

---

# Doentes psicossomáticos: considerações terapêuticas a propósito de dois casos<sup>1</sup>

---

Cristina Fabião\*

## **Resumo**

*A autora refere a dificuldade no acesso à função simbólica presente nos doentes psicossomáticos. Em períodos de agudização da doença, há doentes que se movem num universo de comunicação em que não interpretam símbolos, mas comunicam por sinais. Este facto pode ser importante na condução destes pacientes muito mais para os procedimentos estandardizados do Hospital Geral do que para aqueles tratamentos que visem ajudar o paciente na capacidade de ligar o seu sofrimento a material psíquico.*

*Apresenta dois casos em fase de agudização da doença (o primeiro com vômitos e o segundo com dores articulares entre outros sintomas) e mostra a importância da rêverie no início da relação terapêutica.*

**Palavras-chave:** *Função simbólica; Doentes psicossomáticos.*

Num Simpósio da Sociedade Portuguesa de Psicanálise dedicado à Psicossomática (O corpo do delito,

1994) tivemos oportunidade de apresentar uma comunicação sobre um caso de Anorexia Nervosa.

Em jeito de conclusão, referimos que "a Anorexia Nervosa surge como o lugar estimulante onde se pode vir a encontrar um melhor entendimento sobre as relações entre as doenças psicossomáticas, a área psicótica da personalidade e as perturbações narcísicas ao longo do desenvolvimento precoce" (Fabião, 1996, p.35-36).

Este cruzamento de patologias e problemas clínicos conduz-nos para as questões sobre o nascimento/autonomização do aparelho psíquico, sobre o surgimento do pensamento simbólico e da capacidade de simbolizar.

A capacidade de simbolizar "nasce" no interior de uma relação (a relação primária, aberta à triangulação, que, por sua vez, se insere num determinado universo simbólico) e a partir do processamento/transformação que nessa relação se torne possível, das interferências do mundo exterior, de tudo o que é estímulo perturbador da homeostasia, quer sejam sensações captadas a partir dos órgãos dos sentidos quer se trate de sensações provenientes do corpo (por exemplo as sensações desencadeadas pela fome) e do mundo interno incipiente.

---

<sup>1</sup> Comunicação apresentada nas 1<sup>as</sup> Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, 5 e 6 de Fevereiro 1999, Caramulo

\* Psiquiatra, Psicanalista.

Para que os estímulos possam ser "lidos" e integrados, possam dar entrada e ser postos em contacto com o interior, eles devem ser acompanhados da chancela, do salvo-conduto "familiar, de confiança", que permite que sejam "engolidos", sem a ameaça de contacto com material alienígena, ameaçador para a integridade e vida do corpo/mente que é posto em contacto com este material. A entidade que pode colocar esta chancela é o corpo-mente com o qual a criança se encontra fundida. Esta chancela é já resultado da capacidade continente e da capacidade transformadora da mente do objecto cuidador e de uma interpretação que eventualmente foi feita e "deixou passar" os estímulos devolvendo-os ao contacto com o bebé, depois de compreendidos e transformados.

A clínica mostra-nos diariamente que sem este meio (de confiança) que permite a entrada em contacto com o estímulo, com a situação, com o acontecimento, o sujeito não chega a ver ou a ouvir, a cheirar... Sabemos como se pode chegar a enlouquecer por não poder ver, ouvir, por não poder saber.

Que faríamos nós ao pressentir que um disco voador de extraterrestres se preparava para aterrar aqui, sem que soubéssemos se traziam a bordo alguma "peste", ou gás letal? Poderíamos ver, ou ouvir alguma coisa, se não fosse possível um mínimo de confiança interna?

Não se trata, como é evidente, de formas de recusa de contacto, próprias de estádios mentais mais sofisticados; trata-se do sentimento primordi-

al de ameaça de um psiquismo incapaz que precisa de ser alimentado gota a gota, acreditando (confiando) que não está a ser bombardeado/envenenado, fisicamente/psiquicamente.

Se parece ser fácil o consenso em torno da assunção de que o pensamento simbólico/mítico seja uma primeira forma, mesmo nos seus modos muito arcaicos, de pensar especificamente humana, passemos ao confronto com a pergunta: como começa a produzir-se *o sentido* na história de cada um.

O modelo de que me sirvo, situa as primeiras unidades de sentido na significação (que é possível encontrar no seio de uma relação em continente-conteúdo, tal como Bion a definiu) que acompanha as primeiras incorporações ligadas à percepção, nessa espécie de salvo-conduto a que me referia e que sinaliza com a chancela de "pode seguir, é suportável" a introjecção primitiva. Este modelo (bioniano) procura, entre outros, dar conta da formação do pensamento simbólico, questão fundamental na clínica das psicoses, nas doenças psicossomáticas e nas formas graves de perturbações narcísicas.

Por outro lado, os estudiosos da Semiótica distinguem claramente entre a transmissão de *sinais*, que, efectuada através do meio adequado, e através dos dispositivos necessários, desencadeia uma resposta pré-determinada (fenómeno visível também em muitas espécies animais, como por exemplo as abelhas, e que tem aplicação em sistemas sofisticados de comunicação artificial) distinguem

claramente, dizia, da transmissão de *signos* [sendo que no caso dos signos "não existe um código unívoco mas uma pluralidade de códigos a determinar o sentido da mensagem e sempre que estes códigos não são inteiramente comuns ao emissor e ao receptor" (Rodrigues, 1991: p.17-18)]. No caso do sinal, pelo contrário, emissor e receptor não podem discutir o código que está dado. Importa discernir, então, o seguinte:

1) Na recepção duma mensagem ela é captada como um sinal (verificar se está de acordo com o código e desencadear a resposta pré-determinada) ou é recebida e tratada como um signo a interpretar.

2) Este primeiro item remete-nos para a interrogação sobre a existência, ou não, da capacidade para interpretar os signos, para os reconhecer como tais (e não como mensagens meramente ao nível do sinal) para que seja possível armazená-los como material simbólico, integrável numa memória, numa história, numa narrativa, integráveis numa fantasia, num sonho (remete-nos para a existência ou não do que Bion chamou a função alfa, que existe de forma débil, ou em contínua reversão em pesosas que aparentemente "pensam" ...colados aos ideogramas do objecto ou tomando de empréstimo os elementos alfa, as primeiras unidades de sentido do outro, o que fez/faz sentido na história do outro, na experiência do outro).

Os doentes psicossomáticos vêm junto do médico com sinais e sintomas, como se não dispusessem da

banda do pensamento simbólico para interpretar as suas queixas e quem tem prática de tratar estes doentes sabe como aquela banda quase não pertence ao seu universo mental, sobretudo nos períodos de recrudescimento dos sintomas somáticos. (A uma dor aqui, deve corresponder inevitavelmente uma radiografia ali, por exemplo). Trata-se, então, de "psiquiatrizar" os seus materiais e daí a importância da capacidade do cuidador em imaginar, em sonhar os sonhos e fantasias falhados, abortados (a capacidade de "rêverie"), de procurar fazer existir um lugar mental para este tipo de material (simbólico), de, um dia, poder vir a tornar compreensíveis as metáforas, etc. O pensamento operativo, permite sem dúvida manipular as emoções convertendo qualquer estímulo perturbador em sinal – sintoma a transmitir no interior dos dispositivos existentes no sistema de saúde (que muitos destes pacientes conhecem tão bem), idealmente (para a tendência a não pensar, a área psicótica da personalidade) sem uma manipulação ao nível do simbólico, do humano, do pessoal.

O pensamento simbólico "nasce" no interior de uma relação de dois seres que podem ser diferentes e separados, no interior de uma relação em que está contemplada a possibilidade de o código de interpretação das mensagens não ser inteiramente comum, exactamente porque existem duas mentes separadas.

Com efeito, com estes doentes, o problema surge quando se quer ou se pensa diferente, ou em qualquer cir-

cunståncia que instaure a separação.

Trata-se, no entanto, de uma tirania diferente da que é exercida pelo psicótico. Aqui é exercida para que não haja mundo mental, psiquismo.

No psicótico não deve haver ausência do objecto percebida pelo sujeito, nem que para tal a realidade tenha que ser substituída pela neo-realidade do delírio. O objecto não pode ter vida própria para além da que lhe é conferida pela mente e pelo delírio do sujeito. No doente psicossomático, o sujeito não pode ter mente própria, identidade pessoal, sonhos e fantasias identitárias. Trata-se do "banal", da assunção das normas como únicos produtos mentais que permitem circular em termos sociais como pessoais até que um qualquer evento vem colocar a descoberto a inexistência de capacidade autónoma para (se) pensar e conter. Nos psicossomáticos qualquer estímulo no corpo ou fora dele, traduz-se em sensação, em queixa do corpo, passando o doente a poder circular no interior do um dispositivo, o dos cuidados de saúde, que "lê" para ele aquilo que está a sentir, e que coloca uma chancela de livre trânsito naquela queixa: um nome com o salvo-conduto de "conhecido", de "familiar para os médicos" para se poder assimilar a sensação, e reduzir o nível de angústia. Aqui não se trata de poder ser atacado por maus objectos equacionados com as palavras que pretendem designá-los. Trata-se de não haver lugar para a emergência da palavra pessoal, que nomeia as emoções próprias (só o objecto pode nomear a experiência emocional e ínti-

ma do sujeito) e estes doentes patenteiam a falência desse lugar em que se constroem as primeiras estruturas ideo-afectivas (Tomkins, *in* Taylor et al., 1997, p. 10), o lugar da interacção com o cuidador, com a mente do cuidador, e a sua capacidade de intuir, imaginar, interpretar, sonhar as emoções, os terrores, os gritos, unindo-os a imagens, a palavras.

O pensamento onírico, pode ter formas extremamente elementares. Mas sabemos como essas imagens elementares podem ter efeitos poderosos na ligação das emoções violentas ao seu entendimento, a uma modalidade de entendimento, a um sentido e possibilidade de tratamento mental, dessas mesmas emoções.

Não é certamente por acaso que os primeiros sonhos nos psicossomáticos graves, traduzem e anunciam formas mais elaboradas de tratamento do material emocional e psíquico, bem como uma diminuição dos sintomas somáticos e dos *actings*, juntamente com uma maior capacidade de análise de si mesmo.

## I - CRISE AGUDA E *RÊVERIE* ASSOCIADA

Renato recorreu em tempos à nossa consulta, então com 14 anos. Estudante com bons resultados escolares e desportista praticante numa modalidade cujo Clube tinha nome firmado. Apresentava insónia inicial de expressão importante. Por "medo de ser atacado", não podia deixar-se adormecer.

Para além das ansiedades paranói-

des emergentes como uma primeira tentativa para organizar angústias muito primitivas, uma anotação significativa ficou retida na ficha de observação: Renato chamava, na consulta, pai ao padrasto; indis pôs-se quando, informada pela mãe, lhe perguntamos pelo pai, que não via desde muito novo. Não queria falar nisso.

Pela observação feita, foi colocada a hipótese de uma personalidade narcísica, que em aliança com o *self*-objecto, colocaria tudo o que não se controla, tudo o que se odeia (ou, melhor dito, poderia ser odiado), tudo o que se perde, ou concebido como perdível, fora do mundo mental, sem direito à existência, e sem direito a um nome.

Esta operação mental, traduzida de Freud por Lacan por forclusão, implica "a recusa radical de conhecer, que expulsa de qualquer forma, directa ou disfarçada, a pulsão e os seus representantes, cujo retorno se faz pelo real" (Green, 1983, p.188). É, em todo o caso, um recurso de áreas mentais primitivas, não tão elaborado como o recalçamento, ou que o desmentido.

Vim a confirmar que Renato "não tinha gostado", daquela primeira e única consulta. Efectivamente, sete anos volvidos, Renato voltou.

Havendo passado por consultas esporádicas, sempre de Neurologia, em que era medicado com psicofármacos, foi, conseguindo progredir nos seus estudos. Há uns meses, após uma pequena intervenção cirúrgica, voltou o medo da noite, o medo de sonhos que nem se podem fazer, o "terror sem nome" (Bion), o medo de

tudo o que havia sido banido do mundo interno; de tal sorte que ao início de cada noite, Renato desencadeava sintomas do foro gastroenterológico, dos quais os mais proeminentes eram os vômitos. Tais sintomas motivavam recursos frequentes a consultas de Urgência e ocasionaram uma investigação completa dirigida ao aparelho em questão a qual iria culminar numa biópsia gástrica. Nessa altura, uma sensata médica de Medicina Interna resolveu (e conseguiu!) orientar o doente para a Psiquiatria.

O contacto com Renato confrange. Apresenta um conjunto reduzido de queixas somáticas (através das quais perpassa o seu estado de terror) em que a palavra perda é recorrente e impressiona. Naquele completo grau zero do pensamento simbólico, aterroriza-o a perca, para sempre, por exemplo, do apetite. Que se lhe diga se o apetite volta ou não. Sossega, Renato, todos esses produtos banidos voltam sempre, todos os objectos perdidos, até mesmo os pais a quem se negou o nome. Quem sabe se não poderia ter sido esse o representante interno dos teus apetites. Isto, já se vê, são os sonhos, os pesadelos que tu nunca pudeste fazer, porque se assim tivesse sido, se assim pudesses ter sido, já saberias que nada se perde... para sempre, dentro de nós.

Renato formula qual a ajuda que deseja: "Quero dormir e acordar bem". A mãe precisa que o paciente quer "passar o tempo a dormir".

Ainda os vestígios de um *self* onnipotente que se recusa a reconhecer a derrocada dos seus métodos, e os

resultados deles... Não, Renato, aqui não encontrarás quem emparelhe contigo nessa promessa, nessa mentira. Renato boceja e não está cá. Confrange: ele não pode, não sabe estar cá, num mundo onde não lhe é garantido de imediato o regresso ao controle completo, a um mundo onde não há terrores incontroláveis, ameaçando. Agora, mesmo acordado, se sente ameaçado por essa outra parte do mundo que ele julgava ter o poder de erradicar para sempre do contacto consigo.

Envolvido nessa muralha rígida atravessaste os teus anos, sempre querendo convencer-te que ela era inexpugnável. Tu não sabias que banindo de dentro tudo o que recusava submeter-se ao controle rigoroso do *self* onnipotente, banindo os apetites, ficavas sem o que te daria sonhos e palavras, sem o que te daria um dentro... a muralha ruiu... e tu que tens para te queixar? dores no estômago e falta de apetite, quando eu estou aqui a pensar como poderás alguma vez voltar a estudar, a jogar o teu jogo e a sair à rua sem que seja a tua mãe a trazer-te à força, tudo isto porque eu não encontro, hoje, nada dentro de ti.

Bom, há aqui muito trabalho (de sonho) para fazer – só a mãe ouve. Sim, além destes medicamentos, podes, até à próxima vez, tomar também os anti-eméticos, porque ainda poderás precisar.

Em todo o caso, Renato, e se caíh por causa do que eu fui "sonhando", enquanto tu falavas, talvez possas vir a encontrar (te)... algo daquilo que tanto te faz falar em perder.

## II - DEPENDÊNCIA BÁSICA E PSICOSSOMÁTICA

No caso que se segue, a doente, embora quase não refira a circunstância espontaneamente, encontra-se num período da vida em que se estão a decidir as modalidades de ligação ao trabalho/reforma, as modalidades em que, activa ou sem trabalhar se colocam agudamente as questões ligadas à subsistência.

Sendo, como são, questões ligadas à dependência básica, compreensível é que sejam reactivados conflitos dessa ordem e se vão encontrar alguns pacientes bloqueados... a desejar que "tomem conta deles para sempre"... o Estado, ou as instituições de saúde que é o mesmo, como, por vezes, nos é dado observar.

Joana debate-se com a verdade ou a mentira da sua doença, nessas circunstâncias. Com o acompanhamento psicoterapêutico, começa a ser possível que possa perguntar-se sobre qual é a verdade que pode dar-lhe mais saúde ou mais saída.

Esta doente vem procurar-me, desiludida com os médicos e, parece, que tendo desiludido os médicos. Tem consultado muitos, e em muitas especialidades, dos mais conhecidos e veteranos, tratados com excessiva familiaridade, no seu discurso. Quanto ao relato das doenças e procedimentos anteriores, os sintomas, as consultas, os exames auxiliares de diagnóstico são tantos e envoltos em tal profusão de pormenores e minúcia descritiva que a custo se mantém a capacidade continente contrariando o

efeito esmagador deste tipo de contacto.

Joana está, de qualquer modo, pedindo ajuda "porque os médicos não a compreendem", queixa-se de inquietação, insónia que parece grave e dores articulares constantes, de localização errática, mais frequentes nas articulações coxo-femorais. Além do mais está "sempre doente".

Penosamente, consegue averiguar-se que passou grandes dificuldades económicas na infância, o que não é de forma nenhuma agora o caso, e viveu internada, durante anos, num hospital. Era "muito doente", e era o pai que a acompanhava quando ia às consultas.

Uma vez que, fora deste contacto, não se vislumbra aparelho psíquico que de outro seja capaz e, tendo em conta a capacidade disruptiva da paciente em relação a tratamentos anteriores, acorda-se, em simultâneo com a medicação antidepressiva e ansiolítica, um Relaxamento de Schultz que a par de poder vir a possibilitar alguma partilha de responsabilidade no controle de um dos sintomas, permite um contacto a um tempo estruturante e estruturado, também sem exigências, mínimas que sejam, em relação à capacidade de auto-observação.

Joana cumpre, fervorosa, as novas indicações e aproveita as consultas regulares em que comparece o marido para, acusando-o, mostrar o *self* que se sente julgado por não trabalhar, por não ajudar, por não se lembrar do que acordou comigo, por não ser responsável pelos conteúdos mentais, dissipados...

Os sintomas cedem a pouco e pouco sem que, no entanto, a doente se torne, aparentemente, mais capaz de introjectar.

Terminadas as sessões destinadas à aprendizagem do relaxamento, Joana sabia que as consultas se iam manter com periodicidade regular e qual. Desencadeia contudo uma insónia que vive com desespero e revolta e a leva a duplicar as doses nada baixas de psicofármacos. No dia seguinte, dispondo-se a conduzir, como se nada se tivesse passado, tem um acidente de viação de gravidade moderada. Nada disto nos refere na consulta seguinte.

Retomado o seguimento em consulta regular, começa uma nova fase que é a de reivindicar benefícios e declarações várias, para seguros, por exemplo, nas quais sugere que deveriam ser mencionados tratamentos neurológicos (uma vez que, como sabemos, uma grande parte das companhias seguradoras exclui dos seus contratos os tratamentos psiquiátricos e psicológicos). Tenho observado regularmente tal atitude neste tipo de doentes, aos quais é muito difícil apreender o tipo de benefício que recebem nas consultas, não sendo capazes de introjectar palavras ou afectos a elas ligados. Todas as formas de comunicação ao nível simbólico correm o risco de se perder, numa primeira fase. Portanto, que se tire benefício seguro, esse sim, através das comparticipações do seguro, de papéis, de mil e um estratégias que lhes assegurem que recebem alguma ajuda concreta, porque as palavras são esquecidas,

desaparecem, pouco permanece do seu contacto connosco.

A seguir, vêm as tentativas de Joana bem sucedidas, diga-se de passagem, para mudar as horas das consultas conforme as suas conveniências e em detrimento de horários combinados com outros doentes, ignorando o que preventivamente lhe havia sido referido.

Apesar do carácter utilitário que a doente imprime a todas as relações de ajuda, tais atitudes foram interpretadas, embora não verbalizadas à paciente, como *actings* decorrentes da perda da situação privilegiada que ela fantasiou ter junto de nós durante o período mágico de aprendizagem do relaxamento.

Quería agora que se acabasse o tratamento para ir tratar da coluna que estava muito mal e ela "não podia misturar tratamentos".

Esta impossibilidade de "mistura" de tratamentos dá, com efeito a chave para a natureza dual e pré-ediapiana do tipo de relações que Joana estabelece com os médicos – um de cada vez.

Numa perspectiva que ainda é a dominante no seu modo de relação, nada mais há a usufruir da relação terapêutica sobretudo porque acabando por me falar das fiscalizações de que tem sido alvo por parte da Segurança Social e tendo marcada para breve uma entrevista importante com os médicos que fiscalizam as Incapacidades Temporárias, Joana está já munida com a respectiva declaração psiquiátrica que atesta padecimento.

Apercebo-me de duas coisas: 1) da fragilidade da paciente que apesar de

toda a sua desenvoltura, está em risco de descompensação somática ou pela via da actuação, neste contexto em que se decide, ao menos em termos formais, o seu regresso ou não ao trabalho; 2) a provável determinação em deixar as consultas de psiquiatria uma vez que não é totalmente obedecida e não pode garantir um lugar de privilégio, em que os outros não sejam tidos em conta, uma vez que não encontra contacto permanente com o mundo narcísico em que todos os objectos são controláveis, de forma onnipotente.

Relativamente à declaração sobre a incapacidade para o trabalho, fica obviamente claro que quem decide, em última análise, são os médicos da Segurança Social. De sorte que um outro terrível golpe atingia a relação terapêutica: o nosso poder era limitado.

Pois bem, era preciso um poder ou um argumento mais convincente.

Passados dois dias, Joana pedia que me comunicassem que não viria à consulta porque tinha sofrido uma intervenção cirúrgica de urgência (uma apendicectomia). Apesar de ter sido de alguma forma esperada, é sentida como uma violência, esta impossibilidade de comunicar pela palavra, melhor dito esta impossibilidade de pôr por palavras uma recusa... das consultas, com um objecto desvalorizado porque não onnipotente, porque partilhado, porque não dominável como um *self-object*. (Foi possível averiguar que a Cirurgia encontrou incongruência entre os achados peri-operatórios e as queixas pré-operatórias).

Passados dois meses e meio (o que é muito para esta paciente que, para além dos problemas de comportamento, apresenta continuamente sinais e sintomas e faz investigações em ordem a um diagnóstico e tratamentos vários) Joana reaparece na consulta. Tem apresentado ultimamente metrorragias, e andado em consultas de ginecologia.

Mas, gostava de voltar às consultas de Psiquiatria, como antigamente, vir uma vez por semana. Refere que tem tomado sempre a medicação e algumas vezes faz o relaxamento. "Quanto à Segurança Social tenho que resolver a minha vida, porque ando nisto há sete anos. Eu realmente não consigo estar sem trabalhar." No fim da consulta refere anodidamente que tem tanto à-vontade para falar com médicos e hoje está aqui tão nervosa e não dormiu. A seguir refere que quem a conhece sabe que ela não mente, embora às vezes possam pensar isso. Curioso: sem ouvir quase nada, num afã para extrair das consultas benefícios materiais, tendo ilustrado à saciedade o que é o *actingout*, lá num intervalo disponível e atento, foi possível a captação de qualquer coisa que tem a ver com a verdade, a verdade acerca de si própria: E o contacto com esse lugar é ansiógeno. Quem sabe? pode ser que consigamos fazer alguma coisa em conjunto.

### **Abstract**

*The author deals with the psychosomatic patient's difficulty with symbolization. At least during phases of illness,*

*these patients communicate by means of signs and can't understand and interpret symbols. This is an important aspect in leading these patients more frequently to standard procedures of general hospitals rather than to those treatments which aim to help them link their suffering to psychic material.*

*The paper presents two cases during acute phases of illness (the first with vomits and the second with joint pain among other symptoms) and shows the importance of rêverie at the beginning of the therapeutic relationship.*

**Key-words:** *Simbolization; Psychosomatic patients.*

### **BIBLIOGRAFIA**

- Bion WR. *Aux sources de l'expérience*. P. U.F. Paris. 1979 (Ed. original 1962): 53-55.
- Britton R. 'Keeping things in mind' in Robin Anderson (ed.) *Clinical lectures on Klein and Bion*. Routledge. London 1992: 102-113.
- Fabião C. Controlar os limites do corpo ou controlar a constância de um espaço psíquico com limites? Um caso de Anorexia Nervosa. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psicanálise*, nº15, Dez. 1996.
- Ferro A. *Na sala de análise*. Rio de Janeiro, Imago, 1998 (ed. original 1997).
- Freud S. *Luto e Melancolia*. *Obras Completas*. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987 (2ªed.). Vol. XIV: 269-291.
- Freud S. *O problema económico do masoquismo*. *Obras completas*. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987 (2ªed.). Vol. XIX: 195-212.
- Freud S. *Sobre o narcisismo*. *Obras completas*. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1987 (2ªed.). Vol. XIV: 83-125.

- Green A. *Narcisisme de mort, narcisisme de vie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1983.
- Rodrigues AD. *Introdução à semiótica*. Lisboa, Ed. Presença, 1991.
- Taylor G, Bagby M, Parker J. The development and regulation of affects. in Taylor G, Bagby M, Parker J (eds.) *Disorders of affect regulation*. Cambridge University Press 1997; 7-25.