bem, com uma respiração sem problema, até porque não tenho problema de apnéia...analisamos também a parte anatômica...sou meio agnata...poderia fazer uma obstrução...pensei em fazer uma cirurgia lá do palatos...se um corneto fica obstruído, né, o outro compensa a puxada de ar...tenho lá uma coisa tópica que eu coloco ...desses vasoconstritor...é uma outra medicação...ponho eventualmente...quando está meio obstruído”.

“...a gente sempre se liga...gostaria de não tomar nenhuma droga...eu me queixava de dor de cabeça excessiva, quase uma por mês. Dor de cabeça, cefaléia ou enxaqueca...dor muscular...mau posicionamento cervical...”.

“Então eu fiz a polissonografia...Diz o Denis que durante o período que eu dormi... foi possível fazer uma avaliação de que eu não tinha um sono profundo, induzido...”.

Mostrou interesse sobre a finalidade da presente tese: “Mas a tua pesquisa, pelo que eu entendi...é avaliar algumas palavras...tu vai tirar conclusões...”.

“...meu avô...ele tinha aquele hábito, assim, de dormir, fazia a sesta após as refeições...’vamos tirar o nosso sono’...eu era pequenininho, e tava com ele ali...Ótimo! Imagina só, deitar ao lado do vô...Muito bom. E eu desenvolvi esse hábito...Passar o dia, a manhã meio aérea, não é igual à tarde, não é igual à noite. Eu adoro a noite!...Porque à noite estou com todos os sentidos aguçados.”

1-b) Fragmentos do discurso relacionados com o trabalho e estudo

“...sou biólogo, especializado em microbiologia e tenho...24 anos de saúde pública, na área de laboratório de análises clínicas...já tô me aposentando...desenvolvi um laboratório pra mim...de análises médicas ...ambientais...análise de água, de alimentos, voltado à empresa...”. Foi professor de escola pública da universidade, à noite, quando se sentia disposto, com “todos os sentidos aguçados”.

Após o tratamento, melhorou “o desenvolvimento profissional”.

“...o meu hábito é ler uma Zero Hora de manhã...tô de licença-prêmio, não to indo trabalhar...quero ler uma Zero Hora com a maior calma...”.

Fala das dificuldades que teve com os estudos, na infância e adolescência, por ter aula cedo e ficar “a manhã toda meio aéreo”, sonolento, chegando a ser reprovado no colegial.

Quando entrou para o serviço público, tinha uma sala de microbiologia só para ele. Costumava, pela manhã, reunir-se com os colegas e tomar chimarrão. “...A

atividade de laboratório de microbiologia...não é tão dinâmica...se tem que examinar 20, 30 lâminas durante uma manhã, aquilo é monótono...ficar num microscópio, num campo às vezes escuro, ou não muito claro, fazendo aquela pesquisa...faz com que aumente a sonolência”.

Diz que os problemas diários do trabalho interferem em seu estado do sono.

Relata que foi alfabetizado por uma tia, que morava com seu avô paterno, que era doente, num ambiente por ele, na época, considerado normal, mas que percebe ter sido muito ansiogênico.

1-c) Fragmentos do discurso referentes ao relacionamento familiar

Diz relacionar-se bem com a esposa e a filha de 18 anos. “...mas quando eu vou para a praia...eu me encho o saco porque eu...elas ficam muito tempo na praia, eu não fico, eu tenho que ficar sozinho no apartamento, na casa, então...fica monótono”.

O pai é falecido. Possui duas irmãs mais velhas e um irmão mais moço. A família de origem costumava se reunir, para churrascos, veraneios. “...não tá mais organizada, boa como era assim...Acha que hoje “estão meio desagregados...separados, divididos” e é considerado “um catalisador da família”, pois procura promover encontros, atrair o grupo...mas...não é uma coisa freqüente como era assim todos os domingos”.

Refere que o pai dormia bem, mas que sua mãe sempre foi insone, deixando seu pai indignado: ‘bah!, tu não dorme, vira prum lado, vira pro outro’...”Ela não se queixa dessa sonolência diária, ela se queixa de insônia. Provavelmente ela tenha a sonolência que eu tenho, só que ela não, ela nunca se queixou, ela compensa”.

O pai tinha uma razoavelmente boa situação financeira, mas num período de dificuldades, o paciente lembra da mãe queixosa, chorando, por não poder comprar o que precisava, deixando-o chocado.

O pai faleceu com 60 anos, devido a um linfoma, mas...”não se consegue controlar linfoma ainda, né?”. Diz que o pai “...não era uma pessoa calma, tranqüila, era muito *stressado*...tomava Neozine...pra acalmar assim porque ele era muito agitado...de ‘botar a boca’ por qualquer coisa, ele gritava com a gente...tinha o hábito...de puxar a cinta...quando tava fazendo alguma arte...’pára, que eu vou resolver esse problema’ e puxava a cinta e puxava daqui assim ó e acho que não batia, batia no chão e aquele movimento aqui, a gente ficava...Aquilo traumatiza a criança, né”.

O paciente afirma que gostava e se identificava mais com o avô materno do que com o pai. Não se relacionou bem com este “a vida inteira”, mas “quando ficou doente, eu dei atenção máxima pra ele...levava ele pra quimioterapia, pra radioterapia, eu ficava nos últimos tempos com ele, do lado, há, fazendo Algafan a cada 3 horas, pra dor...”.

Seu avô paterno esteve por muitos anos doente, desde a infância do paciente. Diz que ele era “muito nervoso”, esteve internado em hospital psiquiátrico. “Pra tratar naquele tempo era absurdo o tratamento, ainda com eletrochoque...”Mais tarde manifestou um quadro de demência e ficou paraplégico por mais de 30 anos. Gritava, dizia palavrões, dava-se tapas no rosto. O paciente tinha afeto por ele, considerava-o até cômico, tentando comover com queixas. Chamavam-no de “vozão”. Relata que as pessoas que aguardavam o ônibus em frente à casa do avô ficavam ansiosas, arrebatavam a parede com seus pés. Foi neste ambiente que se alfabetizou.

Atribui ao avô materno o hábito de dormir após o almoço, como algo muito prazeroso, que preserva até hoje: “...vamos tirar nosso sono”...“Ótimo! Imagina só, deitar do lado do vô...Muito bom. E eu desenvolvi esse hábito”.

O paciente, na entrevista, relembra que até os cinco anos, se “finava”. O avô materno lhe fazia “respiração boca-a-boca prá resolver”. “...me seguravam, seguravam...sacudiam assim quando a criança pára de respirar”. O que desencadeava era “um besteiro!”...sai a mãe e o pai pro cinema, ‘eu quero ir junto’, ‘não, não, tem que ficar com a vó e com o vô’ e dava na vó e no vô... eu começava a chorar...fica roxo, diz que eu ficava assim...todo o mundo correndo prum lado, pro outro, quê que eu faço, quê que eu não faço”.

Carlos ainda chupava bico quando esse seu avô (...“um fato da minha vida que foi marcante”), “pegou meu bico e disse: ‘isso aqui é uma porcaria’ e botou no chão e pisou em cima do bico...’Eu vou botar fora’ e botou fora. Relata que agiu da mesma forma com sua filha, mas que fica em dúvida se isso foi uma atitude muito agressiva, que poderia ser traumática, ou se não deixou seqüelas por ser realizada por alguém de quem se goste, como foi com seu avô. Acha que se fosse seu pai não aceitaria com a mesma facilidade, em função do tipo de relacionamento que tinha com ele.

2) Síntese dos diversos fragmentos, de acordo com os temas

2-a) Sonolência

O paciente desde a infância tinha dificuldade de manter-se alerta pela manhã. Ao voltar das aulas, precisava dormir antes do almoço por alguns momentos. Ainda hoje, prefere atividades à tarde ou à noite. Adapta-as as suas necessidades do dormir. Mantém-se ligado, em pensamento e atitudes, a aspectos de seu sono.

Diz não saber se dorme demais ou de menos.

Utiliza várias substâncias para manter-se alerta, como chá, café, Coca-cola, cigarros, chimarrão, bem como medicamentos para regularizar seu sono.

Descreve sua sonolência diurna como um estado de estar “meio aéreo, meio desligado”.

Por outro lado, manifesta um profundo prazer e tendência a entregar-se ao sono, como uma inclinação à qual precisa resistir. Com o tratamento, que lhe permitiu superar isto, em parte, conseguiu bons progressos em suas atividades financeiras.

Atribui parte de seus hábitos ao avô materno, que o convidava a sestar junto com ele, o que considerava “ótimo, uma maravilha”.

Sua mãe sempre sofreu de insônia.

Na maior parte da entrevista, Carlos manifesta um discurso ligado a quantidades, de tempo e de dosagens, formas de manipular seus estados de sono e de manter-se acordado.

2-b) Estudo, trabalho

O paciente atribui dificuldades no estudo ao estado de sonolência durante a infância e juventude.

Em seu trabalho, utiliza a ingesta de substâncias e considerações de horário para obter um resultado satisfatório.

2-c) Relacionamento familiar

Refere manter um bom relacionamento familiar, com esposa e filha. Considera-se um “catalizador” no sentido de procurar reunir sua família de origem, que vê como “meio desagregada, dividida”.

Via o pai como “explosivo”, *estressado*, ameaçador, necessitando tomar tranqüilizantes. Passou a relacionar-se melhor com ele e a cuidá-lo no final da vida, quando adoeceu com câncer.

Tinha um vínculo mais estreito com o avô materno, de quem gostava muito e com quem se identificava.

O avô paterno era doente, demenciado e agressivo em palavras, gerando ansiedade em quem o escutava, mas mostrando-se frágil para o paciente, na infância.

Relata que, na infância, tinha crises de espasmo do soluço, mantendo aflitos os familiares, sem saber como agir. As crises se manifestavam quando queria fazer valer sua vontade.

3) Ordenação dos relatos de acordo com os temas

3-a) Sonolência

Desde a infância sempre manifestou dificuldade em manter-se alerta pela manhã. Se por um lado vê este estado como algo que atrapalha suas atividades ou obrigações, por outro sente grande prazer em mergulhar nele.

Utiliza o controle do tempo e a intrusão orgânica como principais meios de dominar a tendência ao estado de sonolência. Organiza sua vida em função desses elementos.

O esforço para superar a sonolência às vezes produz um resultado eufórico, sobretudo após o tratamento, outras disfórico, de esgotamento físico ou falta de progresso.

Mesmo valorizando seu médico, tenta assumir o controle de seu estado e do uso de medicações por conta própria.

3-b) Estudo, trabalho

Foi muito prejudicado na infância e adolescência em seus estudos e no desempenho profissional até quatro anos atrás, quando iniciou tratamento.

Há partir de então, passou a adquirir vários bens e procurou progredir.

Há 25 anos é empregado em empresa pública, num serviço de rotina.

Está iniciando um trabalho próprio, pois vai se aposentar. O estabelecimento de um laboratório de análises clínicas mostra sua ligação com os fluidos e seu controle asséptico.

3-c) Relacionamento familiar

Relata bom relacionamento com esposa e filha. Tende a manter uma atitude mais passiva, quando se refere a lazer, ou a tentar promover encontros para reunir sua família de origem, que considera não ser mais como antigamente, pois está mais dividida, desagregada. Suas referências neste sentido são vinculadas a churrascos, bebida, dormir. Não gosta muito de viajar e quando o faz necessita de “estímulos” para não ter sono.

Narra lembranças da infância, com personagens ansiosos, *estressados*, explosivos, insones, ou, como aspecto saudoso, o avô que o convidava para a sesta.

Lembrou também um período em que tinha espasmo do soluço, até os cinco anos, perturbando toda a família.

4) Ordenação das seqüências narrativas

4-a) Ordenação das seqüências narrativas relativas à sonolência (novo relato organizado a partir dos itens anteriores)

4-a-1) Seqüências narrativas referentes à sonolência com manifestações da libido intra-somática

Estado inicial: em vários momentos, o paciente refere-se à tendência prazerosa de dormir (sestear, após a ingestão de álcool, ao pensar em viajar, ao voltar da escola na infância).

Despertar do desejo: o desejo que se manifesta é o de vencer esta inclinação a fim de obter ganhos e de atender as exigências externas (estudo, trabalho, viagens da família).

Tentativa de consumir o desejo: uso de substâncias (medicamentos, café, cigarro, chimarrão, infiltração de cornetos) e manejo de horários para manter-se acordado.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: busca de tratamento, necessidade de estar no controle de seu estado de sonolência, manipulação de quantidades (tempo e drogas), restrição de atividades.

Estado final: no passado, exaustão, baixo rendimento escolar e profissional; no presente, aquisição de bens e progresso em seu trabalho.

4-a-2) Seqüências narrativas relacionadas com a sonolência com manifestações de O1

Despertar do desejo: necessidade de entender seu quadro e superar a sonolência.

Tentativa de consumir o desejo: submeter-se a investigações alheias (tese, polissonografia).

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: esclarecimento de seu estado e expectativa sobre resultados.

4-a-3) Seqüências narrativas vinculadas com a sonolência com manifestações de O2

Estado inicial: situações de ansiedade, preocupação, tensão, “probleminhas” no trabalho e com a família.

Despertar do desejo: vontade de conciliar o sono, não pensar nas dificuldades.

Tentativa de consumir o desejo: uso de medicamentos e bebida alcoólica.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: receio de poder tornar-se alcoólatra, melhora de vários sintomas físicos, sobretudo dolorosos.

Estado final: melhora com o tratamento, estado de tranqüilidade (“...ela me relaxa mais”), outras vezes interrupção precoce do sono.

4-a-4) Seqüências narrativas relacionadas com a sonolência com manifestações de A1 e LI

A idéia de que esta tese seria capaz de “quebrar a clínica” do médico que trata sua sonolência.

4-a-5) Seqüências narrativas referentes à sonolência com manifestações de FU

Estado inicial: desorientação quanto a seu problema de sono, não lembra desde quando tem esse problema, ou se dorme demais ou de menos.

Despertar do desejo: necessidade de investigar.

Tentativa de consumir o desejo: busca de tratamento, polissonografia.

Conseqüência da tentativa de consumir o desejo: conclusão de que não tem um sono profundo.

Estado final: manipulação de substâncias para melhorar seu sono.

Não serão exemplificados os fragmentos relativos a esta erogeneidade que já foram explicitados antes, como a necessidade de investigar e o controle do tempo e das substâncias.

Outro aspecto de FU que pode ser considerado é a competição do paciente com seu médico: “...resolvi me dar alta...não fiz mais o tratamento e hoje eu me automedico...tenho facilidade para obter a receita para fazer a droga...”.

4-a-6) Manifestações de FG também ligadas à sonolência

“Adoro a noite”, pois é quando se sente mais desperto.

4-a-1-1) a 4-a-6-23) Os fragmentos abaixo exemplificam, de forma redundante, as características do relato acima. Após cada um, é feita uma análise interativa das palavras correspondentes, bem como de elementos pertencentes à cena descrita, para verificar em que medida se manifestam as erogeneidades. Os fragmentos são numerados de forma contínua de 1 a 23, para facilitar posterior identificação.

4-a-1-1) Fragmento relativo ao estado inicial – LI - sonolência: **porque** esa **costumbre no** cambié en la vida **porque creo** que es **bueno**, ¿**no?** **dormir** un **poquito después** de las **comidas** ... el día **estaba muy bueno para dormir hasta más** tarde... **ahí** sí, **ahí**, **ahí da somnolencia**, **sueño** mismo, se vuelve **sueño** en la ruta. es **una maravilla**. es el **sueño** que **pedí** a **dios** en la ruta **después** de...sí, la **cosa** es **tan** psicológica **porque así**, **mirá**, **sabiendo** que **voy a viajar mañana**, **ya empiezo hoy** a **sentir sueño**. que **raro** eso, ¿**no?**

1	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	46	8	1	7	1	8	12	9
	Calibradas	12,64	2,82	14,7	1,5	8	18,6	9,63
	67,89							
	%	18,62	4,15	21,65	2,21	11,78	27,40	14,18

Análise do fragmento 1: o personagem é o próprio paciente, o espaço é o intracorporal, a tendência é entregar-se a um estado de gozo intracorporal, de relaxamento, de dormir.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de FU, O2 e LI. A defesa principal é a desestimação do afeto, patógena exitosa, pois o narrador se coloca numa posição de onipotência, num estado de gozo não condizente com o contexto, que lhe exigiria uma ação atenta e não um entregar-se ao relaxamento (sono ao dirigir). FU encontra-se a serviço de LI e O2, que têm predominância lógica, indicando que a defesa é patógena.

4-a-1-2) Estado inicial – LI - sonolência: **queda** algo **volando**, **así**, de **llegar** a **casa**, eso me **acuerdo**, de **llegar** a **casa**, **chico**, y acostarme en la cama, **así**, acostarme, **creo** que **relajando** unos 15, 20 minutos **durmiendo**, mi madre **llamaba** “zé, **está listo** el almuerzo”, mi abuela iba **allá**, almorzaba, bué, **después dormía** un **poco más**. **entonces** es **bien típico**... **si tomo alcohol** es **generalmente** en fin de semana que **uno** va, que **uno va a tomar** unos 4 chopp, yo **no tomo bebida destilada**, **solo** chopp, ¿**no?**, y **da una somnolencia**, **muy bueno**, **duerme**, **duerme bien**.

2	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	48	16	2	6		7	8	9
	Calibradas	25,28	5,64	12,6		7	12,4	9,63
	72,55							
	%	34,84	7,77	17,37		9,65	17,09	13,27

Análise do fragmento 2: os personagens são o paciente e familiares. Estes funcionam como ajudantes que o induzem ao estado de prazer intracorporal (convites para a ingestão e para dormir). Também como ajudantes figuram a comida e o álcool.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de LI, seguido de O2 e FU. A defesa dominante é a desestimação do afeto (estado de alheamento, de não qualificação), patógena (predomínio de LI), exitosa (estado onipotente de bem-estar físico).

4-a-1-3) Despertar do desejo – LI - sonolência: **cuantas**, **cuantas** personas **sufren** con ese **problema** y **buscan** otras **alternativas**... **queriendo o no uno siempre está atento porque así** es un **indicador**...**uno empieza** a ver esas otras **cosas** que **ya** te hablé **antes**. ah, **quedás más seguro**, te **quedás**...

3	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22	1	1	5		7	2	6
	Calibradas	1,58	2,82	10,5		7	3,1	6,42
	31,42							
	%	5,03	8,98	33,42		22,28	9,87	20,43

Análise do fragmento 3: o desejo que surge é o de superar a tendência às tensões não qualificadas, para obter ganhos, agir a partir do exterior para dominar os estados internos.

Na análise interativa das palavras aparece um predomínio de O2, A2 e FG. Estes últimos estão lógica e numericamente submetidos ao primeiro, o que caracteriza como defesa principal a renegação (desmentida) (o paciente e outras pessoas

que buscam apoio e alternativas), patógena, exitosa, pois o paciente mantém sua ilusão de onipotência.

4-a-1-4) Tentativas de consumir o desejo – LI - sonolência: **entonces, todo el tratamiento se fundamentó en 2 drogas**, la nortriptilina y la carbamazepina en **concentraciones** que variaban **según** la, mi **desarrollo ¿no?**, de, de **sueño**, mi **perturbación de sueño...** yo **no tomo más regularmente como** al principio que yo **usaba** las 2. **hoy** yo **solo uso** la nortriptilina en 20mg de **concentración**

4	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	25	7				11	2	5
	Calibradas	11,06				11	3,1	5,35
	30,51							
	%	36,25				36,05	10,16	17,54

Análise do fragmento 4: o sujeito é o paciente, tendo como ajudantes as drogas que o auxiliam, através da ingesta, a combater o sono, a tendência ao alheamento e inércia. O espaço é o intracorporal.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de LI e A2, estando esta última erogeneidade submetida logicamente à primeira, o que leva a pensar como defesa principal a desestimação do afeto (dosagens e números para o controle de estados internos), patógena e exitosa, pois o paciente mantém a ilusão de onipotência.

4-a-1-5) Tentativas de consumir o desejo – LI - sonolência: yo soy un **fumador**, **no** soy un **fumador**, **eh**, **obsesivo**, un **fumador** de 10 **cigarrillos** por día, **pero creo que está medio relacionado porque**, es el **tipo** de **cosa** que **ayuda** en esos momentos, es la **nicotina**, **¿no?**. ella te **da** un, ella **despierta** un **poco...** el **mate también** es **bien estimulante**, a eso de las 10, bué, **pasaba todo**, **no tenía más problema. pero si no** hay **estímulo**, existe **somnolencia. si paro** con esos **remedios**, el primer, **segundo** día me **siento** superbien, **mucho más** vivo que con el **remedio**, **porque** el **remedio** él, él **medio** que, el **efecto** de él, yo **no sé si** es la dosis que **estoy usando** es **chica**, él es, el **sigue...** **tomo mate**, la coca cola, **fumo un cigarrillo...** **ahí conseguís controlar porque después** del café, **después** de las 2 de la tarde **pasa todo**, **¿no?** ... lo que **no dejé** de venir a **buscar una droga**, **a pesar** que, **¿no?**... la **droga** en **doble sentido**,

5	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	82	23	1	9		28	10	11
	Calibradas	36,34	2,82	18,9		28	15,5	11,77
	113,33							
	%	32,07	2,49	16,68		24,71	13,68	10,39

Análise do fragmento 5: novamente, o sujeito é o paciente, tendo como ajudantes as drogas e bebidas, que, pela ingesta, através de cálculos de dosagens, o mantém alerta.

A análise interativa das palavras estabelece uma predominância de LI, seguida de A2. Esta erogeneidade está lógica e estatisticamente submetida àquela, apontando como defesa principal a desestimação do afeto, patógena, exitosa, pelos mesmos motivos apontados anteriormente.

4-a-1-6) Tentativas de consumir o desejo – LI - sonolência: **ya tenía obstrucción** de cornetos y **entonces** hice algunas, algunas **infiltraciones** de corticoides ...**pensé hasta** en hacer **una cirugía** de los palatos... yo **tengo** algo tópico que me **pongo**, **no** es de esos vasoconstrictores, es, ese es, en fin, es otro, otro, es otro **medicamento**. lo **pongo eventualmente cuando** veo que **está medio obstruido**.

6	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22	7		4		7	3	1
	Calibradas	11,06		8,4		7	4,65	1,07
	32,18							
	%	34,37		26,10		21,75	14,45	3,33

Análise do fragmento 6: valem as mesmas colocações anteriores, acrescidas do fato de que aqui, a intrusão orgânica não é apenas pela ingesta, mas também mecânica.

A análise interativa das palavras apresenta um predomínio de LI, seguido de O2 e A2. Pelas mesmas razões antes expostas, pensa-se como defesa principal a desestimação do afeto, patógena, exitosa.

4-a-1-7) Tentativas de consumir o desejo – LI - sonolência: ...**una** de las **cosas** que **trato de evitar** es de **viajar** en coche en ese **período** de la **mañana**. yo **trato de evitar**, ¿**no?**, de despertarme temprano, **jamás** despertarme temprano **para**, **para manejar porque... porque allá** voy **no** a la **mañana**, que me **siento amenazado** de quedarme somnoliento **o no, no estoy con todo**. **voy a** la tarde, a las 2:30, que **estoy con todo**, **hasta** las 5, 6, mientras **quedo allá**.

7	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	39	7		4	3	12	12	1
	Calibradas	11,06		8,4	4,5	12	18,6	1,07
	55,63							
	%	19,88		15,10	8,09	21,57	33,44	1,92

Análise do fragmento 7: o sujeito é o paciente, que utiliza-se de manobras evitativas para poder adequar seu desejo de avançar contra a tendência a voltar ao estado de sono. Procura controlar tempo e espaço.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de FU, seguida de A2 e LI. Como a defesa evitativa é usada para conter a ameaça da caída em um estado de torpor, pode-se pensar que FU e A2 estão a serviço de LI, predominando uma desestimação do afeto patógena exitosa. Também pode-se considerar como defesa a evitação.

4-a-1-8) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – LI - sonolência: y **ahí empezó entonces** ese **tratamiento ¿viste?**... mi calidad de vida **después** de ese **tratamiento** de él cambió **mucho**, cambió **mucho porque** yo, yo... la de **cosas** que hice en 4 años de **tratamiento** que **antes** yo **no** hacía **porque**, **naturalmente porque** yo **duermo mejor** y **porque**, que **sé** yo, la **droga también corrige**, te **deja más seguro** en

determinadas cosas.....claro que me gustaría no tomar ninguna droga..... domingo es un día que, para mi, es malo. tengo que tomar siempre esa cosa.

8	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	41	9		2	1	15	4	10
	Calibradas	14,22		4,2	1,5	15	6,2	10,7
	51,82							
	%	27,44		8,10	2,89	28,95	11,96	20,65

Análise do fragmento 8: o sujeito é o paciente, tendo como ajudantes o tratamento e as drogas, o espaço é o intracorporal, o estado é de busca de bem-estar físico, de equilíbrio.

A análise interativa das palavras mostra predomínio de A2, LI e FG. FG e A2 estão logicamente submetidas a LI, pois indicam que todo o esforço é para tentar controlar a tendência ao sono, predominando portanto, como defesa, a desestimação do afeto, patógena, às vezes exitosa, quando se sente melhor, outras fracassada, pelo sentimento do paciente de ter que se submeter, contrariado, à droga, para manter-se acordado.

4-a-1-9) Estado final – LI - sonolência: yo me acuerdo de ir a la escuela, chico, y de no quedarme 'enchufadísimo', ¿sabes?. es aquello de quedarte 'enchufado', de sentir todos los estímulos... desde los 10 años, yo siempre tuve ese síntoma, ves, y despertar a la mañana bien y después pasar todo el día, no, todo el día no, toda la mañana medio volando, así, medio volando, medio "fuera del aire".

9	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	33	3	3	3		7	8	9
	Calibradas	4,74	8,46	6,3		7	12,4	9,63
	48,53							
	%	9,77	17,43	12,98		14,42	25,55	19,84

Análise do fragmento 9: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, o estado é o de alheamento, desconexão.

A análise interativa das palavras mostra predominância de FU, FG e O1. Entretanto, a forma da narrativa e o uso de palavras abstratas, atribuíveis a O1, na verdade referem-se a estados de desconexão, mais característicos de LI. Sendo assim, pode-se considerar que FU e FG estão submetidos a LI e O1, sendo então a desestimação do afeto a defesa principal, patógena, fracassada, pois o paciente sentia-se vítima daquela situação. Também cabe levar em conta a repressão como defesa secundária.

4-a-1-10) Estado final – LI - sonolência: ... yo desarrollé mucho, yo adquirí, adquirí cosas...después. yo adquirí cosas para mí, eh... es decir, eh, mi departamento nuevo, compré departamento, compré coche nuevo. entonces, todo en cosa de 4 años que puedo relacionar de repente con mi bienestar

10	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	25	12		1	2	3	4	3
	Calibradas	18,96		2,1	3	3	6,2	3,21
	36,47							
	%	51,99		5,76	8,23	8,23	17,00	8,80

Análise do fragmento 10: o sujeito é o próprio paciente, o ideal é a ganância, obtida através do controle da tendência ao sono, o estado é de bem-estar físico e financeiro.

A análise interativa das palavras indica uma predominância hipertrófica de LI, indicando a desestimação do sentir como defesa principal, patógena, exitosa, pois o paciente sente-se realizado em seus objetivos.

4-a-2-11) Despertar do desejo – O1 - sonolência: ... **no sé** cual es el **efecto** de esa **droga directamente** en el **cerebro**, lo que **corrige... pero** tu **investigación**, por lo que **entendí**, denis me habló, es de **evaluar** algunas **palabras** que la persona... ¿**cómo** eso?

11	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	13	1	6			4		2
	Calibradas	1,58	16,92			4		2,14
	24,64							
	%	6,41	68,67			16,23		8,69

Análise do fragmento 11: o sujeito é o paciente, submetendo-se a investigações alheias (questionamento sobre o efeito das drogas, tese). Tem como ideal a obtenção de uma verdade e como ajudantes a investigação das palavras, como espaço o funcionamento de seu próprio cérebro.

A análise interativa das palavras indica uma predominância hipertrófica de O1, tendo como defesa a renegação (desmentida), patógena, exitosa, pois se coloca na posição de que o logro cognitivo aumentará sua ilusão de onipotência.

4-a-2-12) Tentativa de consumir o desejo – O1 - sonolência: **entonces** hice **una** polisonografía **aquí**, ¿**viste?**... **entonces**, **creo** que ese **tipo** de **trabajo** es **muy interesante** y, **mirá**, se **está desarrollando bastante**, ¿**no?**, la **medicina** del **sueño**. **ahora** la polisonografía, **tendría ganas** de hacerme otra, ¿**no?**, en aquella **situación ahí para** ver **cuál** es mi comportamiento. nosotros **ya pensamos** en eso, denis, **entonces de repente**, en tu **investigación si quisieras** incluir algo, **sería interesante**.

12	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	35	2	6	3	2	12	3	7
	Calibradas	3,16	16,92	6,3	3	12	4,65	7,49
	53,52							
	%	5,90	31,61	11,77	5,61	22,42	8,69	13,99

Análise do fragmento 12: o sujeito é o paciente, tendo como ajudantes aparelhos (a polissonografia) e como ideal a obtenção de uma verdade científica, o espaço é o laboratório, mas também a investigação de seu funcionamento cerebral.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de O1 e A2. A defesa principal é a renegação (desmentida), patógena, exitosa, pois o paciente se coloca na posição de aumentar sua onipotência por intermédio da investigação alheia.

4-a-2-13) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – O1 – sonolência: yo **tengo** la **primera**, haríamos la segunda **para** ver la evolución **después** de un tiempo. lo **questionamos así** con él, él **estudia mucho, también**, la parte de la ventilación, ¿**no?**, **eh**, el **problema** de, de **respiración, viste**, vimos **bien** eso... yo **no tenía** un **diagnóstico. ahora tuve un diagnóstico...** por lo **menos** el **relato** te **va a ayudar** porque vas, **vas a** sacar **conclusiones**.

13	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	29	2	5	3	1	9	5	4
	Calibradas	3,16	14,1	6,3	1,5	9	7,75	4,28
	46,09							
	%	6,86	30,59	13,67	3,25	19,53	16,81	9,29

Análise do fragmento 13: os personagens são o paciente na posição de sujeito, submetido às investigações de seu médico e da mestrandia, para obter uma verdade científica sobre seu funcionamento, ajudados por aparelhos e estudo.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de O1, A2 e FU, estando estas duas erogeneidades submetidas à primeira. A defesa principal é a renegação (desmentida), patógena, exitosa, pelos mesmos motivos expostos anteriormente.

4-a-3-14) Estado inicial – O2 – sonolência: **pero** lo que **pasa** es que **cuando uno está más ansioso, uno también...** **uno** se acuesta con la **preocupación** y **no consigue iniciar** el **proceso** de **sueño...** hay aquellos **problemitas** que **ocurren, familiar, etc., etc.**, y **sabés** que te **va a molestar...** **uno queda** un **poco** estresado, **suma** un **poquito** de **adrenalina** a **una**, a **una** hora del día, a la tercera hora, **qué sé** yo, **ahí** se **junta todo...**

14	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	35	8	1	6		9	7	4
	Calibradas	12,64	2,82	12,6		9	10,85	4,28
	52,19							
	%	24,22	5,40	24,14		17,24	20,79	8,20

Análise do fragmento 14: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, o estado predominante é o de tensão, que dificulta o processo de sono. Também se manifestam referências a quantidades.

A análise interativa das palavras demonstra uma ocorrência maior de LI e O2, seguida de FU, indicando como defesa principal a desestimação do afeto, patógena, fracassada, pois o sujeito sente-se vítima impotente de seus estados de ansiedade.

4-a-3-15) Despertar do desejo – O2 – sonolência: **creo** que sí. **uno** se **preocupa, eh...** **o entonces, muchas** veces **pasa así, mirá, mucha...** las **ganas** de **dormir**, y **tal**, te

acostás y te **dormís** enseguida... **no quiero** estudiarme **mucho sino uno queda solo dependiente**, ¿**no?** **pasa cuando, cuando** ese hecho **ocurre cuando**, aquel: "ah, **no lo voy a usar**". **entonces**, yo **prefiero no** profundizarme **mucho**, ¿**no?**

15	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	47	4	4	3	1	14	8	13
	Calibradas	6,32	11,28	6,3	1,5	14	12,4	13,91
	65,71							
	%	9,62	17,17	9,59	2,28	21,31	18,87	21,17

Análise do fragmento 15: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, refere o desejo de não pensar, não deixar-se tomar por preocupações que o impeçam de entrar no estado de sono, poder equilibrar tensões, mas também manter-se alheio a um maior domínio de seu estado.

A análise interativa das palavras indica um predomínio de A2, FG e FU. A negativa do conhecimento e do aprofundamento faz com que estas erogeneidades se coloquem logicamente a serviço de O1 e LI, levando a pensar como principal defesa a desestimação do sentir, patógena, exitosa, pois através dela o paciente espera conseguir seu intento. Pode-se considerar também a evitação.

4-a-3-16) Tentativa de consumir o desejo – O2 -sonolência: **ahora** hace unos 10 días que lo ando **tomando bien... ahí tomás**. es el **tipo** de **cosa** que **tomás una droga**, ella... vos **no pensás** en el **problema**, ¿**no?**... **pasé** el día estresado, hubo **problemas aquí y allá**, ¿**sabés?** otra **cosa** que es **interesante** es el **alcohol**, el **alcohol** es **muy bueno**

16	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	25	9		4		8	3	1
	Calibradas	14,22		8,4		8	4,65	1,07
	36,34							
	%	39,13		23,12		22,01	12,80	2,94

Análise do fragmento 16: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, os ajudantes são as drogas e o álcool, a ação é no sentido de regular tensões e permitir o acesso ao sono.

A análise interativa das palavras aponta um predomínio de LI, O2 e A2, sendo portanto a defesa principal a desestimação do sentir, patógena, exitosa, pois mantém a ilusão de onipotência.

4-a-3-17) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – O2 – sonolência: **pero, mirá, si tomo puedo usar** ese artificio **como una manera** de **resolver** ese **problema**, **si no** acabo volviéndome un alcohólico. **hay que tener cuidado...** yo me **quejaba** de **dolor** de **cabeza, demasiado, casi** 4 por mes. **dolor** de **cabeza**, cefalea **o jaqueca, qué sé** yo lo que era. yo me **quejaba** de varias **cosas** que se **borraron completamente**. **dolor** muscular, **quiere** decir de **mala** postura, cervical, **etc.**, eso, eso **desapareció**.

17	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	39	12		5		14	3	5
	Calibradas	18,96		10,5		14	4,65	5,35
	53,46							
	%	35,47		19,64		26,19	8,70	10,01

Análise do fragmento 17: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, o uso de substâncias pode ser benéfico ou ameaçador, a tendência à adição é grande, como meio de regular tensões.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de LI e A2, estando esta última subordinada à primeira. A defesa principal é a desestimação do afeto, patógena, às vezes fracassada (temor de tornar-se um alcoolista), outras exitosa (bem-estar físico).

4-a-3-18) Estado final – O2 – sonolência: vos **sabés** que al **despertar** te **vas a asegurar** un día de **buena** calidad, **vas a resolver problemas** con **calma**, sin **estrés** ... a veces **tomo**, yo **tengo** 100mg, soy **así**, **una maravilla también porque** me **relaja más**... **después** algunas horas te **despertás**. y **ahí listo**, se **terminó** el **sueño**, ¿**sabés?**, 2 horas **después** se **terminaba** el **sueño**.

18	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	31	10		1		8	4	8
	Calibradas	15,8		2,1		8	6,2	8,56
	40,66							
	%	38,86		5,16		19,68	15,25	21,05

Análise do fragmento 18: o sujeito é o paciente, o estado é o intracorporal, os ajudantes são as drogas, o estado é de bem-estar físico, de gozo corporal.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de LI, seguida de FG e A2. Estas erogeneidades estão submetidas a LI, sendo a defesa predominante a desestimação do afeto, patógena, exitosa, pois o paciente mantém a ilusão de onipotência.

4-a-4-19) Manifestações de LI e A1 – sonolência: **ahora**, **si descubris** en tu **investigación** que la **somnolencia no está relacionada**, **no tiene una relación** con la, **no necesita** la **droga**, **¡ahí** llevás a la **bancarrota** a la **clínica** de denis!

19	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	17	4	6	3		3	1	
	Calibradas	6,32	16,92	6,3		3	1,55	
	34,09							
	%	18,54	49,63	18,48		8,80	4,55	

Análise do fragmento 19: o sujeito é o próprio paciente, que sugere uma especulação destruidora em relação a seu médico, atribuindo um aspecto ganancioso à entrevistadora.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio hipertrófico de O1, visto que o ataque engloba as capacidades investigativas do médico do paciente, perante as quais ele se apresenta como uma cobaia para experimentos. A defesa principal é a desestima, patógena, exitosa, pois se coloca como aliado da entrevistadora, em quem projetou aspectos agressivos e gananciosos. Também pode-se considerar a projeção.

4-a-5-20) Estado inicial – FU – sonolência: **uno, cuando, chico no entiende, cuando adolescente no entiende... no** es que yo **haya percibido** esa **somnolencia, porque el chico no tiene** capacidad de **discernir...**
creo que **hasta antes...** mi **queja** inicial era la **siguiente**: yo **no** sabia **si** yo **dormía demasiado o poco**

20	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	27	3	7	1		7	6	3
	Calibradas	4,74	19,74	2,1		7	9,3	3,21
	46,09							
	%	10,28	42,83	4,56		15,19	20,18	6,96

Análise do fragmento 20: o sujeito é o paciente, que se encontra num estado de desorientação quanto a seus estados internos.

A análise interativa de palavras mostrou uma predominância de O1, seguida de FU, a qual está submetida à primeira. A defesa principal é a desestimação, pois se encontra num estado de desorientação impotente, patógena pela predominância de O1 e fracassada.

4-a-5-21) Conseqüência da tentativa de consumir o desejo – FU - sonolência: se **pudo** ver que yo **no tenía** un **sueño profundo, inducido, ¿no? una** de las fases del **sueño** yo **no estaba inducido**, eso **entonces** repercute **durante** el día en el...en la **somnolencia**.

21	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	14	3		2		7	2	
	Calibradas	4,74		4,2		7	3,1	
	19,04							
	%	24,89		22,06		36,76	16,28	

Análise do fragmento 21: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, o estado é o de orientação em seus questionamentos.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de A2, LI e O2, estando a primeira subordinada às últimas logicamente, pois refere-se a estados físicos e intracorporais. A defesa predominante é a desestimação do sentir, patógena e fracassada, pois o paciente sente-se impotente frente a seu estado.

4-a-5-22) Manifestação de FU relativa à competição - sonolência: yo **decidí** darme el **alta, no** hice **más** el **tratamiento** y **hoy** me automedico, **¿no?**, eso es **verdad**, yo **tengo** facilidad de, de, de **conseguir** la, la, la **solicitud**, **¿no?**, la **receta para** hacer la **droga, entonces...**

22	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	16	3			1	9	2	1
	Calibradas	4,74			1,5	9	3,1	1,07
	19,41							
	%	24,42			7,73	46,37	15,97	5,51

Análise do fragmento 22: o sujeito é o paciente, que se encontra num estado de poder em relação ao controle de seus padecimentos físicos, mostrando independência em relação a seu médico (posição de um duplo de um sujeito – pode conseguir as drogas)

A análise interativa das palavras indica uma predominância de A2, seguida de LI e FU. A primeira e a última encontram-se subordinadas à segunda, apontando como defesa principal a desmentida patógena exitosa. A grande predominância de A2 e a maneira não explícita de competição também sugere a repressão como defesa secundária.

4-a-6-23) Manifestações de FG também ligadas à sonolência: ¡me **encanta** la noche! me **encanta** la noche... **porque** a la noche **estoy** con **todos** los **sentidos** agudizados.

23	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7			1		1	2	3
	Calibradas			2,1		1	3,1	3,21
	9,41							
	%			22,32		10,63	32,94	34,11

Análise do fragmento 23: o sujeito é o paciente, o estado é de encantamento.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de FG e FU. O pequeno número de palavras não permite muitas conclusões, mas pode-se pensar na repressão como defesa exitosa.

A tabulação da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos relativos à sonolência está resumida abaixo:

Fragmentos de 1 a 23	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	718	154	43	73	12	210	111	115
	Calibradas	243,32	121,26	153,30	18,00	210,00	172,05	123,05
	1040,98							
	%	23,37	11,65	14,73	1,73	20,17	16,53	11,82

4-b) Ordenação das seqüências narrativas relacionadas com o trabalho e estudo (novo relato a partir dos itens 1-b e 3-b)

4-b-1) Seqüências narrativas referentes ao trabalho e estudo com manifestações da libido intra-somática

Estado inicial: o paciente relata como seu estado de “ficar meio aéreo” interferiu nos seus estudos e no trabalho.

Despertar do desejo, tentativas de consumir o desejo, conseqüências da tentativa de consumir o desejo, estado final: como para este paciente, no presente relato, a sonolência perpassa todo seu desempenho estudantil e de trabalho, o desejo de superá-la, a busca de tratamento, o uso de substâncias, os resultados que obteve, já foram objeto de análise no item anterior, 4-a).

4-b-2) Seqüências narrativas relacionadas ao trabalho e estudo com manifestações da libido oral primária

Estado inicial: profissão de biólogo.

Despertar do desejo: criação de um laboratório próprio.

Estado final: adequação de seu desejo ao estado de melhor bem-estar (menor sonolência).

4-b-3) Seqüências narrativas relativas ao trabalho e estudo com manifestações da libido anal secundária

Estado inicial: referência a estudos na infância e adolescência, trabalho de anos em Saúde Pública.

Despertar do desejo: busca de informações, leitura.

Tentativas de consumir o desejo: controle de horários, luta contra a sonolência.

Estado final: dificuldade nos estudos, reprovação, na infância e adolescência, prazer no trabalho próprio, à tarde.

No item que inicia em 4-b-1-24), não serão colocados especificamente exemplos de todas as cenas relativas a A2, pois elas estão imbricadas com outras, correspondentes a diferentes erogeneidades. Serão feitos comentários pertinentes, quando da análise dos fragmentos.

4-b-4) Seqüências narrativas que dizem respeito ao trabalho e estudo, com manifestações da libido fálico-uretral

Estado inicial: estado de rotina, junto com colegas.

Despertar do desejo: desejo de ter um laboratório seu.

Tentativa de consumir o desejo: já está desenvolvendo o laboratório de análise de água para empresas.

Estado final: expectativa da aposentadoria, ter mais tempo pela manhã.

Os comentários feitos no final do item anterior, referente aos exemplos, também valem para este.

4-b-1-24) a 4-b-4-30) Os fragmentos abaixo exemplificam, de forma redundante, as características do relato acima. Após cada um, é feita uma análise interativa das palavras correspondentes, bem como de elementos pertencentes à cena descrita, para verificar em que medida se manifestam as erogeneidades. Os fragmentos são numerados de forma contínua de 24 a 30, para facilitar posterior identificação.

4-b-1-24) Estado inicial – LI – trabalho e estudo: **vas a una escuela** a las 7 de la **mañana**, **sabés**, te **despertás** a las 6, 6 y **media**, ¿**no?**, **para empezar una clase** temprano, **no tenés** buen **rendimiento** en la **escuela**, yo **nunca** fui un buen **alumno**, **sabés**, **medio** que... fue complicado **estudiar**, **eh**, **repetí** el primer año de la secundaria, ¿**no?**, en aquel tiempo, ¿

24	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	24	3		1	1	13	4	2
	Calibradas	4,74		2,1	1,5	13	6,2	2,14
	29,68							
	%	15,97		7,08	5,05	43,80	20,89	7,21

Análise do fragmento 24: o sujeito é o paciente, que se considera com mau rendimento devido à sonolência. Não consegue sentir-se bem com os horários impostos pela escola. Sentia-se mal por não corresponder às exigências.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2, seguida de FU e LI. As duas primeiras estão subordinadas à última, pelo contexto, portanto fazendo pensar na desestimação do sentir como defesa principal, patógena e fracassada.

4-b-2-25) Estado inicial – O1 – trabalho e estudo: yo **trabajo**, yo soy, yo soy biólogo, **especializado** en microbiología.... yo **trabajaba** en aquel tiempo, en el **instituto** de **investigaciones** biológicas

25	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7		3			4		
	Calibradas		8,46			4		
	12,46							
	%		67,90			32,10		

Análise do fragmento 25: o sujeito é o paciente, o espaço é o de trabalho, um laboratório, a ação motora são os olhos, num papel de investigação, de observação através de aparelhos.

A análise interativa das palavras mostraria uma predominância hipertrófica de O1, mas seu pequeno número não permite conclusões.

4-b-2-26) Despertar do desejo – O1 – trabalho e estudo: yo **desarrollé** un **laboratorio** **para** mí. un **laboratorio** de **análisis médicos**, de **análisis**, **eh**, **médicos** ambientales, que **básicamente** es **análisis** de agua, de **alimentos**, direccionado a **empresas**, **no para**, **para** personas en sí, **pero** a **empresas**

26	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	19		5	1	3	7	2	1
	Calibradas		14,1	2,1	4,5	7	3,1	1,07
	31,87							
	%		44,24	6,59	14,12	21,96	9,73	3,36

Análise do fragmento 26: o sujeito é o paciente, no papel de observador, a ação motora predominante é com os olhos, o espaço é de um laboratório, tendo como ajudantes objetos que servem para investigações.

A análise interativa das palavras mostra uma manifestação maior de O1, de forma hipertrófica, levando a pensar como defesa principal a desmentida patógena exitosa.

4-b-2-27) Estado final – O1 – trabalho e estudo: ese **trabajo** que **tengo**, mi, que es el **laboratorio** de **análisis** de agua, de **alimentos**, **como tengo** un **cargo público**, que es por la **mañana**, **solo voy a** la tarde

27	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	12		2	1		6	3	
	Calibradas		5,64	2,1		6	4,65	
	18,39							
	%		30,67	11,42		32,63	25,29	

Análise do fragmento 27: as considerações são as mesmas do item anterior, mostrando a realização de seu desejo.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de A2, O1 e FU. As considerações e as manifestações do paciente levariam a pensar na repressão como defesa principal, mas o fato de sua escolha estar condicionada à restrição imposta pela sonolência (manejo do horário), mostra uma desmentida patógena exitosa.

4-b-3-28) Estado inicial – A2 – trabalho e estudo: **tengo**, hace 24 años de **salud pública**, en el **área** de **laboratorio** de **análisis**, **eh**, clínicos, **¿no?** y **ya** me **estoy jubilando ahora porque uno tiene** tiempo fui **profesor** de **escuela pública**, de **universidad**, **siempre** a la noche.

28	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	21	3	2	3		11	1	1
	Calibradas	4,74	5,64	6,3		11	1,55	1,07
	30,3							
	%	15,64	18,61	20,79		36,30	5,12	3,53

Análise do fragmento 28: o sujeito é o paciente, o espaço é o de trabalho, constante em 24 anos, fazendo parte da ordem exigida pelo serviço público.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de A2, O2 e O1. Pode-se pensar na repressão como defesa principal, funcional, e numa desmentida secundária, fracassada, pela constante dificuldade do paciente em manter suas atividades.

4-b-3-29) Despertar do desejo – A2 – trabalho e estudo: **no voy a la mañana**, **porque quiero** quedarme en **casa**, **quiero caminar**, **quiero** hacer **gimnasia**, **leer** la cero hora con **más calma**... mi **costumbre** de **leer una** cero hora a la **mañana**, a las 9 que me

despierto, a la **mañana tengo una** licencia de **jubilado**, **no tengo...** licencia con **goce de sueldo**, **no estoy** yendo al **trabajo**. **entonces agarrás así** la cero hora.

29	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	34	5		2		15	6	6
	Calibradas	7,9		4,2		15	9,3	6,42
	42,82							
	%	18,45		9,81		35,03	21,72	14,99

Análise do fragmento 29: o sujeito é o paciente, sua intenção é de “por-se em ordem”: ler, fazer ginástica. Mesmo em licença, procura seguir pautas recomendáveis. A ação motora é ritualizada, com horários e desempenho.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de A2 e FU, tendo como defesa principal a repressão funcional.

4-b-4-30) Estado inicial –FU – trabalho e estudo: yo **tenía una, una sala para** mí sólo, y de microbiología, **entonces** hacíamos un **mate**, nos **reuníamos** y **tomábamos mate...** la **actividad** de **laboratorio** de microbiología es **una actividad** que **no** es **tan** dinámica, **dependiendo** del **área** que **desarrollás**. **si tenés**, por **ejemplo una función** de **examinar**, hacer 20, 30 **láminas durante una mañana**, aquello es **monótono**, vos quedarte en un **microscopio**, en un **campo** a veces **oscuro**, **¿no?**, **o no muy claro**, haciendo aquella **investigación**.

30	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	33	6	3	2	1	12	3	6
	Calibradas	9,48	8,46	4,2	1,5	12	4,65	6,42
	46,71							
	%	20,30	18,11	8,99	3,21	25,69	9,96	13,74

Análise do fragmento 30: o sujeito é o paciente, o ambiente é de rotina, fechado, monótono, compartilhado com colegas num sistema de camaradagem entre pares.

A análise interativa das palavras mostra uma maior frequência de A2, LI e O1. A primeira está submetida às duas outras, pois a monotonia leva ao estado de sonolência à qual gostaria de reagir. Pode-se pensar então numa desestimação do sentir como defesa principal, patógena, às vezes exitosa, quando consegue manter uma convivência amigável, outras fracassada, quando leva à sonolência.

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao trabalho e estudo:

Fragmentos de 24 a 30	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	150	17	15	10	5	68	19	16
	Calibradas	26,86	42,30	21,00	7,50	68,00	29,45	17,12
	212,23							
	%	12,66	19,93	9,89	3,53	32,04	13,88	8,07

4-c) Ordenação das seqüências narrativas referentes ao relacionamento familiar (novo relato a partir de 1-c e 3-c):

4-c-1) Seqüências narrativas correspondentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido intra-somática

Estado inicial: repousar após o almoço com o avô, usufruir da “alcalose pós-prandial” nos encontros de família.

Despertar do desejo: dormir ao lado do avô materno. Entregar-se a estados de gozo corporal. Desbordes emocionais do avô paterno, do pai.

Tentativas de consumir o desejo: sestejar, provocar hipóxia, até os cinco anos, através do espasmo do soluço, beber, comer.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: sonolência, estado de alheamento, dificuldade em manter ritmos adequados de sono-vigília. Eletrochoque no avô. Estados de angústia em passantes em frente à casa do avô paterno.

Estado final: ingesta de substâncias, limitações em tarefas. Linfoma do pai, que levou à morte, dificuldades financeiras familiares.

4-c-2) Seqüências narrativas correspondentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido oral secundária

Estado inicial: refere bom relacionamento com a esposa e filha, bem como, no passado, com os avós.

Despertar do desejo: desejo de controlar os familiares. Mãe insone.

Tentativas de consumir o desejo: através do espasmo do soluço, manter os familiares preocupados e em seu entorno. A mãe compensa a insônia.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: hipóxia. Reprovação do pai em relação à mãe insone. Solidão e aborrecimento do paciente com a ausência da esposa e filha, na praia.

Estado final: queixas da mãe em relação às dificuldades financeiras.

4-c-3) Seqüências narrativas referentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido anal primária:

Despertar do desejo: desejo por parte do pai de que o paciente tivesse bom comportamento. Necessidade de parar de chupar bico.

Tentativa de consumir o desejo: ameaça e agressão por parte do pai. Atitude agressiva por parte do avô materno e do paciente em relação à filha.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: sentimento de humilhação e trauma.

Estado final: ressentimento duradouro em relação ao pai: Aceitação da atitude do avô e da filha em relação ao paciente.

4-c-4) Seqüências narrativas que dizem respeito ao relacionamento familiar com manifestações da libido anal secundária

Estado inicial: referências à alfabetização.

Despertar do desejo: ensino por parte da tia, atenção ao pai doente. Vontade de acertar na educação da filha.

Tentativas de consumir o desejo: aprendizado na casa do avô paterno, cuidados ao pai.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: temor de que o tipo de educação possa trazer perturbações.

4-c-5) Seqüências narrativas correspondentes ao relacionamento familiar com manifestações da libido fálico-uretral

Estado inicial: encontros rotineiros no passado.

Despertar do desejo: melhora da situação financeira, vontade de reunir a família.

Tentativas de consumir o desejo: promover encontros, convites.

Conseqüências da tentativa de consumir o desejo: cansaço pela rotina dos encontros.

Estado final: insatisfação pela desagregação familiar.

4-c-6) Manifestações da libido fálico-genital referentes ao relacionamento familiar:

Referências ao prazer da esposa na praia e da filha com os amigos. Bom relacionamento sexual.

4-c-1-31) a 4-c-6-61) Os fragmentos abaixo exemplificam, de forma redundante, as características do relato acima. Após cada um, é feita uma análise interativa das palavras correspondentes, bem como de elementos pertencentes à cena descrita, para verificar em que medida se manifestam as erogeneidades. Os fragmentos são numerados de forma contínua de 31 a 61, para facilitar posterior identificação.

4-c-1-31) Estado inicial – LI – relacionamento familiar: él **tenía** aquella **costumbre**, **así**, de **dormir**, hacía la siesta **después** de las **comidas**. **gritaba**: “¡ah, zé, **vamos a dar** nuestra **dormida!**”, **ahí** yo era **chiquito**, y me **quedaba** con él **allí**, ¿**viste?**... **tengo** aquella **somnolencia provocada** por el, por la **alcalosis** pos-prandial mismo, **entonces parás para** almorzar, **comés bastante bien...**

31	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	28	9		3	3	3	5	5
	Calibradas 41,12	14,22		6,3	4,5	3	7,75	5,35
	%	34,58		15,32	10,94	7,30	18,85	13,01

Análise do fragmento 31: o sujeito é o paciente, o espaço é o intracorporal, tem como ajudantes as comidas, que o induzem ao sono, bem como familiares que o acompanham e convidam para usufruir do gozo corporal e da inércia.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de LI, seguida de FU e O2. A defesa principal é a desestimação do afeto, patógena, exitosa, na medida em que o paciente se entrega com prazer ao gozo corporal.

4-c-1-32) Despertar do desejo – LI – relacionamento familiar: ¡regio! imaginate, acostarme **al lado** de mi abuelo... **muy bueno**. yo me **agarré** esa **costumbre**. **ahora...**

32	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	9	1		2		1	2	3
	Calibradas	1,58		4,2		1	3,1	3,21
	13,09							
	%	12,07		32,09		7,64	23,68	24,52

Análise do fragmento 32: o sujeito é o paciente, tendo como ajudante o avô materno, o espaço é o intracorporal, o estado é o de entregar-se ao gozo corporal.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de O2, FG e FU, estando as duas últimas submetidas à primeira. A defesa predominante é a desmentida patógena exitosa.

4-c-1-33) Despertar do desejo – LI – relacionamento familiar: aquella persona **gritar**, **gritaba** el **nombre** de ella **bien alto**, de mi madre, de mi abuela, **gritaba...** y él **gritaba** del otro lado, **gritaba** el **nombre** de las personas, decía **palabras**, **malas palabras...** **pero** se **daba cada cachetazo así, así** con la **cara** recolorada, “¡bah!”, decía “¡patria!”, “¡celia!”, **eh, o entonces** decía “¡andate a la **puta** que te **parió!**”, ah... era... **no, no, para dormir no. creo** que era **para** calmarse **porque** era **muy agitado...**era '**explosivo**'. de, de “despotricar” por cualquier **cosa**, **gritaba** con nosotros. ... algo **muy feo**, ¿**no? queda todo** colorado, dicen que **quedaba así**

33	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	47	13	3	3	8	11	1	8
	Calibradas	20,54	8,46	6,3	12	11	1,55	8,56
	68,41							
	%	30,02	12,37	9,21	17,54	16,08	2,27	12,51

Análise do fragmento 33: os sujeitos são o avô paterno, o pai e o paciente, todos em situações de desbordes emocionais e atitudes de descarga de tensões.

A análise interativa das palavras mostra predominância de LI, A1 e A2. A defesa principal é a desestimação do afeto, patógena, fracassada.

4-c-1-34) Tentativas de consumir o desejo – LI – relacionamento familiar: **cuando** era **bebé**, **cuando**, **hasta** los 5 años, **creo**, edad que **uno ya...** sí, **creo** que es eso, sí, 5, 6 años, yo me **ahogaba llorando**, sí...

34	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	8	1		2		2	3	
	Calibradas	1,58		4,2		2	4,65	
	12,43							
	%	12,71		33,79		16,09	37,41	

Análise do fragmento 34: o sujeito é o paciente, no passado, quando bebê, o espaço é o intracorporal, a ação é de desborde emocional.

A análise interativa das palavras indica predominância de FU e O2, embora a primeira esteja logicamente submetida à segunda. A defesa principal é a desestimação do afeto, patógena, fracassada.

4-c-1-35) Tentativas de consumir o desejo – LI – relacionamento familiar: **hasta porque ahí tenés una** 'caipirinha', **una** cerveza, eso te **da sueño** con almuerzo... a **no** ser los domingos, aquel asado, ¿**sabés?**, **sale después** de la 1:30, 2:00, **pero, eh**, la **costumbre**

35	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	18	6		1		5	6	
	Calibradas	9,48		2,1		5	9,3	
	25,88							
	%	36,63		8,11		19,32	35,94	

Análise do fragmento 35: os personagens são o paciente e familiares, o espaço é o intracorporal, os ajudantes são as comidas e o álcool, o estado é de sonolência e torpor.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de LI e FU, estando esta última submetida à primeira, podendo-se pensar como principal defesa a desestimação do afeto, patógena, exitosa, pois o paciente usufrui do estado de torpor.

4-c-1-36) Conseqüências da tentativa e consumir o desejo – LI – relacionamento familiar: que... **raro** eso. **pasar** el día, la **mañana medio 'volando'**, **no** es igual a la tarde, **no** es igual a la noche.

36	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7		1	1		2	2	1
	Calibradas		2,82	2,1		2	3,1	1,07
	11,09							
	%		25,43	18,94		18,03	27,95	9,65

Análise do fragmento 36: o sujeito é o paciente, que refere-se a um estado de alheamento, desconexão.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de FU e O1, estando a primeira submetida à segunda, do ponto de vista lógico, podendo-se pensar como defesa uma desmentida patógena exitosa.

4-c-1-37) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – LI – relacionamento familiar: en aquel tiempo, el **tratamiento** era **absurdo**, **todavía** con electroshock, ¿**no?** él **sufrió mucho** con aquello... **si** vieras la **casa**, el frente de la **casa**, la **angustia** de las personas, **ponía** los pies y las **manos para** tironear la pared. **todo** el frente **quedaba**, destruido **adelante porque estaba siempre** oyendo aquello

37	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22	3	1	4	2	4	3	5
	Calibradas	4,74	2,82	8,4	3	4	4,65	5,35
	32,96							
	%	14,38	8,56	25,49	9,10	12,14	14,11	16,23

Análise do fragmento 37: os personagens são o avô paterno e pessoas que passavam por sua casa. O estado é de desbordes emocionais, angústia, a ação motora é de descarga.

A análise interativa das palavras indica um predomínio de O2, estando FG, LI, FU e A2 com uma distribuição mais ou menos uniforme. FG, FU e A2 estão a serviço de O2 e LI. A defesa principal é a desestimação, pois os personagens se encontram submetidos a estados de angústia, ao eletrochoque. É patógena, pela predominância lógica de O2 e LI e fracassada, pela posição de inermidade dos personagens, com os quais o paciente se identifica.

4-c-1-38) Estado final – LI – relacionamento familiar: mi padre era **comerciante**, **tenía relativamente una situación financiera buena para** mantenernos el **estudio**, nos **dio facultad**, **todo** fue de su plata, **¿no?** **pero** hubo tiempos en la vida que fue **medio complicado**, **¿no?** que andábamos **cortos**, **así**, con **relación** a... eso es **muy importante**, la parte **económica cuando hay que 'apretarse'**....

38	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	26	6			1	9	4	6
	Calibradas	9,48			1,5	9	6,2	6,42
	32,6							
	%	29,08			4,60	27,61	19,02	19,69

Análise do fragmento 38: os personagens são o paciente e familiares. Coloca-se numa posição de privilégio financeiro em relação ao pai, ou de necessidade econômica, de precariedade.

A análise interativa das palavras demonstra uma predominância de LI e A2, seguidas de FG e FU. A preocupação com a situação econômica indica que LI prevalece logicamente em relação às outras três. A defesa principal é a desmentida, pois o paciente se coloca na posição de dependente do pai, patógena, pela predominância lógica de LI, às vezes exitosa, ao obter bons frutos, outras fracassada, quando da situação de “aperto”.

4-c-1-39) Estado final – LI – relacionamento familiar: **tomaba**, **¿sabés** que es lo que **tomaba?** **neozine**, **¿puede** ser? un **nombre bien cortito**. **creo** que eso es un barbitúrico, **¿no?**... .. mi padre **falleció** temprano, con 60 años. **tuvo** un **linfoma**, **¿no?**, **consiguió controlar**, **pero creo** que **no** se **consigue controlar** un **linfoma todavía**, **¿no?**... lo llevaba a la **quimioterapia**, a la **radioterapia**, me **quedaba** en los últimos tiempos con él, **al lado**, **eh**, haciendo algafam a **cada** 3 horas, **para** el **dolor**...

39	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	42	16		2	1	14	8	1
	Calibradas	25,28		4,2	1,5	14	12,4	1,07
	58,45							
	%	43,25		7,19	2,57	23,95	21,21	1,83

Análise do fragmento 39: os personagens são o paciente, o avô paterno e o pai. O espaço é o intracorporal. Os ajudantes são drogas e procedimentos que atuam no corpo. Os estados afetivos são a dor orgânica, a morte, o descontrole emocional e a doença.

A análise interativa das palavras apresenta uma hipertrofia de LI, seguida de A2 e FU, o que faz pensar como defesa principal a desestimação do sentir, patógena, fracassada.

4-c-2-40) Estado inicial – O2 – relacionamento familiar: ... **también tengo una buena relación** con mi esposa, sin ningún **problema**, nos **relacionamos bien**...nosotros nos llevamos **bien**...a mi abuelo. yo me identificaba con el abuelo... con los abuelos, **afectivos**, sí. era **bien, bien** fuerte

40	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	11			5		2		4
	Calibradas			10,5		2		4,28
	16,78							
	%			62,57		11,92		25,51

Análise do fragmento 40: os personagens são o paciente, a esposa, os avós. O espaço é o familiar, o ideal é o amor.

A análise interativa das palavras mostra uma hipertrofia de O2, seguida de FG. A defesa predominante é a desmentida patógena exitosa.

4-c-2-41) Despertar do desejo – O2 – relacionamento familiar: pavadas, "¡**quiero ir junto!**". **salen mamá** y papá al cine, "¡**quiero ir junto!**", "no, **no, tenés que** quedarte con el abuelo", y le **pegaba** a la abuela y al abuelo, "no, **no, quiero** ir junto", yo **empezaba a llorar**.

41	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	19			1	1	5	8	4
	Calibradas			2,1	1,5	5	12,4	4,28
	25,28							
	%			8,31	5,93	19,78	49,05	16,93

Análise do fragmento 41: o sujeito é o paciente, que se impõe perante os familiares através do choro e do espasmo do soluço. O espaço é o familiar, o estado afetivo é de desesperação, a ação motora é de expressar afetos e controlar os objetos, o ideal é de amor e atenção.

A análise interativa das palavras indica uma dominância hipertrófica de FU, seguida de A2 e FG. A defesa predominante é a repressão, patógena (hipertrofia

de FU, presença de um componente sádico anal primário), exitosa (domínio sobre os familiares), acrescida de uma desmentida secundária à repressão, exitosa.

4-c-2-42) Despertar do desejo – O2 – relacionamento familiar: mi madre **tiene problema** de disturbo del **sueño. siempre tuvo problema**

42	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7	2				4		1
	Calibradas	3,16				4		1,07
	8,23							
	%	38,40				48,60		13,00

Análise do fragmento 42: o sujeito é a mãe do paciente, o espaço é o intracorporal, o estado afetivo é o de tensões que interferem no dormir.

A análise interativa das palavras mostra uma hipertrofia de A2, mas o pequeno número de palavras não permite outras colocações.

4-c-2-43) Tentativas de consumir o desejo – O2 – relacionamento familiar: **a punto de, a punto de**, mi abuelo, ese abuelo, que yo **dormía** con él, él, él me hacía **respiración** boca a boca **para** hacerlo **pasar.... todo** el mundo **corría para** un lado, **para** el otro, que hago, que **no** hago, **respiración** boca a boca, es eso... y me **agarraban**, me **agarraban**, me **acuerdo** de eso, **ahí sacudían así cuando** el **chico para** de **respirar...**

43	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	26	7	1	1	5	4	3	5
	Calibradas	11,06	2,82	2,1	7,5	4	4,65	5,35
	37,48							
	%	29,51	7,52	5,60	20,01	10,67	12,41	14,27

Análise do fragmento 43: o sujeito é o paciente, no passado, que promovia a ação dos familiares para socorrê-lo, o estado é o de desesperação, os espaços são o intracorporal e o familiar, as ações buscam a regulação de tensões. Este fragmento mescla elementos de LI, O2 e A1, utilizando a hipóxia como meio de controle agressivo sobre os familiares, promovendo estados de desesperação.

A análise interativa das palavras indica um predomínio de LI, seguida de A1. As defesas principais são a desestimação do afeto e a desmentida, ambas patógenas e exitosas.

4-c-2-44) Tentativas de consumir o desejo – O2 – relacionamento familiar: **solo** que ella **no**, **nunca** se **quejó**, ella **compensa**. y **también** se **queda** en **casa**.

44	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	8			2		2	1	3
	Calibradas			4,2		2	1,55	3,21
	10,96							
	%			38,32		18,25	14,14	29,29

Análise do fragmento 44: o sujeito é a mãe do paciente, o espaço é o familiar, o estado é o de equilíbrio.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de O2 e FG, estando esta submetida à anterior. Pode-se pensar como defesa a desmentida patógena exitosa.

4-c-2-45) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – O2 – relacionamento familiar: y mi padre se **indignaba**: “bueno, **nunca** te **dormís**, te **das** vuelta **para** un lado, **para** el otro”... ella **no** se **quejaba** de esa **somnolencia** diaria, se **quejaba** de **insomnio**. **probablemente** **tenga** esa **somnolencia** que **tengo**.

45	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	17	4		2	3	3	3	2
	Calibradas	6,32		4,2	4,5	3	4,65	2,14
	24,81							
	%	25,47		16,93	18,14	12,09	18,74	8,63

Análise do fragmento 45: os personagens são o pai e a mãe do paciente, referindo-se a estados de impaciência, a ações que os demonstram, os espaços são o familiar e o intracorporal. Também aqui há indicações de uma imbricação entre aspectos de LI e O2, bem como de elementos agressivos no âmbito familiar.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de LI, seguido de FU, A1 e O2. A defesa principal é a desestimação do afeto e a desmentida, patógenas e fracassadas. Também está presente a identificação.

4-c-2-46) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – O2 – relacionamento familiar: yo **trato**, **pero cuando voy a** la playa, **hasta**, yo me, me '**hincho**' **porque** yo... **como** ellas, ellas se **quedan mucho** tiempo en la playa, en la playa, **no** me **quedo**, **tengo** que quedarme sólo en el departamento, en la **casa**, **entonces**... **queda monótono**.

46	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	18	2		3		6	5	2
	Calibradas	3,16		6,3		6	7,75	2,14
	25,35							
	%	12,47		24,85		23,67	30,57	8,44

Análise do fragmento 46: o sujeito é o paciente, que se queixa de sentimentos de monotonia e solidão, de “abandono” pelos objetos (esposa e filha). O espaço é o familiar, a ação motora é de isolacionismo.

A análise interativa das palavras aponta um predomínio de FU, seguido de O2 e A2. FU e A2 estão logicamente submetidas a O2, sendo a defesa mais importante a desmentida patógena fracassada.

4-c-2-47) Estado final – O2 – relacionamento familiar: me **acuerdo** que mi madre se **quejaba**, **lloraba** que **tenía que comprar** esto y aquello y **no** había **condiciones** de **comprar**. y **uno** veía **todo** aquello, me **chocaba también**, ¿**no**?

47	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	12	3	1	2		4		2
	Calibradas	4,74	2,82	4,2		4		2,14
	17,9							
	%	26,48	15,75	23,46		22,35		11,96

Análise do fragmento 47: os personagens são o paciente e sua mãe. Novamente se mesclam elementos de LI e O2, com referências a aspectos financeiros, queixosos e de desespero. O espaço é o familiar.

A análise das palavras apresenta um predomínio de LI, O2 e A2. A defesa principal é a desestimação, patógena, fracassada.

4-c-3-48) Despertar do desejo – A1 – relacionamento familiar: **así cuando estaba** haciendo alguna travesura, “para que **voy a resolver** ese problema”... un hecho en mi vida que fue **marcante**. **chupé chupete también creo** que **hasta** los 7 años, 6 años, ¿**viste?** y, lo que, lo que hicieron conmigo yo hice con mi hija

48	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	15	3		1	1	3	3	4
	Calibradas	4,74		2,1	1,5	3	4,65	4,28
	20,27							
	%	23,38		10,36	7,40	14,80	22,94	21,11

Análise do fragmento 48: o sujeito é o paciente, em situações em que era submetido aos familiares, de maneira que considerava agressiva e que tinham como ajudantes objetos que o ameaçavam. O espaço é o familiar, as ações motoras são de castigo ou ameaça.

A análise interativa das palavras mostra um predomínio de LI, FU e FG, trazendo também elementos de A1. A defesa predominante é a desestimação, patógena, fracassada. Também está presente a identificação.

4-c-3-49) Tentativa de consumir o desejo – A1 – relacionamento familiar: **tenía una** actitud que era **muy mala cuando** yo era **chico**, que yo le digo **hoy** a mi madre era “ah, vos cobraste **mucho**, pobrecito”, era **agarrar** el **cinturón**,... y **tiraba** del **cinturón** y **tiraba** de **aquí así**, **mirá**, y **creo** que **no pegaba**, **pegaba** en el suelo y aquel movimiento **aquí**, **uno quedaba...**

49	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	24			3	5	4	5	7
	Calibradas			6,3	7,5	4	7,75	7,49
	33,04							
	%			19,07	22,70	12,11	23,46	22,67

Análise do fragmento 49: o sujeito é o paciente, submetido às ameaças do pai, no passado, e às comiserações da mãe, posteriores. O espaço é o familiar, o ajudante é o cinto ameaçador, o estado afetivo é de medo e sofrimento.

A análise interativa das palavras indica predominância de FU, seguida de FG, A1 e O2. As duas primeiras estão subordinadas às duas últimas. A defesa principal é a desestimação, patógena, fracassada, no que se relaciona ao pai e exitosa no que diz respeito à mãe.

4-c-3-50) Tentativa de consumir o desejo – A1 – relacionamento familiar: yo **chupaba** aquel **chupete** y **entonces** un día él **agarró** mi **chupete** y dijo: “esto es **una** porquería” y lo **puso** en el suelo y pisó el **chupete**. “lo **voy a tirar**” y lo **tiró**. y un día mi hija, **ya** con 5, 6 años, con el **asunto** del **chupete**, **estábamos** en **nova** petrópolis y era el **asunto** del **chupete atado** a un **pañal** y **no sé** que **más**, sacaba **uno** y **chupaba** el otro y **bué**, y **estaba jorobando** y **no quería salir** del coche y le dije: “dame tus **chupetes** que esto **no sirve**, tiralo”, e hice el mismo **gesto**... **chi...chi...chi...chi...** y ella **paró** y **nunca más**, **nunca más tuvo... no chupó chupete**.

50	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	46	11		4	10	12	3	6
	Calibradas	17,38		8,4	15	12	4,65	6,42
	63,85							
	%	27,22		13,16	23,49	18,79	7,28	10,05

Análise do fragmento 50: o sujeito é o paciente, sendo submetido à ação agressiva do avô e executando o mesmo ato em relação à filha. O ambiente é o familiar, o estado afetivo é de impaciência e submissão.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de LI e A1. As defesas principais são a desestimação do afeto e a desestimação, ambas patógenas, sendo fracassada quando o agente é o avô e exitosa quando é o paciente que executa a ação. Também pode-se considerar a identificação.

4-c-3-51) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – A1 – relacionamento familiar:... aquello traumatiza al **chico**, ¿**no**?... ¿será que eso **no** trae **una consecuencia dentro** de unos años?

51	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	7	1				4	1	1
	Calibradas	1,58				4	1,55	1,07
	8,2							
	%	19,27				48,78	18,90	13,05

Análise do fragmento 51: o questionamento refere-se à justiça e correção de uma atitude agressiva. O espaço é o familiar. Sentimentos de humilhação e trauma.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância hipertrófica de A2, mas o pequeno número de palavras não permite outras observações.

4-c-3-52) Estado final – A1 – relacionamento familiar: ...mi padre es **interesante**, **no** me llevé **bien** con él **toda** la vida, ¿**no**?... **no** me **arrepiento ni** ella, **hoy comentamos**, **no tiene trauma** con eso, **pero** es **una cosa agresiva**, que me **arrepiento** de haber hecho. **pero** lo hicieron conmigo y yo lo hice. **porque** yo **quería mucho** a la persona que lo hizo

conmigo y era mi abuelo...yo **quería mucho** a mi abuelo, eso **no** me **agredió**. ella, al padre, **no debe** haber **agredido**, ella **aceptó, pero...**

52	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	30	2		4	3	15	1	5
	Calibradas	3,16		8,4	4,5	15	1,55	5,35
	37,96							
	%	8,32		22,13	11,85	39,52	4,08	14,09

Análise do fragmento 52: o sujeito é o paciente, em sua relação com familiares, o pai, a filha e o avô. O espaço é o familiar, as observações e questionamentos referem-se à justiça e correção de atitudes agressivas.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de A2 e O2. Esta última erogeneidade tem predominância lógica, sendo a defesa mais importante a desmentida patogênica exitosa. Também pode-se considerar a identificação.

4-c-4-53) Estado inicial – A2 – relacionamento familiar: y nosotros fuimos **alfabetizados allí**. ...en **una** pieza **al lado**.

53	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	3					1	2	
	Calibradas					1	3,1	
	4,1							
	%					24,39	75,61	

Análise do fragmento 53: os personagens são o paciente e os irmãos, o espaço é o familiar, referência à alfabetização.

A análise interativa das palavras, pelo pequeno número, não tem significado a ser levado em conta.

4-c-4-54) Despertar do desejo – A2 – relacionamento familiar: ...nosotros fuimos **alfabetizados** por tía celia... **ahora, cuando** se **enfermó**, le **di** la **máxima atención**... **creo** que yo a mi hija **traté, traté de** hacer de **todo para** que **no tuviera**...

54	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	14	1		2	1	5	3	2
	Calibradas	1,58		4,2	1,5	5	4,65	2,14
	19,07							
	%	8,29		22,02	7,87	26,22	24,38	11,22

Análise do fragmento 54: os personagens são o paciente e familiares. Mostra uma preocupação em agir corretamente, em aprender, em dar atenção.

A análise interativa das palavras apresenta uma predominância de A2, FU e O2. A defesa principal é a repressão funcional.

4-c-4-55) Tentativas de consumir o desejo – A2 – relacionamento familiar: ...**entonces**,

él, **eh**, él se **quedaba** en aquella **habitación** y nosotros **quedábamos**, **eh**, éramos **chicos** y **quedábamos**, **eh**, **estábamos** siendo **alfabetizados allí**. ...yo era el único que **podía manejar**, lo llevaba ...

55	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	14			1	1	2	9	1
	Calibradas			2,1	1,5	2	13,95	1,07
	20,62							
	%			10,18	7,27	9,70	67,65	5,19

Análise do fragmento 55: os personagens são o paciente, os irmãos, o avô e o pai. O espaço é o familiar. O objetivo é agir com correção, atendendo a padrões culturais.

A análise interativa das palavras indica uma predominância hipertrófica de FU. Talvez este aspecto possa ser visto como uma submissão aos padrões culturais, sendo então, a defesa, uma repressão patógena exitosa.

4-c-4-56) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – A2 – relacionamento familiar: ...imagine, **¿no?**, **hoy empiezo** a ver, a lo **mejor** me **estoy 'dando cuenta' ahora, aquí**, hablando con vos. ¡que **cosa!** **¿no?**... **todo** eso **tiene relación, puede** haber **perturbación**, por **ahí... pero no adelanta, no** hay, **no** hay **una regla, no** hay un **libro** que vos **consigas** ver, “no voy, yo voy, yo **voy a seguir** este **capítulo hoy**”. **no** existe. el que diga que existe **está mintiendo**.

56	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	35	1		3	1	15	10	5
	Calibradas	1,58		6,3	1,5	15	15,5	5,35
	45,23							
	%	3,49		13,93	3,32	33,16	34,27	11,83

Análise do fragmento 56: o sujeito é o paciente, que se questiona sobre a correção de determinadas atitudes educacionais e sobre o uso do conhecimento formal como ajudante confiável, gerando uma angústia moral.

A análise interativa das palavras mostra uma predominância de FU e A2. A defesa principal é a repressão funcional.

4-c-5-57) Estado inicial – FU – relacionamento familiar: **no** es algo **seguido como** era, **así, todos** los domingos, que se **reunía para** un asado. **creo** que es **hasta bueno, ¿no?**, **también siempre, también** es lo mismo... **antes uno medio** que nos **juntábamos**, íbamos de veraneo a la playa de cidreira, que había **una casa**, era de mi padre, era de mi padre y nosotros... **todos** iban **para allá, entonces, después ahí** viene, **cada uno** se **casó, tuvo** hijos, y **queda medio** complicado, **¿no?**

57	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	35	1		2	2	8	11	11
	Calibradas	1,58		4,2	3	8	17,05	11,77
	45,6							
	%	3,46		9,21	6,58	17,54	37,39	25,81

Análise do fragmento 57: os personagens são o paciente e familiares, o espaço é o familiar, a proposta é de reunião entre iguais, para festejar, mas já manifestando algum desinteresse. Mesclam-se elementos de FU e FG.

A análise interativa das palavras indica predominância de FU e FG, pensando-se como defesa principal a repressão funcional.

4-c-5-58) Despertar do desejo – FU – relacionamento familiar: ...y **después todos también ya tienen mejores condiciones...** uno se, **no se visita pero para los cumpleaños** decimos: “ah, **vamos a ir**”, y, **pero no queda...** y **hoy trato todavía**, soy **considerado** 'catalizador' de la, de la **familia**. yo, yo **trato de** reunirlos **para** un asado, algún **tipo** de **reunión para llamar** a to... el **grupo**, ¿**no**?

58	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	34	1		1	3	10	12	7
	Calibradas	1,58		2,1	4,5	10	18,6	7,49
	44,27							
	%	3,57		4,74	10,16	22,59	42,01	16,92

Análise do fragmento 58: os personagens são o paciente e familiares, o espaço é o familiar, o desejo é o de reunir-se para festejar, manifestando-se atitudes evitativas. Observa-se elementos de FU e FG.

A análise interativa das palavras apresenta uma hipertrofia de FU, o que faz pensar numa repressão patógena, em parte exitosa, se o paciente consegue seu intento, em parte fracassada, pela resistência de seus pares. Também pode-se considerar como defesa a evitação.

4-c-5-59) Conseqüências da tentativa de consumir o desejo – FU – relacionamento familiar: ... **creo** que fue, fueron, se fueron 'hinchando' de aquel, de aquella **rutina**, ¿**no**?

59	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	4			1		2	1	
	Calibradas			2,1		2	1,55	
	5,65							
	%			37,17		35,40	27,43	

Análise do fragmento 59: os personagens são o paciente e familiares, o espaço é o familiar, o sentimento é de rotina desinteressante.

A análise interativa das palavras mostra elementos de FU e A2, mas por seu pequeno número não devem ser levados em conta.

4-c-5-60) Estado final – FU – relacionamento familiar: la **familia no está, no está, no está más organizada**, **buena como** era, **así**, ¿**sabés?** **hoy está solo medio** que, **medio** que, **medio** que **separados**, divididos.

60	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	21			5		7	7	2
	Calibradas			10,5		7	10,85	2,14
	30,49							
	%			34,44		22,96	35,59	7,02

Análise do fragmento 60: os personagens são a família do paciente, o qual manifesta seu pesar pelo afastamento entre o irmãos. Observam-se elementos de FU e O2.

A análise interativa das palavras indica uma incidência maior de FU e O2. A defesa que predomina é a repressão funcional, seguida por uma desmentida secundária à repressão, fracassada.

4-c-6-61) Manifestações de FG – relacionamento familiar: mi mujer **adora** el **sol**, **entonces**, ella, ella se **queda así**, **mucho** tiempo al **sol** y... **tanto** en la playa **como aquí**. **tengo una** hija de 18 años, **muy parecida** conmigo, **tampoco** le **gusta mucho** el **sol**, **¿no?** **pero están** sus **amigos**, **¿no?**

61	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	22			1		8	4	9
	Calibradas			2,1		8	6,2	9,63
	25,93							
	%			8,10		30,85	23,91	37,14

Análise do fragmento 61: os personagens são o paciente e familiares, o espaço é familiar, o sentimento é o de prazer.

A análise interativa das palavras indica uma predominância de FG, A2 e FU. A defesa principal é a repressão funcional.

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes ao relacionamento familiar:

Fragmentos de 31 a 61	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	629	94	7	62	51	177	126	112
	Calibradas 867,10	148,52	19,74	130,20	76,50	177,00	195,30	119,84
	%	17,13	2,28	15,02	8,82	20,41	22,52	13,82

Quadro I

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Domi- nante
Sonolência	LI	Est. inicial	1	X	X	X	X	X	X	X	LI e O2
	LI	Idem	2	X	X	X		X	X	X	LI
	LI	Despertar desejo	3	X	X	X		X	X	X	O2
	LI	Tentativa consumar desejo	4	X				X	X	X	LI
	LI	Idem	5	X	X	X		X	X	X	LI
	LI	Idem	6	X		X		X	X	X	LI
	LI	Idem	7	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Conseqüência tentativa de consumar desejo	8	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Est. final	9	X	X	X		X	X	X	LI e O1
	LI	Idem	10	X		X	X	X	X	X	LI
	O1	Despertar desejo	11	X	X			X		X	O1
	O1	Tentativa consumar desejo	12	X	X	X	X	X	X	X	O1 e A2
	O1	Conseqüência tentativa de consumar desejo	13	X	X	X	X	X	X	X	O1
	O2	Est. inicial	14	X	X	X		X	X	X	LI e O2
	O2	Despertar desejo	15	X	X	X	X	X	X	X	O1 e LI
	O2	Tentativa consumar desejo	16	X		X		X	X	X	LI
	O2	Conseqüência tentativa consumar desejo	17	X		X		X	X	X	LI
	O2	Est. final	18	X		X		X	X	X	LI
	LI e A1		19	X	X	X		X	X		O1
	FU	Est. inicial	20	X	X	X		X	X	X	O1
	FU	Conseqüência tentativa consumar desejo	21	X		X		X	X		LI e O2
	FU		22	X			X	X	X	X	LI
	FG		23			X		X	X	X	FG e FU

Quadro III

Tema	Seqüências		Fragmentos	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG	Dominante
Relacionamento familiar	LI	Est. inicial	31	X		X	X	X	X	X	LI
	LI	Despertar desejo	32	X		X		X	X	X	O2
	LI	Idem	33	X	X	X	X	X	X	X	LI
	LI	Tentativa consumir desejo	34	X		X		X	X		O2
	LI	Idem	35	X		X		X	X		LI
	LI	Conseqüência tentativa consumir desejo	36		X	X		X	X	X	O1
	LI	Idem	37	X	X	X	X	X	X	X	LI e O2
	LI	Est. final	38	X			X	X	X	X	LI
	LI	Idem	39	X		X	X	X	X	X	LI
	O2	Est. inicial	40			X		X		X	O2
	O2	Despertar desejo	41			X	X	X	X	X	FU
	O2	Idem	42	X				X		X	A2
	O2	Tentativa consumir desejo	43	X	X	X	X	X	X	X	LI
	O2	Idem	44		X			X	X	X	O2
	O2	Conseqüência tentativa consumir desejo	45	X		X	X	X	X	X	LI
	O2	Idem	46	X		X		X	X	X	O2
	O2	Est. final	47	X	X	X		X		X	LI e O2
	A1	Despertar desejo	48	X		X	X	X	X	X	LI e A1
	A1	Tentativa consumir desejo	49			X	X	X	X	X	O2 e A1
	A1	Idem	50	X		X	X	X	X	X	LI e A1
	A1	Conseqüência tentativa consumir desejo	51	X				X	X	X	A2
	A1	Est. final	52	X		X	X	X	X	X	O2
	A2	Est. inicial	53					X	X		FU
	A2	Despertar desejo	54	X		X	X	X	X	X	A2
	A2	Tentativa consumir desejo	55			X	X	X	X	X	FU
	A2	Conseqüência tentativa consumir desejo	56	X		X	X	X	X	X	A2 e FU

	FU	Est. inicial	57	X		X	X	X	X	X	FU
	FU	Despertar desejo	58	X		X	X	X	X	X	FU
	FU	Conseqüência tentativa despertar desejo	59			X		X	X		A2
	FU	Est. final	60			X		X	X	X	FU e O2
	FG		61			X		X	X	X	FG

34		X																	
35	X																		
36	X																		
37	X																		
38					X	X													
39		X																	
40	X																		
41								X					X						
42																			
43	X				X														
44	X																		
45		X				X													X
46		X																	
47		X																	
48		X																	X
49	X	X																	
50	X	X		X															X
51																			
52	X																		X
53																			
54													X						
55								X											
56													X						
57													X						
58								X	X									X	
59																			
60													X		X				
61													X						

Resumo dos valores calibrados da análise interativa das palavras correspondentes aos fragmentos referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar:

Fragmentos de 1 a 61	Número de opiniões	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
	1497	265	65	145	68	455	256	243
	Calibradas 2120,31	418,70	183,30	304,50	102,00	455,00	396,80	260,01
	%	19,75	8,64	14,36	4,81	21,46	18,71	12,26

Resumo da dominância das diversas erogeneidades nas seqüências narrativas referentes à sonolência, ao trabalho e estudo e ao relacionamento familiar:

Total	LI	O1	O2	A1	A2	FU	FG
Sonolência	16	7	4		1	1	1
Trabalho e Estudo	2	4			2		
Relacionamento Familiar	11	1	10	3	5	7	1
Total geral	29	12	14	3	8	8	2
%	38,16	15,79	18,42	3,95	10,53	10,53	2,63

Resumo das defesas predominantes encontradas nos diversos fragmentos:

Legendas: T: Total
 S: Sonolência
 TE: Trabalho e Estudo
 RA: Relacionamento Familiar
 TG: Total Geral

T	DAPE	DAPNE	DAF	DPE	MPE	MPNE	MF	RPE	RPNE	RF	MRE	MRNE	E	P	I
S	13	7			5				1	2			2	1	
TE	2	1			1					1	1	1			
RA	11	9		1	2	2		3	1	5	1	1	1		4
TG	26	17		1	8	2		3	2	8	2	2	3	1	4
%	32,91	21,52		1,27	10,13	2,53		3,78	2,53	10,13	2,53	2,53	3,78	1,27	5,06

11) BIBLIOGRAFIA

- BADALAMENTI, A. & LANGS, R. (1991). An empirical investigation of human dyadic systems in the time and frequency domains. *Behavioral Science*. 36:2, 100-115
- BENBADIS, S. R. (1998) Daytime sleepiness: when is it normal? When to refer? *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, vol. 65, number 10, nov./dec. 1998
- BENJAMIN, L. (1986). Operational definition and measurement of dynamics show in the stream of free association. *Psychiatry*. 49, 104-129
- BILLIARD, M. et al. (1998a). Idiopathic hypersomnia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1998, 52, 125-9
- BILLIARD, M. CARLANDER, B. (1998b) Wake disorders. I. Primary wake disorders. *Neurol.*, Paris, feb 1998, 154:2, 111-29
- BRAUNSCHWEIG, D. & FAIN, M. (1975) *La noche, el día*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1975
- BRAZ, S. et al. (1987) Avaliação dos distúrbios do sono: elaboração e validação de um questionário. *ABP-APAL*, vol. 9, n. 1, 1987, 9-14
- CRITS-CHRISTOPH, P. & MINTZ, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *J. Consult Clin. Psychol.* 59, 20-26
- DANDA, G. J. N. et al. (2005) Padrão do ciclo sono-vigília e sonolência excessiva diurna em estudantes de medicina. *Jornal Bras. de Psiquiatria*, Vol. 54, n 2, 2005, 102-106
- FERRER, M. et al. (1999) Measurement of the perceived impact of sleep. *Medicina Clinica*, sep. 11, 1999, 113(7): 250-5
- FREEDMAN, D. (1992). The search: body, mind, and human purpose. *Am. J. Psychiatry*. 149:7, 858-866
- FREUD, S. (1950[1895]) *Projeto para uma psicologia científica*, em Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (OC), Imago Editora, Ltda., Rio de Janeiro, vol. I
- FREUD, S. (1900a) *A Interpretação dos sonhos*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vols. IV, V
- FREUD, S. (1912-13b) *Totem e tabu*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIII
- FREUD, S. (1914c) *Sobre o narcisismo: uma introdução*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIV

- FREUD, S. (1915d) *Os instintos e suas vicissitudes*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIV
- FREUD, S. (1915e) *Repressão*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIV
- FREUD, S. (1915f) *Palavras e coisas*, em *O inconsciente*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIV
- FREUD, S. (1916-17g) *Conferências introdutórias sobre psicanálise*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XV-XVI
- FREUD, S. (1917h) *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIV
- FREUD, S. (1920i) *Além do princípio do prazer*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XVIII
- FREUD, S. (1923j) *O Ego e o Id*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIX
- FREUD, S. (1924l) *Neurose e psicose*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIX
- FREUD, S. (1924m) *O problema econômico do masoquismo*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIX
- FREUD, S. (1925n) *A negativa*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XIX
- FREUD, S. (1926o) *Inibições, sintomas e ansiedade*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XX
- FREUD, S. (1933p) *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XXII
- FREUD, S. (1939q) *Moisés e o monoteísmo*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XXIII
- FREUD, S. (1940r) *Esboço de psicanálise*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XXIII
- FREUD, S. (1940s) *A divisão do Ego no processo de defesa*, em OC, Imago Editora Ltda., Rio de Janeiro, vol. XXIII
- KAPLAN, H. & SADOCK, B., (1990) *International Classification of Sleep Disorders*, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, chapter 23, vol.2, Sixth Edition, 1995
- JOHNSON, E. O. et al. (1999) Psychometric evaluation of daytime sleepiness and nocturnal sleep onset scales in a representative community sample. *Biological Psychiatry*, vol. 45, n. 6, march 15, 1999, 764-770

- KÄCHELE, H. (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*69, 65-73
- KREISLER, L., FAIN, M Y SOULÉ, M. (1990) *El niño y su cuerpo*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1990
- LANGS, R. et al. (1992). The Formal Mode of the Science of Psychoanalysis: Studies of Two Patient/Therapist Systems. *Amer. Journal of Psychotherapy* 46:2, 227-239
- LEITE, T. M. (1989). Questões metodológicas na análise de processos oníricos: análise de verbalizações obtidas em sessões de indução de Imagens Hipnagógicas. *Anais Assoc. Nac. Pesq. Pós-Grad. Psicol. 2 & Simp. Bras. Pesq. Intercâmbio Cient./ Gramado*, 319-325
- LUBORSKY, L & CRITS-CHRISTOPH, P. (1988). Measures of psychoanalytic concepts – The last decade of research from “The Penn Studies”. *Int. L. Psycho-Anal.* 62, 199-214
- LUBORSKY, L. et al. (1988) *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*, Basic Books, New York
- LUBORSKY, L & CRITS-CHRISTOPH, P. (1990). *Understanding transference, The CCRT Method*, Basic Books, New York.
- MALDAVSKY, D. (1976b) *Teoría de las representaciones*, Buenos Aires, Paidós, 1974.
- MALDAVSKY, D. (1986c) *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.
- MALDAVSKY, D. (1990d) *Procesos y estructuras Vinculares*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.
- MALDAVSKY, D. (1992e) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- MALDAVSKY, D. (1995f) *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996.
- MALDAVSKY, D. (1995g) *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- MALDAVSKY, D. (1997h) Problemas y patologías del desvalimiento, Número inaugural, Abril 1997, Año I, número 1, Buenos Aires, Universidad Hebrea Argentina Bar Ilán, 1997.
- MALDAVSKY, D. (1997i) *Sobre las ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.
- MALDAVSKY, D. (1998a) *Casos atípicos. Cuerpos marcados por delirios y números*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1999.

- MALDAVSKY, D. (1998b) *Lenguajes del erotismo. Investigaciones teórico-clínicas en neurosis y psicosis*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999.
- MALDAVSKY, D. (1999) *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
- MALDAVSKY, D. (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2001.
- MALDAVSKY, D. (2002a) *Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica*, editado em CD-Rom.
- MALDAVSKY, D. (2003) La estructura-frase y la metodología de la investigación del discurso desde la perspectiva psicoanalítica. Sobre el valor de los componentes paraverbales. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 2003, no. 3, 58-100, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- MALDAVSKY, D. (2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.
- MALDAVSKY, D. (2005) *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, Buenos Aires, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, 2005.
- MARTINEZ, D. (1999) *Prática da medicina do sono*, São Paulo, Fundo Editorial BYK, 1999.
- MARTY, P. (1995) *El orden psicossomático*. Valencia, Editorial Promolibro, 1995.
- MASSON, C. (1998) Les Hypersomnies. *La Presse Médicale*, Tome27, número 34, 7 novembre 1998, 1745-1746.
- MEISSNER, H.-H. (1998) Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. *The Western Journal of Medicine*, september 1998, vol. 169, no. 3, 146-149
- MOLDOFSKY, H. (1992) Evaluation of Daytime Sleepiness. *Clinics in Chest Medicine*, Vol.13, Number 3, Sept.1992, 417-425.
- MOREIRA, D. A. (1995) *Psicopatología y lenguaje en psicoanálisis*. Rosario, Homo Sapiens Ediciones, 1995.
- NASIO, J.D. (1989) *Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1989
- NEVES, N & HASSON, A. (1994) *Del suceder psíquico. Erogeneidad y estructuración del Yo en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1994.

- PEDROSO, A. (1996) Resultados da Escala de Sonolência Epworth em 480 alunos de graduação de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Revista de Medicina*, São Paulo, vol. 75, n. 2, abr. /jun., 1996
- PETIAU, C, et al. (1998) Stratégie des investigations pour l'exploration d'une hypersomnie. *La Presse Médicale*, Tome 27, numéro 34, 7 novembre 1998, 1758-1762.
- REYNES, R, et al. (1984) Lexical differences between working and resistance sessions in psychoanalysis. *J. Clin. Psychol.* 40:3, 733-737
- REIMÃO, R. (1989) Como diagnosticar e tratar distúrbios do sono. *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 46, n. 11, 535-543
- SASAKI, T. (1998) Familial transmission of seasonal changes in sleep and eating function in the general population, Vol. 81, Number 2, Nov. 16th, 1998, *Psychiatry Research*. 211-216
- SMADJA, C.J. (1993) A propos des procédés autocalmants du moi, *Revue Française de Psychosomatique*, numéro 4, Paris:PUF
- SHULMAN, D. (1990) The investigation of psychoanalytic theory by means of the experimental method. *Int. J. Psycho-Anal.* 71, 487-498.
- SPITZ, R. A. (1996) *O primeiro ano de vida*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- SZWEC. G. (1993) Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires, *Revue Française de Psychosomatique*, numéro 4, Paris: PUF
- TELLER, V & DAHL, H. (1986). The microstructure of free association. *J. Amer. Psychoanal.* 34:4, 763-798.
- WALLERSTEIN, R. (1989). Follow up in psychoanalysis: clinical and research values. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 37:4, 921-941
- WEISS, J. (1988). Testing hypotheses about unconscious mental functioning. *Int. J. Psycho-Anal.* 69, 87-95.
- WESTBROOK, P. R. (1999). Clinical and laboratory evaluations of excessive daytime sleepiness. *Respiratory Care Clinics of North America*, 5 (3), 1999, 349-361.
- WILLIAMS, R. L. et al. (1995) Chapter 23 Sleep disorders in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. vol. 2, Sixth Edition. KAPLAN, H. I. SADOCK, B. J. (1995)
- WITHERS, B. G. et al. (1999) Idiopathic hypersomnia in an aircrew member. *Aviat Space Environ Med*, aug 1999, 70:8, 797-801