

# “Se Melhor, Morro”: Um Caso Clínico a Partir de uma Perspectiva Relacional e de Género

Sandra Toribio Caballero

---

Tradução de João Lorenzo

## Resumo

Sabemos que homens e mulheres adoecem de forma diferente, não só em termos da saúde em geral como também ao nível da saúde mental. As mulheres apresentam o dobro da prevalência nas perturbações mentais comparativamente com os homens. Existem, aliás, diferenças nos tipos de diagnóstico mais comuns em função do sexo: nas mulheres são mais frequentes os sintomas relacionados com a internalização do comportamento e nos homens com a externalização. Estas diferenças podem-se compreender e explicar a partir de uma perspectiva de género: a socialização diferenciadora tem influência na forma como os homens e as mulheres expressam os seus mal-estares. Como psicoterapeutas relacionais, será necessário que tenhamos em consideração não só o intrapsíquico e o intersubjectivo, como também o social a partir de um foco feminista. No caso clínico que se apresenta, é demonstrado como decorreu o trabalho clínico com Isabella, uma paciente que chegou à consulta com muito sofrimento acumulado e com sintomas de perturbação alimentar: pela sua história, pelas suas relações, mas também pelo facto de ser mulher.

**Palavras-Chave:** Perspectiva de Género; Feminismo; Socialização Diferenciadora; Psicanálise Relacional.

## Abstract

We know that men and women get sick differently, not only in terms of general health but also in mental health: Women have twice the prevalence of mental disorders than men. In addition, there are differences in the most prevalent types of diagnoses based on sex: in women, symptoms related to internalizing behavior are more frequent, and in men, symptoms that have to do with

externalizing behavior. These differences can be understood and explained from a gender perspective: differential socialization influences the way in which men and women express their discomfort. As relational psychotherapists, it will be necessary for us to consider not only the intrapsychic and the intersubjective, but also the social aspects from a feminist approach. In the clinical case presented, it is shown how the work was with Isabella, a patient who came to treatment with a lot of accumulated suffering and eating disorders symptoms: because of her history, because of her relationships, but also because she is a woman.

**Keywords:** Gender Perspective; Feminism; Differential Socialization; Relational Psychoanalysis.

## Introdução

Sabemos que homens e mulheres adoecem de forma diferente no que concerne à saúde em geral (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012). Aliás, essas diferenças são especialmente significativas em saúde mental (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018), na qual as mulheres apresentam o dobro da prevalência comparativamente aos homens: padecem mais de perturbações alimentares, perturbações afectivas (depressão, ansiedade, distímia), perturbação limite da personalidade, perturbação de stress pós-traumático... Por sua vez, os homens apresentam maior prevalência em algumas perturbações da personalidade (antisocial, narcísica), em perturbações de controlo de impulsos e do comportamento, nas relacionadas com as substâncias e adições e têm maiores taxas de suicídio (Hartung & Lefler, 2019). Aliás, se pensarmos nos sintomas característicos dos diagnósticos anteriores, percebemos como nas mulheres os sintomas mais prevalentes estão relacionados com a internalização e nos homens com a externalização.

Como explicar estas diferenças? Há duas formas possíveis: ou pondo o peso nos factores biológicos e genéticos, ou tentando compreendê-las a partir de um ponto de vista mais ambiental. Como psicoterapeuta, sinto-me mais confortável colocando mais peso no social, no aprendido. Consequentemente, creio que pensar na interpretação da morbilidade diferencial entre homens e mulheres, a partir de uma perspectiva de género, pode ser especialmente útil.

## Psicanálise Relacional e Feminismo

Há algum tempo que se fala sobre a necessidade de aplicar a perspectiva de género em todas as áreas do conhecimento, precisamente devido à ausência desta perspectiva na construção do conhecimento. Mas, a que nos referimos quando falamos de perspectiva de género? Seguindo uma definição da Organização das Nações Unidas (ONU):

“(...) É uma estratégia destinada a fazer com que as preocupações e experiências das mulheres, bem como as dos homens, sejam um elemento integrante da elaboração, da aplicação, da supervisão e da avaliação das políticas e dos programas em todas as esferas políticas, económicas e sociais, com a finalidade de que mulheres e homens sejam beneficiados igualmente e que se impeça a perpetuação da desigualdade. O objectivo final é alcançar a igualdade (substantiva) entre os géneros” (ONU, 2022).

Trabalhar como psicoterapeutas relacionais implica que tenhamos em conta o intrapsíquico e o intersubjectivo, e que pensemos que o trabalho da relação terapêutica ajudará a pessoa a mover-se melhor no resto das suas relações, e assim, melhorar a sua qualidade de vida. Trabalhar como psicoterapeutas relacionais com uma perspectiva de género ou feminista, supõe que adicionemos, ao anteriormente referido, uma noção de como a socialização diferenciada, o facto de nos educarem como meninos/meninas, rapazes/raparigas, homens/mulheres, influencia a forma como se manifestam determinados mal-estares.

Mais além dos diagnósticos recolhidos nos manuais, existem outros mal-estares que afectam de forma diferente. No caso das mulheres, é necessário ter em consideração o impacto da violência machista na sua saúde [38% dos assassinios das mulheres em todo o mundo são cometidos pelos seus companheiros homens (OMS, 2020)], os mitos do amor romântico (o da meia-laranja, o dos ciúmes, a onnipotência,...), o ideal de magreza e a problemática em torno do corpo (considera-se socialmente que ser-se bonita é o equivalente a ser-se magra, a não ocupar espaço), o impacto do “telhado de vidro”<sup>1</sup> e os efeitos da “viagem dupla e tripla das mulheres”<sup>2</sup>,... No caso dos homens, a socialização diferenciadora

---

1 Nota do tradutor: O conceito de “telhado de vidro” é utilizado habitualmente em Espanha para referenciar as disparidades laborais entre homens e mulheres, mais concretamente na pouca presença de mulheres em cargos de maior responsabilidade comparativamente com os homens (por ex. cargos de chefia).

2 Nota do tradutor: O conceito de “viagem dupla e tripla das mulheres” é utilizado habitualmente em Espanha para referenciar a complexidade e os desafios que a mulher, na sociedade moderna, tem para conciliar os seus diferentes papéis (ex. conciliar a vida profissional com a vida familiar e social).

a partir da qual são educados contém representações sobre “como ser um verdadeiro homem”, nas quais se estimula a autosuficiência, a temeridade e a competitividade, nas quais se compreende a dificuldade em expressar sentimentos e um maior número de comportamentos de risco (o alcoolismo, as dependências de substâncias, maior número de suicídios, de acidentes de viação, de mortes por violência, de doenças sexualmente transmissíveis e de delitos cometidos...).

Tudo o que foi referido anteriormente foi objecto de estudo na minha tese de doutoramento, intitulada de “Psicopatologia e Género: Determinantes Sócio-culturais das Perturbações Psicológicas nas Mulheres” (Toribio, 2021). Investiguei de forma quantitativa, recorrendo a uma amostra de 368 mulheres, como a conformidade às questões de género faz com que as mulheres padeçam mais de determinadas perturbações e mal-estares, fazendo com que necessitem de maior apoio psicológico. Os resultados demonstraram que uma maior conformidade em relação a algumas variáveis relacionadas com os papéis de género, fazia com que as mulheres, efectivamente, procurassem mais apoio psicológico.

No entanto, a minha ocupação principal não é a investigação, mas sim a clínica. O que podemos fazer com todos estes dados que retiramos da investigação se realizamos trabalho clínico? Como se pode “juntar” a investigação entre género e psicanálise relacional? O caso clínico que se apresentará é uma aproximação à forma como se pode trabalhar sendo-se psicoterapeuta relacional com uma perspectiva de género, ou seja, tendo em consideração e tentando integrar na clínica as diferentes formas de adoecer ou os mal-estares que surgem em função do género.

## Caso Clínico

“Quero sair da relação em que estou...mas não consigo sair sozinha, tenho muito medo”. Assim se apresentou Isabella na minha consulta. Italiana com 28 anos, estudou filologia e conheceu o seu namorado, Victor, durante um Erasmus há seis anos. Viveram em Manchester durante três anos, até que se mudaram para Madrid (em 2014) para fazerem um mestrado. Quando Isabella

terminou o seu mestrado, foi contratada na mesma instituição para se ocupar da gestão da formação. Nesse emprego sente-se contente: é um ambiente muito internacional, algo que lhe agrada muito. Aliás, as suas relações sociais são com pessoas do emprego.

Isabella é de uma cidade no norte de Itália. Descreve o seu pai como sendo muito ditatorial e ausente: desde que se recorda, passava de segunda a sexta-feira a trabalhar noutra cidade de Itália... onde “tem outra pessoa”, e onde inclusivamente poderia ter outra família. Da sua mãe, Isabella diz que tem uma depressão e que “é a típica *mamma italiana*”, que se ocupou da casa e dos filhos e que passa os seus dias a cozinhar. Nunca viu carinho entre os seus pais, nunca se abraçam. Tem um irmão oito anos mais novo com o qual tem uma boa relação e da qual sente falta. Conta, nas primeiras sessões, o quão importante foi para ela a família estado-unidense que a acolheu quando, com dezassete anos, foi para os Estados Unidos fazer o último ano do liceu: continua a manter uma relação com o casal e refere-se a eles como “a minha família americana”.

Quando lhe peço para me falar com mais detalhe sobre a sua relação com Victor, diz-me que “não é mau rapaz”, e “não me bate”..., mas que é muito possessivo e ciumento, motivo pelo qual Isabella deixa de fazer várias coisas para evitar que ele se incomode. Quando Victor se zanga passam dias sem se falar, podendo inclusive terminar a relação... até que finalmente se reconciliam, dando lugar, reiteradamente, ao ciclo da violência (Walker, 1979), com as suas fases de acumulação de tensão, agressividade (argumentação ou reprimenda) e de “lua de mel” (a reconciliação). Na “fase má”, pensa: “tenho que sair daqui, a minha vida é uma merda, estou em depressão, tenho que deixá-lo, não sou eu mesma com ele”. Pensa em terminar a relação...mas ao mesmo tempo sente que não pode fazê-lo. Na realidade, o período de “lua de mel” nem sequer é assim tão bom. É tanto um período “bom” como um período “não mau”. Quando pensa em separar-se, sente muita pena pelos seus pais “que adoram o Victor”. Eles incentivam-na a aguentar e a permanecer na relação porque “ele é bom rapaz”.

Encontrava apoio na família americana que a incentivava a separar-se de Victor e que a convidariam para passar um tempo com eles para se recompor, caso

fosse necessário. “Com os meus namorados anteriores podia ser eu mesma, mas com o Victor não sou eu mesma, não me reconheço, eu não era assim...mas fui mudando com o passar dos anos”. Esta sobreadaptação pode levar-nos a pensar acerca dos “sistemas de acomodação patológica” de Brandchaft (2007), nos quais se sacrifica, de forma inconsciente, a própria experiência e adopta-se aquela que é requerida pelo “outro”, com a finalidade de se manter o vínculo. Também se verifica aqui algo típico do feminino, no que concerne em antepor as necessidades dos outros em detrimento das próprias.

Isabella relaciona esta dinâmica com a sua crescente falta de segurança e de auto-estima. Duvida se as coisas que faz estão bem ou são “normais”. “Sinto que tudo é culpa minha, que é errado que saia com as minhas amigas porque isso significa que prefiro sair com elas do que estar com ele...e eu deveria querer estar sempre com o meu namorado, certo? Victor diz que dever-nos-ia apetecer fazer tudo juntos”. Por exemplo, Isabella pensava que não podia fazer a declaração da renda ou alugar um apartamento por sua conta. “São gestões que o Victor sempre fez”.

Surge a identificação com a sua mãe: ambas são incapazes de separar-se de um homem com o qual são infelizes e sofrem. “Sou a minha mãe. Ela tem sofrido muito e eu passo a vida a chorar... não quero acabar como a minha mãe”. Acredita que se a sua mãe se tivesse separado teria sido mais feliz. Surge a culpa por diferenciar-se da mãe, mas depois a esperança de que se se separasse seria mais feliz.

Por outro lado, começa a surgir a identificação com o seu pai, no que tem a ver com as ideias de ser infiel ao seu companheiro quando começa a interessar-se por outros jovens. Sente que é como se encarnasse o pior de ambos.

Está também muito presente a ambivalência em relação às suas duas famílias: Se se separa, decepciona a sua família italiana. Se não o faz, decepciona a sua família americana.

Isabella teve anorexia/bulimia com 15 anos: nos seus piores períodos chegava a vomitar o pequeno-almoço, almoço e jantar. Segundo diz, ninguém se apercebeu sobre o que se passava com ela até que um dia desmaiou e a mãe “descobriu-a”. Na sua família, não expressam afectos e também não se fala: a perturbação

alimentar passava despercebida. Esteve em tratamento e melhorou, mas durante os últimos dois/três anos, o vomitar tornou-se algo mais constante e rotineiro, chegando a fazê-lo quase diariamente e segundo conta, quase de forma organizada e planificada. “Necessito de ter tudo controlado: vomito segundo a minha agenda”. Sabe antecipadamente, em função dos seus planos durante a semana, em que noites vomitará e em que não vomitará. No mestrado não vomitou, “necessitava de todas as minhas energias para os exames”. Tivemos algumas vezes sessões às 8.00h da manhã e explicava-me: “Ontem à noite não vomitei, porque senão estaria muito cansada”.

Fala-me da sua tia materna, que faleceu com “trinta e poucos anos de um ataque cardíaco”, quando Isabella tinha 8 meses. “Segundo o que me contaram, tinha depressão e anorexia”. Dizem à Isabella que “é idêntica a ela”, o que lhe causa grande impacto já que ninguém sabe dos problemas alimentares de Isabella (nem sequer o seu namorado).

Falámos também sobre como vive a sexualidade. Tem relações com o Victor diariamente, mas ela nunca chega a atingir o orgasmo e também não sente prazer. Entra numa espécie de estado robótico e põe-se a pensar nas suas coisas (desconecta-se), enquanto Victor “faz a sua parte”. Quer sempre fazê-lo com a luz apagada, “para que não veja a minha cara. Às vezes fi-lo a chorar”. Falávamos de uma família desconectada, mas parece desde logo que o namorado também o estava.

Outro dos factores que torna muito difícil a decisão de separar-se é o seu medo de ser uma mulher solteira, quase a fazer trinta anos, ou seja, o medo de ficar “sozinha”. Estava muito presente nela a falta de desejo, aguentando-se numa relação que a fazia sofrer, e o “cuidar” do outro de forma altruísta (toma conta da casa, cozinha,...”sinto-me muito dona de casa”) para evitar o conflito, como forma de estar no mundo. Mais uma vez, o peso do Feminino, no que diz respeito à distribuição de papéis de género no casal e na sua forma de estar no mundo, aparece de forma muito marcante.

Durante o primeiro ano da terapia, o nível de sofrimento foi altíssimo. Havia uma desesperança generalizada sobre o futuro: sentia que esta era a vida que lhe tinha calhado e que tinha de conformar-se. Deprimia-se cada vez mais e tinha muito medo em pensar-se sozinha, medo que a paralizava. Da minha parte, também

sentia uma certa paralisia: podíamos pensar juntas, estarmos de acordo sobre o facto de estar numa situação que lhe era muito penosa, mas como ocorre tantas vezes, ser consciente não era o suficiente para se poder “mover”. Numa sessão, na qual suponho que também me sentia em parte desesperançada, perguntei-lhe porque é que não se separava. Respondeu-me: “Sandra, porque ele me ama!”. Recordo que, apesar de tudo o que já tínhamos trabalhado juntas, a sua resposta deixou-me perplexa, por ser honesta, genuína e por tudo o que englobava. Eu respondi-lhe com outra pergunta: “Mas Isabella, e tu? O que é que tu queres?”. Creio que o que estava a perguntar-lhe era onde estava o seu desejo, se é que o tinha.

Chorava frequentemente sem saber porquê. Digo-lhe que chora porque sofre, ao que responde: “mas não me bate”. Digo-lhe que se pode sofrer – e muito – mesmo que não nos batam. Eu sentia que era preciso explicitar, pôr por palavras, coisas que, apesar de evidentes, tinham de ser nomeadas para existirem e poderem ser sentidas, ao serem escutadas na boca de outra pessoa, de outra mulher. Parte do trabalho que considero que o feminismo e a perspectiva de género podem contribuir, tem a ver precisamente com isto: desconstruir dogmas interiorizados, situações que damos por certas serem como são, mas que realmente é necessário revê-las.

Questionava muito a terapia e o nosso trabalho. Inevitavelmente, também se questionava a ela própria. Um dia disse-me que tinha estado a pensar muito durante a semana e que, como se acomoda muito às rotinas, não queria pensar que vinha apenas falar de Víctor e queixar-se, que queria falar sobre ela e trabalhar as suas coisas, especialmente a sua auto-estima. Na minha opinião, foi nesse momento que começou a instalar-se verdadeiramente na terapia.

Durante alguns meses o sofrimento “estabilizou-se”. Habituada a viver no horror, a tolerância dela ao sofrimento fazia-a suportar um nível de mal-estar base que, de fora, parecia insuportável.

Da minha parte, considerava que era importante trabalhar a capacidade dela em imaginar a vida sem ele, sobretudo se chegasse efectivamente a separar-se, porque sentia que esse cenário “alternativo” a conectaria com uma certa sensação de liberdade. (Nesta altura do artigo, o/a leitor/a terá claro que eu considerava que Isabella necessitava, efectivamente, de separar-se para estar

melhor). Muitas vezes não queria nem pensá-lo porque ficava triste, começava a chorar, cheia de angústia, mas lentamente foi-se atrevendo, cada vez mais e mais. O facto de poder começar a imaginar-se e a pensar-se de forma diferente era já um indicador de mudança: era mais livre, pelo menos, ao poder pensá-lo.

O verão chegou e decidiu que não queria passar as férias com Victor, mas sim ir sozinha a Itália. Tomar esta decisão coincide com o estar pela primeira vez, em muito tempo (anos), quase uma semana sem vomitar. As viagens a Itália revitalizam-na, servem para ganhar força: sai com os seus amigos, está com a sua família, contacta com jovens... definitivamente: sente-se melhor, vomita menos. Falamos sobre o quanto as perturbações alimentares têm de adicções: ela gosta que pensemos deste modo porque é assim como ela as entende. Diz que as suas adicções são “vomitar, fumar e o seu namorado”. Pergunta-me também acerca das consequências físicas do vomitar, “o que é que me pode acontecer?”. Quando vai a Itália realiza todo o tipo de exames médicos e relacionamos isto com a sua tia, com a qual é muito parecida, que tinha anorexia e que morreu de ataque cardíaco.

Gradualmente, podemos começar a ligar, também, a sua relação com a comida e a sua relação com Victor. “Quando discutimos, apetece-me “vomitar” toda a merda que me deita em cima”. “Vomitar” como o que se faz quando não se consegue digerir algo. “Perdi o controlo a viver com Victor. Se estou sozinha não vomito”.

Essas férias marcaram uma mudança de tendência e foram fazendo cada vez mais coisas separadamente (ainda que no início Isabella o vivesse com muita culpa). Tinha gostado muito do verão: começava a tomar consciência de que podia funcionar sozinha e sentir-se bem. Sentia-se mais independente e segura. Surge, então, com força, a ideia de voltar a viver em Itália. É-lhe muito difícil pensar em separar-se de Victor e continuar a sua vida em Espanha, mas ao mesmo tempo preocupa-a a ideia de que voltar a Itália seja uma forma de fugir. Eu também tinha as minhas dúvidas. Não deveria *permanecer* em Madrid, separar-se e continuar com a sua vida *aqui*? O seu regresso a Itália não representaria uma espécie de fuga para a frente? No entanto, começou a ficar claro que, provavelmente, só conseguiria separar-se se colocasse terra pelo meio.

Sinto que decorrido este primeiro ano de terapia, a minha atitude como terapeuta foi mudando. Comecei a mostrar-me mais, explicitando-lhe que a relação em que

estava lhe fazia mal e dizendo-lhe que eu, sim, acreditava que ela seria capaz de separar-se. Também falámos sobre o que significaria dormir com um jovem de quem gostava durante as suas férias de Natal em Itália: priorizar o seu próprio desejo e poder conectar-se com uma área de prazer na qual se sente impedida. (Além da parte ética que significaria a infidelidade – algo muito pessoal e que temos sempre que repensar com cada paciente – para mim, o mais importante era que pela primeira vez em muito tempo *sentia desejo*. Se se pudesse imaginar a desfrutar de sexo com um homem, ainda que este não fosse o seu namorado, para mim era um sintoma inequívoco de saúde. Aliás, às vezes, estas relações “alavanca” servem para passar de uma situação para outra, apesar de não serem necessariamente “eticamente ideais” ... e o meu desejo era que pudesse sair de uma relação nociva).

Com estas primeiras manifestações de mudança, surge também muita ambivalência. Começam a misturar-se e a sobrepor-se a “antiga” Isabella e a “nova”. Victor vai de fim-de-semana com os seus amigos e a sua primeira emoção é sentir-se “triste”, pensando que não saberá o que fazer, mas na realidade depois organiza-se bem, faz muitos planos e é capaz de desfrutar.

Um dia chegou à sessão muito desesperada, dizendo que “desistia, que esta era a sua vida, que atirava a toalha ao chão”,... disse-lhe que eu não iria atirar a toalha, que sentia que estávamos a trabalhar juntas e a progredir, pouco a pouco, até que pudesse sentir-se melhor consigo mesma. Noutros dias chegava com mais força e começava a arriscar fazer coisas que, antecipadamente, sabia que iriam incomodar Victor porque pressupunham passar menos tempo com ele, como inscrever-se num torneio de pádel aos fins-de-semana. Coloca na relação o “ir preparando coisas para quando se separe”.

Arriscar falar nas sessões do quão mal estava a relação com Victor, deu-lhe coragem para fazê-lo fora das mesmas. Percebeu que a situação que vivia, não era tão diferente da de algumas amigas ou colegas de trabalho que também estavam em relações que não as satisfiziam. Arriscou contar que vomitava a uma amiga. “Estou a falar muito, está a salvar-me. Disse isto à minha amiga: ainda bem que vou à terapia!”.

Chegou um dia em que, assim que se sentou na poltrona, disse: “Vou-me embora.

Já está. Acabou-se a estupidez”. Fala com Victor para explicar-lhe que irá voltar a viver em Itália e comunica-o também no emprego. Imagina constantemente que os seguintes passos serão “os piores”: “Estou à espera do sofrimento, tem de chegar, isto causa-me ansiedade e pesadelos...tenho ansiedade, não tristeza” (há muito mais capacidade de mentalização). Mas, uma vez mais, as seguintes etapas do processo foram menos traumáticas do que estava à espera e quase pôde desfrutá-las: por exemplo, preparar as caixas da sua mudança tornou-se numa festa com as suas amigas. Relacionamos isto com o facto de que, na realidade, já está a fazer o luto há muito tempo, já chorou muito por causa desta relação que está a terminar.

Foi precisamente – no meu entender – o facto de que pudéssemos incluir e trabalhar com uma perspectiva de género, que facilitou a Isabella poder conectar-se com o seu desejo. Pudémos falar daquilo que se espera das mulheres aos trinta anos, bem como da busca “indiscriminada” do amor e do “príncipe azul”, tudo muito relacionado com os mitos do amor romântico.

Reconhece a sua dificuldade em estar sozinha, mesmo que seja mais “imaginada” do que “real”. “Sou o típico caso da mulher que precisa dos homens para que a sua auto-estima suba, sou um caso de estudo!”. A ferida narcísica herdada das suas experiências familiares e culturais converte-se em algo “digno de estudo”: O que a envergonhava e se misturava na sua tristeza, converte-se em algo de que se pode falar com orgulho. Passa da vergonha para um sentido de self mais coeso.

Diz que existem “muitas pessoas” numa situação parecida com o que ela viveu, relações insatisfatórias com parceiros que as fazem sentir mal, suportando coisas que não têm que aguentar. Pergunto-lhe ao que se refere quando diz pessoas. Diz: “amigas”. Digo-lhe: “mulheres”. Refere que pensava que tudo o que lhe acontecia era devido à sua história familiar e que surpreendeu-se ao perceber que pessoas com histórias tão diferentes podem viver o mesmo. Está aqui a importância do sociocultural e das funções de género, e de como muitos dos mal-estares de Isabella são mal-estares de género, e portanto, comuns e partilhados com muitas mulheres.

O nosso trabalho, juntas, consistiu em que pudesse repensar-se, conectar-se mais com o seu próprio desejo (Dimen, 1991) e construir assim uma nova identidade, ainda que para isso necessitasse de transcender as identificações

que modularam o seu desenvolvimento. A inclusão da perspectiva de género permitiu-nos compreender em profundidade a sua história e o seu momento vital actual com maior coerência narrativa (Stern, 1997).

Mas estes momentos de melhoria também deram lugar a uma fase de muita hipocondria e ataques de pânico. Quando está sozinha em casa, começa a doer-lhe o coração. “Tenho medo de estar a morrer. Tenho medo de tudo, tenho medo de viver”. Surge de forma muito intensa o seu medo de apanhar um avião para regressar a Itália: relacionamo-lo com o falecimento da sua tia, que morreu de um ataque cardíaco exactamente quando começava a melhorar, a recuperar. Se eu me curo, se melho...morro? Era inevitável pensar que as suas resistências à mudança, estavam relacionadas com o facto da sua identidade ter sido construída, de forma agora menos inconsciente, sobre o fantasma da tia materna. Era inevitável pensar aqui no peso de transmissão intergeracional do trauma.

Apanhar um avião, ser livre, feliz, fazer o que lhe apetece...e melhorar..., mas cuidado! Pode morrer se o fizer. Surge a culpa e a fantasia do castigo por desfrutar e querer ter uma vida mais livre.

Melhorar é separar-se...e diferenciar-se assim da sua mãe.

Melhorar é não ser infiel...e diferenciar-se assim do seu pai.

Melhorar é deixar de vomitar...e diferenciar-se assim da sua tia materna.

Fazendo estas “melhorias”, não tem outra opção senão a de construir uma nova identidade, mais coerente com a que ela livremente deseja ser. O habitual para ela é sentir-se mal – não nos esqueçamos dos seus altos níveis de tolerância ao sofrimento e ao desconforto – como tal, sentir-se bem seria uma experiência nova.

Eu digo-lhe que ela “não é” a sua tia, nem a sua mãe, nem o seu pai. Ir pondo isto em palavras tem um efeito quase mágico entre nós. De repente, tudo tem sentido, tudo encaixa. Emociona-se.

Utilizamos as últimas sessões antes da sua ida para Itália para reformular e ressignificar, para visitar as diferentes etapas do nosso trabalho conjunto. Victor disse-lhe que desde que começou a ir à psicóloga, tudo mudou. Na realidade, ambas sabemos que ela já tinha começado a sua mudança antes, e por isso veio.

A última sessão presencial foi especialmente emotiva para as duas. Ao despedirmo-nos, disse que sentiria a minha falta. Disse-lhe que eu também sentiria a dela. Despediu-se no seu emprego e das suas amigas, de Victor, e voltou a Itália umas semanas antes de se dirigir aos Estados Unidos para passar um período com a sua família americana, que era, na realidade, o que mais desejava.

Durante as suas semanas em Itália mantivemos sessões via *Skype* e apesar da minha recomendação em darmos continuidade, Isabella preferiu que não continuássemos enquanto estivesse nos Estados Unidos.

Nessas sessões por *Skype*, que fazia desde a sua casa de família, dizia que a sua relação com Victor lhe fazia recordar a sua infância, cheia de discussões entre os seus pais, e que continua a ser o habitual em sua casa. “Creio que agora poderei vê-lo através de uma perspectiva diferente: eu saí disso, esta não é a minha vida”. Pouco depois de ter voltado a casa, a sua mãe viu-a a chorar e disse-lhe que não tinha motivos para chorar, que estava assim porque ela assim o quis, o que a destroçou. Algumas semanas mais tarde, a mãe transmitiu-lhe uma mensagem bem diferente: “Eu não pude..., mas tu fizeste bem”.

Com distância, está a poder também repensar a relação com Victor, incluindo o perdoar a si mesma e respeitar os seus ritmos: “acabou quando tinha que acabar. Para estar aqui agora, tive de esperar oito anos”. No dia em que ela apanhou o avião para Itália, Victor assinou um empréstimo: comprou um apartamento sozinho. O tipo de apartamento, a localização e a forma de vida que Victor queria ter ficava assim cristalizada com essa compra, o que ajudou Isabella a reafirmar, ainda mais, que ambos tinham projectos de vida muito diferentes.

Em relação ao vomitar, ambas estamos de acordo que apesar de estar muito melhor do que antes (disse que já o tinha “retirado” da sua rotina diária), ainda não é algo que esteja completamente erradicado, pelo que seria uma área para se continuar a trabalhar. “Mudei a rotina: passei de vomitar todos os dias para vomitar uma vez por semana. Por vezes tenho esta vontade de fazer mal a mim própria... porque é algo que não dá nada de prazer”. “É uma linha muito ténue: quando me sinto um bocado mais cheia do que gostaria...passo a linha e como tudo”. O controlo frente ao descontrolo. A dor frente ao prazer.

A experiência relacional partilhada converteu-se na técnica co-construída que

revelou ser o catalizador para a construção da nova identidade de Isabella. O facto de ter-me permitido expressar o meu desejo e senti-lo na relação terapêutica com Isabella facilitou que ela mesma o tivesse feito. E resulta que “curamos a vida na relação, a compreensão da experiência de ser na relação com outros” (Ávila, 2013).

## Conclusões

Como dizíamos no início, a saúde dos homens e das mulheres é diferente, e de forma mais específica, também existem diferenças na saúde mental. Além dos dados “objectivos” que a investigação fornece, o nosso trabalho como psicoterapeutas permite-nos detectar outro tipo de mal-estares, que *a priori* podem ser mais mais subtis. Muitos desses mal-estares estão atravessados, inevitavelmente, pelo género, uma vez que fomos socializados diferencialmente em função do nosso sexo. Passa a incluir uma perspectiva de género ou feminista, supõe, no meu entender, a necessidade de poder pensar e trabalhar com o/a paciente não só o intrapsíquico e o intersubjectivo, como também determinados aspectos sociais. No caso de Isabella, foi especialmente importante para poder compreender com maior profundidade que muito do que se passava com ela (perturbação alimentar, a relação de dependência, a insegurança, a ansiedade...) tinha relação, não só com a sua história e as suas relações, como também com o facto de ser mulher.

A dúvida pode existir se, ao fazermos isto, concluirmos que estamos a fazer psicoeducação em vez de psicanálise (Toribio, 2020). Talvez seja uma pergunta não muito difícil de responder: como profissionais de saúde, quando presenciamos comportamentos que sabemos que são danosos para a pessoa, fazemos o possível, não só para compreendermos as causas, como também para que a pessoa possa abandonar essas condutas danosas (pensemos por exemplo no consumo de drogas). Pensando assim, podemos também acompanhar o caminho da desconstrução dos mal-estares de género que, sabemos, significam pior saúde e pior qualidade de vida.

## Referências

- Ávila, A. (2013). Hacernos personas recorriendo el camino del cambio. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(1), 79-86.
- Brandchaft, B. (2007). Systems of Pathological Accommodation and Change in Analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 24(4), 667-687.
- Dimen, M. (1991). Deconstructing difference: Gender, splitting and transitional space. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 335-352.
- Hartung, C. & Lefler, E. K. (2019). Sex and gender in psychopathology: DSM-5 and beyond [Sexo y género en psicopatología: DSM-5 y más allá]. *Psychological Bulletin*, 145(4), 390-409. <https://doi.org/10.1037/bul0000183>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Género y salud. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Temas de salud. Violencia contra la mujer. [https://www.who.int/topics/gender\\_based\\_violence/es/](https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/)
- ONU Mujeres (2022). Incorporación de la perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>
- Sánchez-López, M. P., Cuellar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health [El impacto de los roles de género en la salud]. *Women & Health*, 52(2), 182-196. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.652352>
- Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós.
- Toribio, S. (2020). Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 14(1), 216-236. <https://doi.org/10.21110/19882939.2020.140113>
- Toribio, S. (2021). Psicopatología y género: Determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://psicoterapeutafeminista.com/publicaciones-2/>
- Walker, L. (1979). *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclée de Brouwer.