UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de
mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica

Rodrigo Sanches Peres

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas
por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica
da psicossomática psicanalítica

Rodrigo Sanches Peres

Orientador: Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2008

Ilustração da capa

MATISSE, H. **Blue nude II**. 1952. Guache sobre papel, 116 cm x 82 cm. Musee National d'Art Moderne: Paris.

FICHA CATALOGRÁFICA

Peres, Rodrigo Sanches

Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica. Ribeirão Preto, 2008.

421 p.: il. ; 30 cm.

Tese, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Departamento de Psicologia e Educação.

Orientador: Santos, Manoel Antônio dos

1. Neoplasias mamárias. 2. Psicossomática psicanalítica. 3. Personalidade. 4. Recidiva.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rodrigo Sanches Peres

Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das
exigências para a obtenção do título de Doutor em
Ciências, Área: Psicologia.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

O presente estudo foi parcialmente subsidiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Para Lérica,
por aquietar-me a alma com seu amor sincero,
honrar-me com sua lealdade inexorável,
regozijar-me com sua espontaneidade contagiante,
confortar-me com sua fé inabalável,
revigorar-me com sua determinação heróica e
compartilhar comigo os desafios e as alegrias de uma vida a dois,
fazendo, assim, dos últimos cinco anos,
melhores do que eu jamais poderia sonhar.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de expressar minha gratidão às pessoas que contribuíram diretamente para o desenvolvimento do presente estudo, a saber:

- a Manoel Antônio dos Santos, por ter me servido como um importante modelo para a constituição de minha identidade como profissional e pesquisador e, ao mesmo tempo, concedido a autonomia necessária para minha diferenciação;
- a Iraydes de Oliveira Leite e Maria Antônia Ceschi Bonicelli, pelo auxílio na composição da amostra, pela autorização para a utilização da sede da Rede Feminina São-Carlense de Combate ao Câncer para a coleta de dados e, acima de tudo, por terem me ensinado o quão gratificante pode ser o trabalho assistencial junto a pacientes oncológicos;
- a Adriana Martins Rodrigues e Fernanda Saviani Zeoti, pela competência e dedicação com que me assistiram no processo de avaliação dos dados;
- a Sônia Regina Pasian, Carmen Maria Bueno Neme e Rita de Cássia Gandini, pelas valiosas sugestões apresentadas em diferentes etapas do processo de interpretação dos dados;
- a Maria Cristina Manduca Ferreira, pelo cuidadoso suporte à sistematização das referências bibliográficas;
- a Inêz Perez, pela incansável revisão de meus textos e, especialmente,
- às mulheres que aceitaram participar do presente estudo, por terem me permitido entrar em contato com edificantes histórias de lutos e lutas.

Por fim, faço questão de estender meus agradecimentos àqueles com quem pude compartilhar, no âmbito pessoal ou profissional, as angústias e alegrias vivenciadas ao longo da trajetória percorrida do início à conclusão do presente estudo, a saber:

- a Rita de Cássia Margarido Moreira, Simoni de Cássia Haddad Penteado, Patrícia Waltz Schelini, Georgina Faneko Maniakas, Marília Gonçalves e Cássia Regina Rodrigues Varga, colegas docentes, pela proveitosa e carinhosa interlocução;
- a meus alunos, com quem pude perceber que ensinar é uma oportunidade privilegiada de aprender;
- a meus pacientes, por concederem-me o privilégio de acompanhá-los na fascinante exploração dos meandros do psiquismo;

- a meus pais e meus familiares, por terem me ensinado o valor do conhecimento;
- a meus amigos, de ontem e de hoje, pelo esforço em me lembrar a apreciar as coisas simples da vida, e, sobretudo,
- a Lérica, não apenas pelo incentivo a meu crescimento profissional, mas por fazer de mim, com seu amor e sua generosidade, uma pessoa melhor, enriquecendo minha vida com música, fantasia e humor.

*“Debaixo do céu há momento para tudo
E tempo certo para cada coisa
Tempo para nascer e tempo para morrer
Tempo para plantar e tempo para colher
Tempo para matar e tempo para curar
Tempo pra destruir e tempo para construir
Tempo para chorar e tempo para rir
Tempo para gemer e tempo para bailar
Tempo para atirar pedras e tempo para recolher pedras
Tempo para abraçar e tempo para separar
Tempo para procurar e tempo para perder
Tempo para guardar e tempo para jogar fora
Tempo para rasgar e tempo para costurar
Tempo para calar e tempo para falar
Tempo para amar e tempo para odiar
Tempo para a guerra e tempo para a paz.”*

Eclesiastes 3, 1-8

PERES, R. S. Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica. 2008. 421 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

O interesse da comunidade científica pelos aspectos psicológicos do câncer de mama aumentou consideravelmente nas duas últimas décadas. Diversas pesquisas com esse enfoque sugerem que a personalidade das pacientes pode influenciar o curso da doença, mas poucas contemplam especificamente essa questão. O presente estudo teve como objetivo comparar aspectos dinâmicos e elementos estruturais de personalidade em dois grupos distintos, em termos do curso da doença, de mulheres acometidas por câncer de mama. A amostra foi constituída por um grupo de mulheres em remissão (n=8), denominado Grupo 1, e um grupo de mulheres em recidiva (n=8), denominado Grupo 2. Todas as participantes eram vinculadas a uma entidade assistencial, cumpriram o tratamento médico preconizado e não apresentavam antecedentes psiquiátricos. A coleta de dados foi conduzida mediante o emprego de entrevista psicológica e do Teste de Apercepção Temática (TAT). Os dados obtidos foram inicialmente submetidos a análises qualitativas, descritivas e exploratórias e, posteriormente, organizados em estudos de caso. Além disso, foram interpretados sob a ótica da psicossomática psicanalítica a partir de uma articulação entre as proposições teóricas de Marty e McDougall. Considerando-se o estado da arte na atualidade, trata-se de um desenho metodológico inovador. Os resultados revelam que, na maioria das participantes do Grupo 1, a integração lógica, a capacidade adaptativa e o funcionamento defensivo são apropriados, mas o controle dos impulsos é restritivo. As imagens parentais têm valência essencialmente positiva e a dinâmica das relações interpessoais varia da dominância à submissão. Conflitos associados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez ou à insustentabilidade de ideais narcísicos se mostraram típicos e o contato com a própria subjetividade pareceu penoso, mas viável. O Grupo 2 diferenciou-se porque, na maioria das participantes, a capacidade adaptativa é comprometida por uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa. O funcionamento defensivo se sustenta à custa do apelo descontextualizado a operações psíquicas que sugerem uma estruturação egóica pouco consistente. O controle dos impulsos é restritivo e as imagens parentais têm valência predominantemente negativa. Além disso, um apego excessivo ao factual decorrente do apagamento da dinâmica mental conduz à conformidade social dos afetos, à contenção da atividade imaginativa ou até mesmo à estase libidinal. É possível afirmar, portanto, que o pensamento operatório e a desafetação são as principais características da personalidade das mulheres em situação de recidiva avaliadas. Conseqüentemente, pode-se situar o retorno do câncer na trama do trauma ensejado pelos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento do tumor primário, uma vez que tais características promovem a substituição da simbolização pela reação biológica quando da ocorrência de eventos potencialmente desestruturantes. O presente estudo, assim, favorece uma compreensão inicial dos mecanismos psicodinâmicos por meio dos quais a personalidade das pacientes é capaz de influenciar o curso do câncer de mama. (CAPES)

Palavras-chave: Neoplasias mamárias; Recidiva; Psicossomática; Psicanálise; Personalidade.

PERES, R. S. In the plot of trauma: relations between the personality of women with breast cancer and the oncologic recurrence from a psychoanalytic psychosomatic view. 2008. 421 p. Thesis (Doctor Degree) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

The scientific community has become increasingly interested in the psychological aspects of breast cancer over the last two decades. Several studies on this issue suggest that patients' personality can affect the course of the disease, but only a few address this issue specifically. The purpose of the present study was to compare dynamic aspects and structural elements of personality in two distinct groups of women with breast cancer, in terms of the course of the disease. The sample consisted of a group of women in remission (n=8), Group 1, and another of women with recurrence (n=8), Group 2. Every participant was registered in a communitarian entity, followed the recommended medical treatment, and presented no psychiatric history. Data collection was performed through psychological interviews and administering the Thematic Apperception Test (TAT). The obtained data were initially submitted to qualitative, descriptive, and exploratory analyses, and, later, organized in case studies. In addition, the data were interpreted under a psychoanalytic psychosomatic view based on the articulation between the theoretical propositions of Marty and McDougall. Considering the current state-of-the-art, this study has an innovative methodological design. The results show that most participants in Group 1 have an appropriate logical integration, adjustment capacity, and defensive functioning, but their impulse control is restrictive. The parental imago have essentially positive associations and the dynamics of the interpersonal relationships ranges from dominance to submission. The conflicts were associated with the oscillation between desires of passivity and rigidity or to the insustainability of narcissistic ideals were typical and the contact with one's own subjectivity seemed pitiful, but feasible. Group 2 was different because most participants' adjustment capacity was compromised by a great difficulty to use their internal reality as a reference to organize their external reality. Their defensive function is sustained by the decontextualized appeal to psychological operations that suggest a poorly consistent ego structure. Impulse control is restrictive and the parental imago had a predominantly negative association. In addition, an excessive attachment to the reality due to erasing the mental dynamics led to social conformity of affect, to the contention of the imaginative activity or even to libidinal stasis. Therefore, it can be stated that operational thinking and disaffectation are the main personality characteristics of women in recurrence, evaluated in this study. Consequently, cancer recurrence can be inserted in the plot of trauma caused by the outcomes of diagnosis and treatment of the primary tumor, since these characteristics promote the replacement of symbolization by the biological reaction when potentially destructuring events occur. The present study, thus, favors the initial comprehension of the psychodynamic mechanisms through which the patients' personality is capable of influence the course of breast cancer.

Keywords: Breast neoplasms; Recurrence; Psychosomatics; Psychoanalysis; Personality.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA CIENTÍFICA	30
3. BASES TEÓRICAS	58
4. OBJETIVOS	107
5. JUSTIFICATIVA	114
6. MÉTODO	115
7. ASPECTOS ÉTICOS	136
8. RESULTADOS	138
9. SÍNTESE GERAL	257
10. DISCUSSÃO	270
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	317
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	335
13. ANEXOS	359

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos biológicos do câncer de mama

1.1.1 Quadro clínico e epidemiologia

O câncer de mama se caracteriza basicamente pela ocorrência, em uma das estruturas que compõem o órgão, de tumores malignos que se formam em virtude da reprodução incontrolável de células que passaram por um complexo processo de transformações desordenadas e podem evoluir por extensão direta ou disseminação metastática (BRASIL, 1996a). Os principais sintomas locais são nódulos palpáveis e deformações – sobretudo abaulamentos ou retrações – na mama. Secreção mamilar sanguinolenta e nódulos nas axilas são verificados apenas ocasionalmente. Ademais, sintomas constitucionais – tais como astenia, febre, emagrecimento e dores generalizadas – usualmente também compõem o quadro clínico (HAAGENSEN, 1989; VERONESI, 2002).

A evolução da referida enfermidade varia de paciente para paciente, uma vez que o comportamento biológico dos tumores mamários é heterogêneo. Em alguns casos, a disseminação se dá rapidamente logo após o diagnóstico, ao passo que em outros, o avanço é lento, mesmo sem a utilização de qualquer terapêutica (ABREU; KOIFMAN, 2002; ANDRADE et al., 2000). Todavia, sabe-se que o estadiamento clínico e o tipo histológico do câncer são fatores determinantes nesse processo. Atualmente os nódulos não-invasivos de até 3 cm de extensão detectados em mulheres saudáveis com menos de 55 anos podem, com significativa frequência, ser controlados mediante o emprego de tratamento específico.

O câncer de mama é considerado nos dias de hoje o tipo de neoplasia maligna mais comum na população feminina dos Estados Unidos da América, Austrália, Holanda, Nova Zelândia, Brasil e de dezenas de outros países. Além disso, o número de pacientes aumenta a cada ano no mundo todo. As mais recentes projeções do Ministério da Saúde apontam que

aproximadamente 50.000 novos diagnósticos serão registrados somente em 2008 no território nacional e que o risco variará de 67 casos para cada 100.000 mulheres na região Sul a 28 casos para cada 100.000 mulheres na região Nordeste (BRASIL, 2007). As taxas de incidência atuais são, assim, aproximadamente 10 vezes maiores do que na década de 70.

Ressalte-se ainda que, a despeito da considerável redução dos índices de mortalidade por câncer de mama alcançada nos últimos anos em nações desenvolvidas, a enfermidade em pauta se destaca como uma das maiores causas de morte da população feminina, visto que, globalmente, cerca de 39% das portadoras não vive mais de cinco anos após o diagnóstico. Por essa razão, o controle do câncer de mama se tornou uma preocupação crescente para os serviços de saúde pública no mundo todo (BRASIL, 2004). Por fim, cumpre assinalar que a doença também pode ocorrer em indivíduos do gênero masculino. Não obstante, é cerca de 150 vezes mais freqüente em mulheres. Desse modo, as taxas de incidência e mortalidade por câncer de mama em homens são pouco significativas.

1.1.2 Fatores de risco e prevenção

À semelhança das demais neoplasias malignas, o câncer de mama possui diversos fatores de risco. O histórico familiar pode ser considerado um dos mais importantes, sobretudo para mulheres cujos entes de primeiro grau do gênero feminino foram acometidos pela doença antes dos 50 anos de idade. O envelhecimento também é uma condição associada relevante, já que o aumento da idade eleva significativamente a probabilidade da ocorrência de um tumor mamário. Ademais, a menarca precoce, a menopausa tardia e a nuliparidade – assim como os demais eventos que intensificam os níveis de estrogênio no organismo – se encontram igualmente relacionados à etiologia do câncer de mama (BRASIL, 1996a; LOPES et al., 1996; VERONESI, 2002).

Alguns fatores externos – dentre os quais se destacam a exposição excessiva à radiação ionizante, o contato recorrente com pesticidas, o consumo exacerbado de alimentos ricos em gordura animal, o sedentarismo, o alcoolismo e o tabagismo – também podem favorecer o processo de carcinogênese mamária (BRASIL, 1996b). Por fim, certos determinantes genéticos – mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2 – são considerados importantes condições associadas. Não obstante, a influência genética não deve ser superestimada, pois, como aponta Thuler (2003), estudos recentes indicam que, em contraste com o que se cogitava a princípio, as mutações em questão não causam, por si só, o desenvolvimento de um nódulo maligno, mas, sim, potencializam a sensibilidade aos fatores de risco referidos.

As recomendações técnicas vigentes na atualidade para o controle do câncer de mama no Brasil não estabelecem medidas específicas de prevenção primária (BRASIL, 2004). Isso ocorre basicamente em função de dois motivos. Em primeiro lugar, a maioria das condições associadas identificadas pela literatura científica simplesmente não é passível de intervenções em nível populacional. Em segundo lugar, uma porcentagem considerável dos casos não pode ser atribuída à ação dos fatores de risco descritos. Ou seja: a definição de parâmetros totalmente seguros para o desenvolvimento de ações primárias capazes de diminuir efetivamente as taxas de incidência da doença se destaca como uma tarefa inviável do ponto de vista prático.

De qualquer maneira, cumpre assinalar que a prática regular de exercícios físicos, o cuidado no manejo de substâncias cancerígenas e o consumo freqüente de frutas, verduras e legumes podem reduzir – ainda que de forma discreta – o risco da ocorrência de câncer de mama. Nesse sentido, o estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis deve ser considerado uma medida de prevenção primária complementar. Já as estratégias de caráter secundário têm um valor inquestionável, pois, conforme Abreu e Koifman (2002), possibilitam a detecção

precoce de eventuais nódulos e favorecem, como consequência, a diminuição dos índices de mortalidade e morbidade decorrentes nos casos de malignidade. Por essa razão, vêm sendo priorizadas no contexto nacional.

1.1.3 Recursos diagnósticos

É notório que, quando identificado em sua fase inicial, o câncer de mama pode não apenas ser tratado mediante o emprego de recursos menos invasivos e que causam menores seqüelas, mas também ser controlado com maior segurança, o que restringe as chances de recidiva e aumenta a sobrevida da paciente. Desse modo, na maioria dos países em que se tem verificado a redução do tamanho médio dos tumores mamários no momento do diagnóstico, houve uma diminuição significativa das taxas de mortalidade e morbidade pela doença (ABREU; KOIFMAN, 2002). A mamografia, o exame clínico e o auto-exame são os principais recursos disponíveis para a detecção precoce do câncer de mama (BRASIL, 2004).

A mamografia – ou seja, o exame radiográfico das mamas – é realizada mediante o emprego de um aparelho específico e se destaca como uma técnica de alta precisão, pois permite a identificação de pequenas alterações sugestivas de malignidade antes do surgimento dos primeiros sintomas clínicos (THULER, 2003). Não obstante, os mamógrafos disponíveis no Brasil são quantitativamente insuficientes e se encontram distribuídos de forma inapropriada no território nacional. Além disso, a maioria dos aparelhos está instalada em clínicas radiológicas privadas que amiúde praticam preços abusivos. Evidencia-se, assim, que o referido exame não é efetivamente acessível para a maior parte das usuárias da saúde pública no país (KOCK; PEIXOTO; NEVES, 2000).

Já o exame clínico das mamas é executado por médicos ou enfermeiros especializados com a paciente em decúbito dorsal e consiste essencialmente na palpação pormenorizada das

axilas e das mamas (BRASIL, 2004). Trata-se de um recurso ambulatorial econômico, rápido e eficiente. Por essas razões, ocupa um lugar de destaque nas políticas públicas atuais de controle do câncer de mama no país. Entretanto, que sua precisão é limitada, já que não possibilita a detecção de nódulos pequenos. Conseqüentemente, o tratamento de parte dos casos identificados por meio do exame clínico é baseado na utilização de terapêuticas mais agressivas. Desse modo, o procedimento em questão deve ser complementado com a mamografia, sempre que possível, para viabilizar o diagnóstico precoce.

O auto-exame das mamas pode ser considerado o recurso mais simples para a identificação de tumores mamários, motivo pelo qual vem sendo amplamente divulgado nos meios de comunicação nacionais nos últimos anos. Contudo, ainda é praticado de forma restrita no país. Possivelmente isso ocorre porque muitas mulheres se sentem incapazes de realizar a palpação da mama adequadamente. Ademais, não raro o auto-exame é evitado em função do temor da mobilização emocional que a eventual identificação de um nódulo despertaria (GONÇALVES; DIAS, 1999). Outrossim, é preciso reconhecer que o auto-exame dificilmente permite o diagnóstico da doença em seu estágio inicial, de forma que não deve ser utilizado isoladamente.

Por fim, vale destacar que, devido aos recentes avanços da biologia molecular, o rastreamento genético também tem sido adotado na prevenção do câncer de mama. Em linhas gerais, esse recurso envolve a avaliação do material genético de indivíduos assintomáticos e visa à identificação daqueles que apresentam maiores chances de serem acometidos por uma determinada enfermidade. Porém, é também passível de emprego no exame de portadores de sintomas inespecíficos com o intuito de subsidiar o diagnóstico em estágio pré-clínico (THULER, 2003). As mulheres que apresentam predisposição genética para o desenvolvimento do câncer de mama podem se submeter a biópsias e punções para que um eventual nódulo maligno possa ser confirmado.

Ressalte-se ainda que o emprego de estratégias específicas – tais como a hormonioterapia preventiva e a mastectomia profilática – podem auxiliar pacientes que apresentam as condições genéticas associadas à enfermidade em questão a minimizar os riscos de sua ocorrência. Diante do exposto, conclui-se que o rastreamento genético tende a auxiliar a diminuir as taxas de mortalidade e morbidade por câncer de mama. Sua aplicação, todavia, ainda é controversa, pois se estima que apenas cerca de 10% dos casos são decorrentes de fatores genéticos (BRASIL, 2004). Deve-se considerar também que a predisposição hereditária não necessariamente implica no desenvolvimento da doença e que o resultado positivo de um exame de rastreamento tende a comprometer a qualidade de vida do indivíduo e de seus familiares – sobretudo se o mesmo se encontrar assintomático (CROYLE et al., 1997).

1.1.4 Modalidades terapêuticas

A cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia são as modalidades terapêuticas mais utilizadas no tratamento médico-hospitalar do câncer de mama em todo o mundo. Nos dias de hoje, tais procedimentos possuem uma resolutividade considerável, de modo que o número de óbitos causados pela doença tem se reduzido de forma significativa. É preciso salientar, porém, que, na maioria dos casos, a combinação de dois ou mais recursos é considerada a estratégia mais indicada para aumentar efetivamente as possibilidades de controle do tumor primário e diminuir as chances de recidiva, uma vez que todos apresentam indicações e contra-indicações específicas (BRASIL, 2004).

Executada com o intuito de promover o tratamento loco-regional mediante a retirada do nódulo, a cirurgia é a modalidade terapêutica mais eficiente para a maior parte dos casos de câncer de mama. Mas faz-se necessário esclarecer que existem diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos. A quadrantectomia e a lumpectomia são as mais freqüentes na

atualidade. A primeira consiste na extirpação de um quadrante da glândula mamária, ao passo que a segunda se caracteriza pela remoção apenas do tumor propriamente dito. Ambas são consideradas terapêuticas conservadoras, pois promovem uma perda anatômica reduzida e favorecem a preservação estética e funcional da mama (BIAZÚS, 2000). Não obstante, são indicadas somente para o tratamento de nódulos malignos de tamanho inferior a 3 cm (PINOTTI; NISIDA; TEIXEIRA; FIGUEIRA FILHO, 2000).

A mastectomia, por sua vez, é considerada uma cirurgia radical, visto que provoca uma acentuada mutilação no corpo da mulher. Contudo, nos dias de hoje há uma série de variações desse procedimento. As mais comuns no país são a Halsted, a Patey e a Madden (SASAKI, 2000). A primeira, indicada para o tratamento de cânceres localmente avançados, envolve a amputação completa da mama, a remoção dos músculos peitorais e o esvaziamento axilar total. Já a segunda é executada mediante o esvaziamento axilar total, a extração da mama e a retirada do músculo peitoral menor e se destaca como a intervenção cirúrgica mais apropriada para mulheres que apresentam tumores maiores de 3 cm que não se encontram fixados à musculatura. A terceira, por fim, consiste na remoção da mama e do músculo peitoral maior e se mostra especialmente proveitosa para o tratamento de nódulos malignos não-invasivos de até 3 cm (SOUZA; HEGG; AGUIAR, 2000).

Vale salientar, contudo, que novas técnicas cirúrgicas vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos. A biópsia do linfonodo sentinela se destaca como um dos principais avanços nesse sentido, pois pode evitar o esvaziamento axilar nos casos em que não se verifica a presença de células carcinomatosas nos gânglios axilares (BIAZÚS, 2000). A reconstrução mamária também é um recurso de grande relevância, uma vez que evita a desfiguração do corpo da mulher. Em função disso, os referidos procedimentos são recomendados pelas diretrizes vigentes na atualidade para o tratamento do câncer de mama no Brasil (BRASIL, 2004). Infelizmente, porém, ambos ainda não são tão comuns no país como seria desejável.

Tal como a cirurgia, a radioterapia é utilizada no tratamento loco-regional do câncer de mama. Desenvolvida a partir do emprego de feixes de radiação ionizante emitidos por um sofisticado aparelho, tem como objetivo básico bloquear a divisão das células carcinomatosas. Assim, pode ser adotada tanto como terapêutica neo-adjuvante – para, antes da cirurgia, diminuir o tamanho do tumor a ser extraído – quanto como terapêutica adjuvante – com o intuito de eliminar eventuais resíduos cancerígenos. Além disso, é possível executar a radiação diretamente junto ao nódulo ou então em áreas que apresentam risco potencial de recidiva, tais como a parede torácica e as fossas claviculares. Todavia, a ação dos raios ionizantes é restrita à área tratada, de maneira que sua aplicação não evita, por si só, a ocorrência de metástases (SASAKI, 2000).

A quimioterapia é executada mediante a utilização de compostos químicos antineoplásicos administrados por via endovenosa ou oral. Não tendo sua ação limitada por obstáculos anatômicos, é adotada como recurso sistêmico para o tratamento do câncer de mama. Conseqüentemente, é capaz de combater focos de micrometástases localizadas em qualquer parte do corpo. A quimioterapia, não obstante, também afeta células sadias, pois compromete o metabolismo como um todo. Por essa razão, geralmente é administrada em conjunto com outras drogas capazes de minorar seus efeitos colaterais. Faz-se necessário destacar ainda que, a exemplo da radioterapia, a quimioterapia também pode ser utilizada como terapêutica neo-adjuvante ou adjuvante (VERONESI, 2002).

Por fim, a hormonioterapia também se apresenta como um recurso potencialmente proveitoso para o tratamento do câncer de mama, já que certos casos evoluem devido a desordens hormonais que promovem a elevação das taxas de estrogênio no organismo. Trata-se, porém, de uma modalidade terapêutica adjuvante de aplicabilidade específica, indicada apenas para as mulheres que cumpriram o tratamento primário e possuem receptores hormonais positivos. Assim sendo, é considerada uma medida de caráter profilático, e não

curativo. Vale salientar ainda que a hormonioterapia usualmente é administrada por via oral e deve ser utilizada por 5 anos para o adequado controle do desequilíbrio estrogênico.

1.1.5 Estratégias de reabilitação

A reabilitação da paciente acometida por câncer de mama tem como objetivo minimizar o comprometimento da mobilidade do braço homolateral à cirurgia e prevenir eventuais complicações, tais como as fibroses musculares, os linfedemas, as aderências teciduais e as parestesias (ARAÚJO, 1998; SASAKI, 2000). Além disso, visa a diminuir as dores e os incômodos decorrentes da quimioterapia e da radioterapia. Todavia, a reabilitação deve, segundo Mamede (1991), contemplar a integralidade da mulher, e não apenas os aspectos físicos. Desse modo, é possível propor que sua maior finalidade é auxiliar a paciente a se sentir plena – em termos ocupacionais, sociais e emocionais – e capaz de fazer uso de todas as suas potencialidades.

A prática de exercícios físicos posturais, dinâmicos e globais é imprescindível nesse sentido, já que cria condições para a retomada – com as precauções necessárias, ressalte-se – das atividades que a paciente realizava no cotidiano antes da doença. Entretanto, Prado et al. (2004) apontam que não raro se verifica nessa população a ocorrência de dificuldades na adesão à realização rotineira de atividades físicas, sobretudo quando há um histórico de sedentarismo. O consumo de uma dieta balanceada, indicada por nutricionista, também é importante para a reabilitação da mulher acometida por câncer de mama, dado que a ingestão excessiva de gordura de origem animal, além de prejudicar sua condição geral de saúde, potencializa a produção de estrógeno e favorece a eclosão de novos tumores hormônio-dependentes.

Sabe-se que a doença pode comprometer os relacionamentos sociais e afetivos da paciente e pode levar ao isolamento. Portanto, o suporte social – seja ele prestado por profissionais especializados, grupos comunitários ou entidades religiosas – é outro recurso potencialmente benéfico para essa população (MANNING-WALSH, 2005; RODRIGUES et al., 1998). A assistência psicológica, por fim, igualmente se destaca como um dos elementos centrais da reabilitação do câncer de mama, tendo em vista que, como será discutido adiante, os desdobramentos do diagnóstico e do tratamento provocam um acentuado impacto emocional. Conclui-se, desse modo, que o trabalho multidisciplinar é indispensável para que as diversas necessidades das mulheres acometidas por câncer de mama possam ser efetivamente satisfeitas (MAMEDE, 1991).

1.2 Aspectos psicológicos do câncer de mama

1.2.1 Significado simbólico

Graças aos avanços técnico-científicos da medicina, uma parcela significativa dos pacientes oncológicos que há algumas décadas estaria condenada consegue, nos dias de hoje, sobreviver à doença e, ainda que com algumas restrições, dar continuidade à sua vida. Segundo Carvalho (2002), no entanto, a palavra “câncer” ainda é comumente vista como uma incontornável sentença de morte. Ademais, muitas pessoas acreditam que, quando não conduz ao óbito, a referida enfermidade causa dores intoleráveis, provoca mutilações corporais humilhantes e desencadeia um irreversível processo de deterioração da condição humana. Conseqüentemente, evidencia-se que o câncer é popularmente considerado o mais cruel dos vaticínios.

Para Sant’Anna (1997), possivelmente isso ocorreu porque tal doença, inicialmente associada à sujeira, ao pecado e à pobreza, foi, até um passado recente, entendida como um inapelável castigo divino. Vale destacar também que a palavra câncer, cuja primeira utilização

remonta ao século VII a.C., é derivado do verbete grego *karkinos*, que significa caranguejo (CHIATTONE, 1996). Nesse sentido, parece plausível supor que, desde suas descrições primitivas, acredita-se que a referida enfermidade se comporta da mesma maneira que o animal em questão, se deslocando sorrateiramente, atacando agressivamente e neutralizando implacavelmente a vítima. O paciente oncológico, assim, é tido como o alvo de um mal traíçoeiro e impiedoso.

Diversos autores – tais como Almeida et al., (2002), Massie e Holland (1991), Muller, Hoffmann e Fleck (2006), Neme e Kato (2003), Rossi e Santos (2003) e Venâncio (2004) – afirmam que o câncer de mama incide sobre o principal símbolo corpóreo da feminilidade, da sensualidade, da sexualidade e da maternidade, de modo que compromete não somente a condição física da paciente, mas também sua saúde mental. Assim sendo, seu diagnóstico e tratamento representam um importante trauma emocional na maioria dos casos, já que, além de afetarem as relações que a portadora mantém com seu corpo e com seu psiquismo, implicam na elaboração do luto decorrente da perda da vida “normal” anterior à enfermidade e na redefinição de metas, sonhos e projetos futuros. Por essa razão, o câncer de mama indubitavelmente se destaca como a doença mais temida pelas mulheres (WANDERLEY, 1994).

O interesse da comunidade científica pelos aspectos psicológicos do câncer de mama aumentou consideravelmente nas duas últimas décadas, dado que, como salienta Daune (1995), inúmeras pesquisas foram desenvolvidas desde os anos 80 com esse enfoque. A maior parte delas possui como tema o impacto emocional do diagnóstico e do tratamento. A assistência psicológica a mulheres portadoras da doença igualmente se destaca como um assunto recorrente na literatura especializada. Ademais, os fatores psicológicos associados à gênese da enfermidade em questão também foram explorados por diversos estudos. Todavia, novas pesquisas se fazem necessárias para que venham a ser esclarecidas certas questões para

as quais, no atual estágio do conhecimento, ainda não existem respostas satisfatórias. Dentre essas questões pode-se destacar a seguinte: de que forma o curso do câncer de mama pode ser influenciado por aspectos emocionais?

1.2.2 Impacto emocional

O diagnóstico do câncer de mama evidencia a fragilidade da condição humana. Tal fato pode ser compreendido levando-se em conta que a descoberta de um tumor maligno mostra ao portador que sua existência está ameaçada e elimina a sensação inconsciente de onipotência frente à morte que caracteriza os seres humanos (CHIATTONE, 1996; ROSSI; SANTOS, 2003). Desse modo, geralmente desencadeia, de acordo com a literatura científica especializada, sintomas de estresse¹, ansiedade e depressão, contribuindo para a acentuação de conflitos psicológicos prévios, para a eclosão de transtornos psiquiátricos e até mesmo para o surgimento de pensamentos suicidas (GRASSI; 2005; MASSIE; HOLLAND, 1991; MATOS E SOUZA et al., 2000; McBRIDE et al., 2000; NEME; KATO, 2003; NORTHOUSE, 1992; PAYNE et al., 1996).

Depois do choque emocional provocado pelo diagnóstico, a mulher comumente aceita fazer uma barganha simbólica, trocando a mama pela vida. O tratamento passa então a ser superestimado, como se fosse capaz de controlar a doença com total segurança e eficácia (BIAZÚS, 2000). Os efeitos colaterais e as complicações que podem eventualmente surgir não são sequer considerados. A paciente mostra-se disposta, como observam Maluf et al. (2005), a acabar logo com o mal que a aflige, fazendo rapidamente e a qualquer custo o que é preciso ser feito. Ressalte-se, não obstante, que um acentuado medo do desconhecido tende a acompanhar esse momento, causando desespero e tornando angustiante a espera pelo progresso terapêutico.

¹ Forma adaptada à língua portuguesa do verbete inglês “*stress*”, a qual tem sido recentemente privilegiada na literatura científica especializada.

As primeiras conseqüências físicas do tratamento – tais como a restrição da amplitude dos movimentos dos braços, a perda da mama, a queda dos cabelos e até mesmo a diminuição da função ovariana – conferem visibilidade à doença e afetam a imagem corporal da mulher (FERREIRA; MAMEDE, 2003; MÜLLER; HOFFMANN; FLECK, 2006). Além disso, amiúde levam a uma ruptura com a identidade feminina. A portadora, assim, passa a se sentir incompleta, tolhida daquilo que a faz mulher. Esse sentimento tende a se desdobrar em um marcante receio da rejeição na relação amorosa. Para evitar a mobilização afetiva que poderia ser causada por essa rejeição, muitas pacientes se afastam dos parceiros e diminuem de forma significativa a frequência dos atos sexuais (KAPLAN, 1992; O'MAHONEY; CARROL, 1997).

Estudos comparativos indicam que o comprometimento da imagem corporal tende a ser mais acentuado nos casos em que a mastectomia é o procedimento cirúrgico utilizado (COHEN et al., 2000; LEE et al., 1992; MOYER, 1997). Indubitavelmente isso ocorre porque a nodulectomia e a lumpectomia provocam uma perda anatômica pequena e um prejuízo estético discreto. Ou seja: na maioria das situações, quanto maior a mutilação provocada pelo tratamento, mais intensa será a mobilização psicológica decorrente. É preciso reconhecer, entretanto, que essa regra parece não se aplicar a mulheres mais idosas. O fato de, nessa população, a valorização da aparência do corpo não ser tão marcante como na juventude pode ser entendido como uma justificativa para esse fenômeno.

O tratamento do câncer de mama freqüentemente acarreta como subproduto limitações físicas que dificultam a realização de uma série de atividades domésticas. Essa situação provoca um grande incômodo à mulher, visto que a restrição da capacidade de cozinhar, varrer ou passar roupas gera, na maioria dos casos, um acentuado sentimento de inutilidade social (SANTOS et al., 2005). Pode-se pensar que isso ocorre porque tais funções ainda são vistas como essencialmente femininas, pois, em virtude dos condicionamentos sócio-culturais

moldados pelas relações de gênero, a mulher, a despeito de atualmente se encontrar inserida no mercado de trabalho, sente-se a única responsável pela manutenção da limpeza e da ordem do lar.

Ademais, vale destacar que o temor latente e constante de que a doença, a qualquer momento e por qualquer motivo, se instale mais uma vez também é considerado pelos autores especializados como uma das principais repercussões psicológicas do câncer de mama. A certeza da incerteza decorrente da imprevisibilidade do tratamento possivelmente possui um caráter tão assustador porque a recidiva simbolicamente representa o fracasso dos esforços envidados no controle da enfermidade e é vivenciada como uma nova ameaça ao corpo já fragilizado pelo tumor primário (ALMEIDA et al., 2001; MASSIE; HOLLAND; 1991). Em função disso, não raro as pacientes se mostram extremamente persecutórias, interpretando qualquer problema físico, por mais insignificante que seja, como um indicador do retorno do câncer.

1.2.3 Assistência psicológica

Diversos estudos indicam que a assistência psicológica auxilia portadoras de câncer de mama a adotar estratégias de enfrentamento adaptativas no manejo das repercussões da doença, o que viabiliza uma melhor adesão ao tratamento (WALKER; EREMIN, 1996). A propósito, é igualmente capaz de potencializar a tolerância aos efeitos colaterais da cirurgia, da radioterapia e da quimioterapia, minimizando o incômodo desencadeado por eventuais dores, edemas, náuseas e infecções. Conseqüentemente, tende a diminuir tanto a frequência quanto a intensidade de intercorrências, de modo que, em última análise, pode contribuir para o aumento da sobrevida da mulher (OWEN et al., 2001; SPIEGEL et al., 1989; VENÂNCIO, 2004).

Obviamente a assistência psicológica ainda favorece a saúde mental das pacientes em questão, já que, conforme Santos et al. (2005), o sofrimento associado à iminência da mutilação, do sofrimento e da morte desencadeada pelo diagnóstico do câncer de mama usualmente é amenizado quando compartilhado com um profissional especializado. O impacto emocional das mudanças físicas decorrentes do tratamento também pode ser melhor elaborado com o apoio psicológico. Por fim, o medo da rejeição do parceiro, o temor do abandono dos amigos, o receio da recidiva e outras preocupações comuns às portadoras de câncer de mama igualmente são, na maioria dos casos, passíveis desse tipo de intervenção (CUNNINGHAM et al., 2000; GIMENES, 1997a).

Diante do exposto, conclui-se que, como observa Venâncio (2004), a assistência psicológica, além de auxiliar na promoção da qualidade de vida dessas mulheres, pode contribuir para a redução do tempo de hospitalização e, assim, para a diminuição dos gastos com serviços médicos, remédios e exames. Ou seja: instituições de saúde especializadas em oncologia que contam com esse serviço tendem a obter importantes benefícios tanto do ponto de vista humano quanto financeiro. Reconhecendo isso, a *American Cancer Society*, uma das instituições científicas de maior prestígio do mundo, aponta o trabalho psicológico como um componente de grande relevância para o tratamento do câncer de mama (OWEN et al., 2001).

Infelizmente, porém, alguns profissionais da classe médica brasileira ainda resistem, alheios ao sofrimento emocional de suas pacientes, à idéia de contratar um psicólogo para a composição de sua equipe multidisciplinar. De qualquer forma, é preciso salientar que, nos últimos anos, a assistência psicológica a portadores de câncer vem sendo, de modo geral, cada vez mais valorizada no país. O fato de o Ministério da Saúde ter tornado, com a publicação da Portaria 3.535 no Diário Oficial da União do dia 14 de Outubro de 1998, a presença de psicólogos contratados em centros de oncologia brasileiros um dos pré-requisitos para o

repassa de verbas do Sistema Único de Saúde se destaca como um indício irrefutável dessa constatação.

Faz-se necessário esclarecer, por fim, que a assistência psicológica a mulheres acometidas por câncer de mama pode ser executada mediante o emprego dos mais diversificados recursos técnicos. Não obstante, vários autores propõem que a psicoterapia de apoio se mostra especialmente proveitosa, já que é capaz de expandir o nível de consciência que as pacientes possuem acerca de sua problemática, conduzindo-as em direção a uma maior compreensão de sua própria situação física e emocional (MASSIE et al., 1989; POSTONE, 1998). As intervenções grupais – sejam elas de caráter educativo ou psicoterapêutico – também são bastante resolutivas, pois a universalidade da queixa facilita a expressão de sentimentos e a troca de experiências relacionadas à doença e a seu tratamento, o que potencializa a ocorrência de processos de mudança (REZENDE; BOTEGA, 1998; SPIEGEL et al., 1999).

1.2.4 Fatores psicológicos

Os primeiros estudos voltados à elucidação de possíveis fatores psicológicos do câncer de mama remontam aos primórdios da medicina. Baseados em observações clínicas pouco criteriosas, esses estudos defendiam que a maioria dos tumores malignos era causada exclusivamente pela depressão. Essa tese caiu em desuso à medida que os avanços da ciência tornaram possível a identificação da multicausalidade da doença. Não obstante, pesquisas recentes, desenvolvidas mediante o emprego de delineamentos metodológicos mais rigorosos, sugerem que a depressão e outras condições clínicas que conduzem a um rebaixamento do tônus vital podem, atuando em conjunto com fatores orgânicos, desempenhar um importante papel na etiologia da enfermidade em questão (STRAUB, 2005).

Conforme Volich (2000), essa hipótese adquiriu maior sustentação com a identificação de estruturas microscópicas – tais como as imunoglobulinas, as células *natural killer* e os histiócitos – que funcionam como agentes imunomoduladores e com o conseqüente estabelecimento de conexões interativas entre a rede nervosa e o sistema linfocitário, cuja organização, independente de vias anatômicas fixas, pode ser prejudicada por fatores emocionais. Em função disso, é possível propor que, promovendo respostas biológicas alteradas, a depressão compromete a capacidade defensiva do organismo e o torna suscetível não apenas ao desenvolvimento, mas também à evolução de doenças potencialmente letais.

Na virada do século XIX cogitava-se, sob a influência da moral higienista, que práticas sexuais consideradas pecaminosas poderiam provocar a eclosão de tumores mamários. Mas a banalização do vocabulário psicanalítico ocorrida cerca de duas décadas depois levou diversos pesquisadores a proporem que, na realidade, as mulheres que reprimiam seus impulsos sexuais e não levavam a termo os próprios desejos é que se destacavam como as principais vítimas da doença (SANT'ANNA, 1997). Atualmente nenhuma dessas duas teses merece credibilidade, pois engendram um reducionismo psicológico inaceitável. De qualquer modo, ambas levaram elementos psíquicos – cuja dinâmica é inegavelmente influenciada pela sexualidade – a serem elencados entre os possíveis fatores associados ao processo de carcinogênese.

O estresse decorrente das condições de vida que caracterizam os grandes centros urbanos – o crescimento demográfico incontrolável, a violência desenfreada, o trânsito caótico, a desigualdade social acentuada, a irremediável poluição dos recursos naturais e o martirizante desgaste mental provocado pelo trabalho, dentre outras – é apontado por alguns pesquisadores como uma variável capaz de provocar desequilíbrio emocional e afetar a eficiência do sistema imunológico, aumentando, como conseqüência, a vulnerabilidade a doenças orgânicas como o câncer de mama (CASTIEL, 1993). Apesar de ser aceita pelo senso

comum, essa hipótese, cumpre assinalar, não subsidia explicações causais e carece da devida comprovação empírica, tendo em vista que não é referendada por estudos de delineamento prospectivo.

Vale destacar também que as investigações psicofisiológicas conduzidas por Selye (1965) indicam que o estresse precipitado por eventos traumáticos ou ameaçadores, por provocar uma ativação exacerbada do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e, assim, causar reações orgânicas inespecíficas, deve ser considerado um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de diversas doenças. Para alguns autores, esse pressuposto pode ser empregado para esclarecer a etiologia de muitos casos de câncer de mama, já que, amiúde, pacientes referem que, antes de serem diagnosticadas, passaram por experiências potencialmente desestruturantes, tais como a morte de uma pessoa querida ou o rompimento matrimonial (CHEN et al., 1995).

Entretanto, uma revisão da literatura científica especializada conduzida por Duijts et al. (2003) demonstra que a maioria das pesquisas dedicadas ao assunto não subsidia o estabelecimento de uma correlação significativa entre a ocorrência de eventos traumáticos e a eclosão de tumores mamários. Cumpre assinalar ainda que, como se sabe, acontecimentos considerados positivos – a promoção no trabalho, o casamento ou a aquisição de uma casa própria, dentre outros – também tendem a provocar estresse, pois impõem uma nova condição de vida à qual o indivíduo deve se adaptar. Conseqüentemente, podem igualmente prejudicar o funcionamento do sistema imunológico e conduzir ao adoecimento.

Lazarus e Folkman (1984) esclarecem que situações que alteram a homeostase do organismo desencadeiam avaliações baseadas em processos cognitivos individuais. O estresse é resultado de avaliações que levam, por um lado, a uma superestimação das ameaças inerentes às situações e, por outro lado, a uma subestimação da eficácia dos recursos adaptativos disponíveis para o sujeito enfrentá-las. Condições externas podem explicar

parcialmente diferenças na avaliação de duas pessoas frente ao mesmo evento. Não obstante, condições internas proporcionadas por crenças e valores são capazes de criar uma vulnerabilidade crônica ao estresse. Justamente em função disso a mesma circunstância pode assumir um caráter estressor para alguns e não para outros (LIPP, 2004).

Estudos voltados à identificação de possíveis relações entre determinados traços de personalidade e o desenvolvimento do câncer sugerem que indivíduos psicologicamente imaturos – ou seja, que freqüentemente utilizam mecanismos de defesa primários, se mostram incapazes de codificar e expressar os próprios sentimentos e estabelecem vínculos afetivos superficiais – são mais propensos à enfermidade em questão (BUTOW et al., 2000; CARVALHO, 1994; DAUNE, 1995; ECKSTERMAN, 1993; LeSHAN, 1977; TODARELLO et al., 1989). Alguns autores, inclusive, defendem que um tipo específico de estrutura psíquica – chamada de personalidade tipo C – que implica, de modo geral, em um rígido controle emocional, em uma capacidade adaptativa restrita e em uma marcante tendência à desesperança pode precipitar a carcinogênese (BALTRUSH et al., 1991; MARSZAL-WISNIEWSKA, ZAKRZEWSKA, 2004; TEMOSHOK, 1987).

De acordo com diversas pesquisas, mulheres acometidas por câncer de mama possuem, em sua maioria, um perfil psicológico típico, pois encontram acentuadas dificuldades para elaborar perdas, apresentam uma necessidade latente de auto-afirmação, reprimem seus impulsos agressivos e são, com maior ou menor intensidade, dependentes, introversivas, passivas, inseguras, deprimidas, pessimistas, ansiosas, submissas e deslibidinizadas (BANDEIRA; BARBIERI, 2007; BARBOSA, 1991; GANDINI, 2005; JANSEN; MUENZ, 1984; NASCIMENTO, 1991; SERVAES et al., 1999). Esse perfil, todavia, não pode ser considerado patognomônico, uma vez que as referidas características não são específicas dessa população. Evidencia-se, assim, que é pouco prudente estabelecer uma relação causal generalizável entre a personalidade e o adoecimento.

Não obstante, o estudo da personalidade de portadoras de tumores malignos pode fornecer elementos de grande valor para a compreensão dos fatores psicológicos que, somados a determinantes de outra natureza, são capazes de atuar como predisponentes, precipitantes e mantenedores da condição patológica. Ademais, pode auxiliar no planejamento de intervenções mult disciplinares a serem desenvolvidas tanto no âmbito terapêutico quanto profilático (WALKER; EREMIN, 1996). Para isso, deve-se, segundo Volich (2000), reconhecer os mecanismos singulares que, na experiência do indivíduo, levam o psiquismo a obliterar o funcionamento do organismo, criando condições propícias para a eclosão da doença.

Tendo em vista o que precede, torna-se patente a importância de pesquisas dedicadas ao assunto. Contudo, a exploração de novas linhas de investigação se destaca como um imperativo para o avanço dos conhecimentos produzidos até o momento. Partindo desse princípio, surgiu o interesse de desenvolver o presente estudo, focalizando, sob a ótica da psicossomática psicanalítica, a influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres submetidas ao tratamento médico preconizado para o câncer de mama. Entretanto, antes de entrar em maiores detalhes a respeito das bases teóricas e do desenho metodológico do presente estudo, um panorama mais específico sobre o estado da arte, obtido a partir de uma revisão sistemática da literatura científica, será delineado a seguir.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA CIENTÍFICA

2.1 Contextualização

As revisões sistemáticas da literatura científica possuem um inegável valor prático, visto que facilitam o acesso aos resultados obtidos por um expressivo conjunto de autores relativos a um determinado tema e, conseqüentemente, permitem a identificação tanto de lacunas cujo preenchimento se faz necessário quanto de repetições que devem ser evitadas no desenvolvimento de novas pesquisas (ALVEZ-MAZZOTTI; GEWANDSNADJER, 1998). Considerou-se relevante, assim, executar uma revisão sistemática da literatura científica dedicada especificamente ao assunto contemplado no presente estudo: a influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres submetidas ao tratamento médico preconizado para o câncer de mama.

O assunto em pauta é potencialmente controverso, o que decorre sobretudo do fato do termo “personalidade” usualmente ser empregado com uma multiplicidade de significados. Todavia, os autores especializados, dentre os quais se destacam psicólogos e psiquiatras como Dalgalarondo (2000), D’Andrea (2000), Fadiman e Frager (1986), Lazarus e Monat (1984), Ramos Júnior (1991) e Schultz e Schultz (2002), apontam que o termo em questão – derivado do verbete latim *persona*² – pode ser entendido basicamente como a unidade individual relativamente estável resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que determina os sentimentos, os pensamentos e os comportamentos de um sujeito.

É preciso reconhecer, contudo, que cada uma das diferentes teorias de personalidade existentes propõe uma definição mais pormenorizada para seu objeto de estudo. De acordo com Hall, Lindzey e Campbell (2000), isso ocorre porque as teorias empregam conceitos específicos para descrever aspectos e elementos que consideram mais significativos. Alguns autores valorizam os determinantes biológicos, ao passo que outros atribuem maior

² Termo utilizado originalmente para fazer referência à máscara utilizada pelos atores de teatro na Roma Antiga.

importância aos fatores psicológicos, sociais e culturais na constituição da personalidade. Além disso, certas concepções apregoam que a personalidade se transforma em resposta às situações às quais o sujeito é exposto e outras, em contrapartida, defendem a existência de um conjunto mais permanente de características pessoais.

2.2 Estratégias de busca das referências

O material necessário para a revisão sistemática da literatura científica foi obtido mediante a execução de buscas eletrônicas em diferentes bases de dados *on-line*. Optou-se por adotar tal estratégia metodológica tendo-se em vista que a divulgação científica via *internet*, por ser mais ágil e menos onerosa, tem sido cada vez mais valorizada nos dias de hoje. Não obstante, certas limitações são inerentes a qualquer uma das bases de dados existentes na atualidade. A combinação de diversas bases de dados, portanto, pode ser considerada a alternativa mais eficiente para que se possa executar um levantamento bibliográfico completo.

Partindo desse princípio, foram consultadas cinco bases de dados distintas, a saber: *MedLine*, *PsycINFO*, *LILACS*, *SciELO-Brasil* e *PePSIC*. As duas primeiras são mantidas, respectivamente, pela *United States National Library of Medicine* (NLM) e pela *American Psychological Association* (APA). Já as três últimas têm como órgãos responsáveis o Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e a Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia (ABECiP), nessa seqüência.

Dentre as referidas bases de dados, duas – *PsycINFO* e *PePSIC* – são voltadas exclusivamente à divulgação de pesquisas científicas em psicologia. Outras duas – *MedLine* e *LILACS* – são especializadas em Ciências da Saúde. A *SciELO-Brasil*, por sua vez, é multidisciplinar. Todas elas, contudo, têm em comum o fato de serem dirigidas por instituições reconhecidamente comprometidas com o avanço e a difusão do conhecimento.

Ressalte-se ainda que, tomadas em seu conjunto, possibilitam a realização de buscas em mais de 10.000 periódicos científicos originários de dezenas de países.

Evidencia-se, portanto, que as referidas bases de dados são instrumentos capazes de subsidiar a execução de um levantamento bibliográfico merecedor de crédito e representativo do estado da arte. Além disso, cumpre assinalar que os periódicos disponibilizados nas bases de dados em questão são selecionados com critérios de admissão e permanência definidos em conformidade com parâmetros internacionalmente aceitos. Pode-se afirmar, desse modo, que possuem um adequado padrão de qualidade e se destacam como os principais expoentes da literatura científica especializada em suas respectivas áreas.

As buscas eletrônicas foram executadas a partir da utilização dos descritores “personalidade” (*personality*) e “neoplasias mamárias” (*breast neoplasms*) e do operador booleano “e” (*and*). Tal estratégia foi privilegiada levando-se em consideração que viabiliza a localização de referências que apresentam os dois descritores adotados. Vale destacar também que as bases de dados foram configuradas para localizar as referências que apresentavam o descritor “neoplasias mamárias” entre as palavras-chave e o descritor “personalidade” no resumo. Esse procedimento foi adotado para possibilitar a obtenção de um resultado mais preciso do que aquele que poderia ser atingido sem a especificação dos campos de busca.

Optou-se pelo emprego dos referidos descritores levando-se em conta que ambos são reconhecidos pelas bases de dados em questão e utilizados de forma corrente na literatura científica especializada. Afinal, constam dos principais índices de termos técnicos em psicologia e medicina vigentes nos dias de hoje³: o “*Thesaurus of psychological index therms*” da *American Psychological Association* (APA), o “*Medical subject headings*” da *United States National Library of Medicine* (NLM) e o “Descritores em Ciências da Saúde” do Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (BIREME).

³ O descritor “câncer de mama” foi preterido para os fins das buscas eletrônicas por não constar de tais índices de termos técnicos.

Cumpre assinalar ainda que, para subsidiar um levantamento bibliográfico atualizado e abrangente, as bases de dados foram configuradas para localizar as referências publicadas entre 1995 e 2005.

As referências localizadas a partir das buscas eletrônicas foram selecionadas com o auxílio de critérios específicos, a seguir delimitados. Posteriormente, as referências consideradas pertinentes foram recuperadas na íntegra. Essa recuperação foi desenvolvida *on-line* nos casos em que os periódicos nos quais as referências selecionadas foram publicadas disponibilizavam todo seu conteúdo na *internet*. Nos casos em que a recuperação *on-line* não foi possível, recorreu-se à recuperação manual da versão integral das referências selecionadas. Todos esses procedimentos foram executados na Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Todavia, foi necessário solicitar a recuperação de algumas referências junto a outras bibliotecas vinculadas ao Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT).

2.3 Procedimentos para seleção e apreciação das referências

O título e a autoria de todas as referências obtidas a partir das buscas eletrônicas foram inicialmente checados visando a subsidiar a eliminação de eventuais repetições. A seguir, os resumos das referências selecionadas mediante o emprego desse procedimento foram submetidos a uma leitura preliminar, cujo propósito básico foi determinar o material efetivamente pertinente a essa revisão sistemática da literatura. Tal leitura foi norteada em função de critérios de inclusão específicos. O primeiro deles é a língua. Foram consideradas as referências escritas em língua inglesa, francesa, espanhola ou portuguesa.

O segundo critério de inclusão é o formato. Apenas as referências publicadas como artigo, relato de experiência ou revisão da literatura científica foram selecionadas. Conseqüentemente, foram descartadas as referências publicadas como livro, capítulo de livro,

dissertação, tese, resenha, resumo ou carta ao editor. O terceiro critério, por fim, é o objetivo. Foram consideradas somente as referências voltadas especificamente ao estudo da influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres submetidas ao tratamento médico preconizado para o câncer de mama. Assim sendo, foram preteridas as referências relacionadas a outros aspectos psicológicos da doença em questão.

A apreciação qualitativa das referências selecionadas com o auxílio desses critérios foi realizada mediante a execução de leituras analíticas de cada uma delas. Para melhor organização, os achados oriundos dessas leituras foram analisados a partir da identificação de 10 dimensões de análise, a saber: 1) modalidade de produção científica; 2) autoria e filiação institucional; 3) fonte; 4) tema específico; 5) amostra; 6) abordagem metodológica; 7) delineamento de pesquisa; 8) fundamentação teórica; 9) instrumentos e 10) principais resultados. A seleção de tais dimensões de análise, vale destacar, levou em consideração os procedimentos originalmente propostos em uma revisão sistemática da literatura anterior (PERES; SANTOS, 2006a).

2.4 Apreciação quantitativa das referências

Como se vê no Quadro 1, as buscas eletrônicas possibilitaram a localização de 135 referências, sendo 69 delas na *PsycINFO* e 66 na *MedLine*. Nas demais bases de dados consultadas – *LILACS*, *SciELO-Brasil* e *PePSIC* – não foi encontrada sequer uma referência, o que evidencia que, de 1995 a 2005, nenhum estudo dedicado especificamente à influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres submetidas ao tratamento médico preconizado para o câncer de mama foi publicado em periódicos científicos latino-americanos indexados. Desse modo, consta-se de antemão uma lacuna a ser preenchida com o conhecimento oriundo de novas pesquisas.

Bases de dados	Número de referências obtidas
<i>PsycINFO</i>	69
<i>MedLine</i>	66
<i>LILACS</i>	0
<i>SciELO-Brasil</i>	0
<i>PePSIC</i>	0
Total	135

Quadro 1 - Incidência de referências localizadas mediante o emprego dos procedimentos de busca estabelecidos

A checagem do título e da autoria das referências inicialmente obtidas apontou que 26 delas foram localizadas tanto na *PsycINFO* quanto na *MedLine*. O número de referências se reduziu, portanto, de 135 para 109, pois as repetições foram automaticamente descartadas. A seguir, os resumos das referências selecionadas com esse primeiro procedimento foram submetidos a uma leitura preliminar, conduzida a partir da utilização dos critérios de inclusão estabelecidos. Essa leitura implicou, no total, na eliminação de mais 90 referências, como ilustra o Quadro 2. Assim sendo, foram efetivamente consideradas pertinentes a essa revisão da literatura apenas 19 das 135 referências inicialmente obtidas. O título de cada uma dessas 19 referências⁴ se encontra no Quadro 3.

Critério de inclusão	Número de referências eliminadas
1	6
2	16
3	68
Total	90

Quadro 2 - Incidência de referências eliminadas mediante o emprego dos critérios de inclusão estabelecidos

⁴ Foi mantida a ordem em que tais referências foram localizadas, respectivamente, na *PsycINFO* e na *MedLine*.

Referência	Título
A	Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer: data from a year follow-up study compared with the general population
B	Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer
C	A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer
D	Finding benefit in breast cancer: relations with personality, coping, and concurrent well-being
E	Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress
F	Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients
G	Personality and exercise participation across the breast cancer experience
H	The relationship between agentic and communal personality traits and psychosocial adjustment to breast cancer
I	Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: moderator effects in women with early stage breast cancer
J	Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study
K	Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction
L	Preoperative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer
M	Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life
N	Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients
O	Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression
P	Psychological profile in patients with stages I and II breast cancer: associations of psychological profile with tumor biological prognosticators
Q	Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer
R	Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: status one year after surgery
S	Breast cancer survivors: concerns and coping

Quadro 3 - Título das referências selecionadas

A notável diferença verificada entre o número de referências inicialmente obtidas mediante a busca nos sistemas eletrônicos de identificação bibliográfica empregados e a quantidade de referências consideradas efetivamente pertinentes já era esperada em virtude do estabelecimento de critérios de inclusão rigorosos. Cumpre assinalar, contudo, que tais critérios se mostraram de extrema importância, pois permitiram selecionar adequadamente as referências inicialmente obtidas, conferindo, conseqüentemente, maior precisão a essa revisão da literatura. Isso se torna claro sobretudo tendo-se em vista a quantidade de referências excluídas por não atenderem ao terceiro critério de inclusão estabelecido.

2.5 Apreciação qualitativa das referências

A avaliação da modalidade de produção científica das referências selecionadas indica que todas elas apresentam dados empíricos oriundos de trabalhos originais. A princípio, poder-se-ia considerar positivo esse achado. Afinal, o número reduzido de pesquisas dedicadas especificamente à influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres submetidas ao tratamento médico preconizado para o câncer de mama sugere que o assunto ainda não foi exaustivamente explorado. Em contrapartida, a inexistência de revisões bibliográficas é desfavorável, pois, como já mencionado, trabalhos desse tipo possibilitam a obtenção de um panorama abrangente da produção científica e fornecem valiosas indicações para novas pesquisas, de modo que possuem um inegável valor prático.

Charles S. Carver e Michael H. Antoni, ambos psicólogos e docentes do *Center for Psycho-Oncology Research* da *University of Miami*, se destacaram na avaliação da autoria das referências selecionadas, visto que assinam três estudos (B, D e I) sobre o tema em questão. Ressalte-se ainda que os noruegueses Lars Tjemsland, Jon A. Soreide e Ulrik F. Malt, médicos do

Rogaland Central Hospital e do *Norway National Hospital*, constam entre os autores de dois estudos (L e R). Além disso, trabalhando com grupos de pesquisa distintos, Yosuke Uchitomi, psiquiatra da *Psycho-Oncology Division* do *National Cancer Research Institute East*, no Japão, também assina dois estudos (M e O).

A avaliação da terceira dimensão de análise aponta que a maior parte das referências selecionadas (A, C, E, G, K, L, O e S) tem como fonte periódicos de natureza multidisciplinar, dentre os quais o *Journal of Psychosomatic Research* e o *Supportive Care in Cancer*. Todavia, periódicos com ênfase psicológica, tais como o *Health Psychology* e o *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, veicularam uma parcela significativa das referências (B, D, F, H, I, J e P). Deve-se salientar também que, embora tenha se revelado discreta nessa revisão da literatura, a penetração de estudos voltados aos mais diversos aspectos emocionais do câncer em periódicos com ênfase médica tem-se apresentado, conforme se deduz a partir de um levantamento recente executado por Levin e Kissane (2006), como uma tendência promissora.

Ainda a propósito da avaliação da terceira dimensão de análise, ressalte-se que o *Psycho-Oncology*, periódico publicado em parceria pela *International Psycho-Oncology Society*, pela *American Psychosocial Oncology Society* e pela *British Psycho-Oncology Society*, se sobressai como o principal veículo de divulgação das referências selecionadas. A opção dos autores por esse periódico pode ser considerada oportuna partindo-se do princípio de que o termo que lhe dá nome – Psico-oncologia – diz respeito, segundo a clássica definição de Holland (1990), a uma área de interface entre a psicologia e a oncologia dedicada ao estudo de duas dimensões psicológicas básicas do câncer, a saber: o impacto da doença na condição emocional do paciente, de seus familiares e dos profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento e o papel de variáveis psicológicas na incidência e na sobrevivência à doença.

A avaliação da quarta dimensão de análise demonstra que, a despeito de tratarem de um assunto em comum, as referências selecionadas apresentam temas específicos diversificados. Como se vê no Quadro 4, uma parcela significativa delas (A, B, D, E, H, I, K, N e S) é dedicada à investigação de relações entre certas facetas da personalidade e determinados indicadores da condição emocional de mulheres acometidas por câncer de mama. A opção dos autores por variáveis independentes mais circunscritas é um recurso necessário diante das dificuldades metodológicas inerentes à avaliação da personalidade, as quais decorrem da abrangência do construto em questão. Porém, como alerta Lourenção van Kolck (1981), a medida de um traço psicológico isolado não pode ser considerada representativa da personalidade como um todo.

O enfrentamento⁵ é o traço psicológico de avaliação mais usual entre as referências selecionadas, visto que foi tomado como variável independente⁶ – principal ou secundária – em seis delas (D, J, L, N, P e S). Tal construto pode ser definido basicamente como o conjunto de operações executadas por uma pessoa com o intuito de se adaptar às circunstâncias adversas (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998). Originalmente o enfrentamento foi concebido pela psicologia do ego como um correlato dos mecanismos de defesa adotados inconscientemente visando a se proteger o aparelho psíquico de uma eventual desestruturação. Desse modo, seria totalmente determinado pela personalidade do indivíduo e pouco se alteraria de uma situação para outra (HARTMANN, 1958).

Em um segundo momento, o enfrentamento foi redefinido a partir de uma perspectiva cognitivista como o conjunto de esforços deliberadamente empreendidos por um sujeito para minimizar a qualidade aversiva de um evento estressor e, assim, criar, aumentar ou ampliar a

⁵ Termo em língua portuguesa correspondente, na literatura científica especializada, ao verbete inglês “*coping*”.

⁶ Tendo em vista os critérios definidos por Forattini (1996), estão sendo consideradas variáveis independentes aquelas que exercem influência sobre outras e variáveis dependentes aquelas que sofrem influência de outras.

sensação de controle sobre o mesmo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Tratar-se-ia, portanto, de um processo direcionado por transações com o ambiente. Ou seja: seria aprendido e aprimorado. Todavia, a noção de avaliação do evento estressor é central nessa perspectiva, pois a forma como o mesmo é percebido por meio de processos cognitivos individuais também influenciaria o enfrentamento, potencializando ou restringindo recursos internos.

Recentemente, uma proposta teórica conciliadora tem se voltado mais uma vez ao estudo das convergências entre a personalidade e o enfrentamento (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). De acordo com tal proposta, porém, é preciso distinguir dois construtos anteriormente empregados como sinônimos: estilos de enfrentamento e estratégias de enfrentamento. O primeiro se refere, conforme Carver e Scheier (1994), a uma predisposição a responder de maneira habitual a diferentes eventos estressores e decorre de características mais estáveis da personalidade. Já o segundo diz respeito às ações bastante variáveis de determinação essencialmente situacional voltadas à mediação entre um dado evento estressor e suas conseqüências (FOLKMAN et al., 1986).

O Quadro 4 esclarece que os estilos de enfrentamento foram preteridos em prol das estratégias de enfrentamento no contexto das referências selecionadas, o que, tendo em vista a definição de cada um desses construtos, limita, em certo grau, o alcance dos resultados obtidos pelos autores no que tange especificamente à abrangência da compreensão da personalidade das pacientes acometidas por câncer de mama que constituíram suas amostras. Em contrapartida, a escolha das variáveis dependentes parece ter sido mais apropriada, visto que foram tomados como parâmetros da condição física e emocional das mulheres avaliadas basicamente construtos que articulam domínios de naturezas distintas, a saber: qualidade de vida e estresse.

Referência	Tema específico
A	Relações entre: a) o otimismo e a participação nas decisões referentes ao tratamento e b) a qualidade de vida relacionada à saúde, o funcionamento sexual e a imagem corporal em mulheres acometidas por câncer de mama
B	Relações entre: a) o otimismo, a confiança no controle da doença, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico durante o tratamento e b) a qualidade de vida e o bem-estar psicológico a longo prazo em mulheres acometidas por câncer de mama
C	Relações entre: a) a personalidade e a percepção da doença e b) o <i>distress</i> em mulheres acometidas por câncer de mama
D	Relações entre: a) o otimismo, a responsividade a ameaças e recompensas, as estratégias de enfrentamento, as crenças referentes ao câncer de mama e o bem-estar psicológico de mulheres acometidas pela doença e b) o relato de benefícios emocionais e existenciais associadas ao diagnóstico e ao tratamento
E	Relações entre: a) o neuroticismo e os diferentes tipos de estresse e b) os sintomas depressivos em mulheres acometidas por câncer de mama
F	Relações entre: a) o <i>locus</i> de controle e o estado civil e b) o <i>distress</i> e a recidiva precoce em mulheres acometidas por câncer de mama
G	Relações entre: a) a personalidade e b) a prática de exercícios físicos em mulheres acometidas por câncer de mama
H	Relações entre: a) padrões de expressão emocional e de relacionamento interpessoal e b) o ajustamento psicossocial em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama
I	Relações entre: a) a responsividade a ameaças e recompensas e a expectativa de recidiva e b) o <i>distress</i> e o desengajamento comportamental em mulheres acometidas por câncer de mama
J	Relações entre: a) a personalidade, o estresse e as estratégias de enfrentamento e b) a qualidade de vida em mulheres acometidas por câncer de mama
K	Relações entre: a) a personalidade, o ajustamento social, o suporte social e o impacto emocional do diagnóstico e b) o <i>distress</i> tardio em mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama
L	Relações entre: a) a personalidade, o <i>distress</i> e as estratégias de enfrentamento e b) a condição imunológica em mulheres acometidas por câncer de mama
M	Relações entre: a) a personalidade e a ocorrência de transtornos psiquiátricos e b) a qualidade de vida em mulheres acometidas por câncer de mama em situação de recidiva

Quadro 4 - Tema específico das referências selecionadas

Referência	Tema específico
N	Relações entre: a) a agressividade, as estratégias de enfrentamento e o suporte social e b) a qualidade de vida em mulheres acometidas por câncer de mama e melanoma
O	Relações entre: a) a personalidade e o <i>distress</i> e b) a fadiga em mulheres acometidas por câncer de mama livres da doença
P	Relações entre: a) a personalidade e as estratégias de enfrentamento e b) as características biológicas do tumor em mulheres acometidas por câncer de mama
Q	Relações entre: a) a personalidade e a condição emocional e b) as respostas tumorais e histológicas à quimioterapia em mulheres acometidas por câncer de mama
R	Relações entre: a) a personalidade, o bem-estar psicológico, o suporte social e o impacto emocional do diagnóstico e b) a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama
S	Relações entre: a) as estratégias de enfrentamento e b) as preocupações de mulheres acometidas por câncer de mama livres da doença

Quadro 4 (continuação) - Tema específico das referências selecionadas

Contemplada em cinco referências (A, B, J, M e N), a qualidade de vida surge como noção pouco precisa nos anos 70 em consequência do movimento de humanização na assistência em saúde, o qual salientava a necessidade de uma maior valorização de critérios centrados nos pacientes para a avaliação da resolutividade de tratamentos médicos. Seu emprego rapidamente se tornou amplo tanto no meio científico quanto na população em geral. Porém, somente duas décadas depois disso a qualidade de vida foi operacionalmente estruturada pela Organização Mundial de Saúde em torno de seis facetas complementares: aspectos físicos, nível de independência, relações pessoais, aspectos psicológicos, meio ambiente e espiritualidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992).

A partir dessa estruturação, a qualidade de vida ascendeu ao *status* de construto e passou a ser definida, em uma perspectiva transcultural, como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores nos quais ele se encontra inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP, 1994). Essa definição, não obstante, ainda é alvo de questionamentos. Por essa razão, certos autores, enfatizando o papel do estado de saúde – seja ele subjetivo ou objetivo – no funcionamento cotidiano em termos emocionais, sociais e produtivos, preferem o emprego de conceitos derivados, tais como “qualidade de vida relacionada à saúde”.

Cumpre assinalar também que o estresse, variável dependente⁷ em cinco referências (C, F, I, K e R), é definido de modo mais pontual. Ainda assim, agrega os domínios físicos e emocionais, já que é utilizado classicamente para fazer menção às reações psicológicas e orgânicas apresentadas por um indivíduo quando submetido a circunstâncias que abalam sua homeostase (SELYE, 1965). Essas reações podem impulsionar seu desempenho e favorecer seu

⁷ Em outras quatro referências o estresse se destaca como variável independente (E, J, L e O).

ajustamento, trazendo, como consequência, efeitos positivos. Quando isso acontece, caracteriza-se o que recentemente se tem chamado de *eutress*. Por outro lado, essas reações podem minimizar a eficácia de seus recursos adaptativos e conduzir a um desgaste crônico. Nesses casos, instala-se um quadro de *distress* (SPARREMBERGER et al., 2003).

A identificação do quadro de *distress* é visada de modo direto em quatro das cinco referências mencionadas (C, F, I e K). Na referência restante (R), o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático tem prerrogativa. Trata-se de uma entidade nosológica provocada por uma reação tardia a um acontecimento excepcionalmente ameaçador em cuja sintomatologia, segundo os sistemas de classificação mental vigentes, ocupam lugar de destaque a irritabilidade, a hipervigilância e a irresponsividade emocional. Tal sintomatologia tem início após um período de latência subsequente ao acontecimento e pode incluir também lembranças intrusivas, insônia, pesadelos e sensação de entorpecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003).

A avaliação da quinta dimensão de análise indica que, de modo geral, os autores das referências selecionadas optaram por amostras não-probabilísticas de conveniência, uma vez que trabalharam com mulheres acometidas por câncer de mama que apresentavam duas características básicas: 1) foram consecutivamente admitidas para tratamento ou reabilitação em instituições de saúde durante um dado período e 2) preenchiam requisitos clínicos ou sócio-demográficos básicos previamente sistematizados. Indubitavelmente se encontra associado a esse fato o expressivo número de participantes da maioria das referências selecionadas, situado entre 100 e 200 em sete delas (A, B, G, K, L, N e P) e acima de 200 em outras quatro (C, D, E e I).

A predileção pela abordagem quantitativa no contexto das referências selecionadas se torna patente com a avaliação da sexta dimensão de análise. Afinal, em apenas duas delas (F e S)

a abordagem qualitativa foi adotada. É notório que indicações e contra-indicações são inerentes a ambas as abordagens, de modo que, como sustenta Valles (1997), confrontá-las com o intuito de identificar uma suposta hierarquia se afigura como um procedimento injustificável. Não obstante, é possível propor que o conhecimento produzido sobre o assunto do qual trata essa revisão da literatura se encontra demasiadamente atrelado ao paradigma positivista e à ontologia objetivista, o que, em última instância, sugere a equivocada desvalorização de incursões compreensivistas.

Conforme a avaliação da sétima dimensão de análise, os autores de doze referências selecionadas se apoiaram em um conjunto de medidas que, levando em conta o fator tempo, foram obtidas visando ao estabelecimento de eventuais relações entre certos efeitos e suas supostas condições associadas, o que caracteriza o delineamento longitudinal. A maioria delas (A, B, C, E, F, J, K, L e Q) focalizava especificamente efeitos observáveis após o início da coleta de dados, de modo que dependeu da conservação da amostra. Conclui-se, portanto, que o delineamento longitudinal do tipo prospectivo foi o mais freqüente. De acordo com Forattini (1996), estudos com esse caráter fornecem informações mais acuradas do que os estudos longitudinais retrospectivos ou os estudos transversais, o que autoriza a atribuição de um selo de qualidade metodológica às referências mencionadas.

No contexto das referências selecionadas, as teorias de orientação cognitivo-comportamental – tais como a teoria da adaptação cognitiva de Vicki Helgeson (B, D, I e H), a teoria da avaliação cognitiva de Susan Folkman e Richard S. Lazarus (J, N e S) e a teoria do comportamento planejado de Icek Ajzen (G) – têm clara primazia. Somente uma referência (P) se diferencia pela utilização de uma fundamentação psicodinâmica. Pode-se atribuir esse fato à popularização da medicina comportamental nas últimas décadas. Afinal, tal abordagem surgiu como resultado da necessidade de sistematizar o conhecimento produzido pelas ciências humanas

e biomédicas sobre processos cognitivos conscientes e comportamentos observáveis de relevância no âmbito da saúde (SCHWARTZ; WEISS, 1978).

Diante do exposto, constata-se que a diversidade teórica que caracteriza a psicologia não se reflete no estudo da influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres submetidas ao tratamento médico preconizado para o câncer de mama. É possível cogitar que a reversão desse quadro teria desdobramentos potencialmente favoráveis para o avanço do conhecimento, dado que o assunto do qual trata a presente revisão da literatura não se encontra esgotado. Ademais, deve-se destacar que, para Holland (2002), a efetiva integração de aspectos objetivos e subjetivos das experiências vivenciadas pelos pacientes a partir do diagnóstico do câncer é imprescindível para a superação de barreiras ao desenvolvimento da Psico-oncologia como um todo.

A avaliação da nona dimensão de análise testemunha que, na maioria das referências em que se admitiu de fato a personalidade como variável independente (C, L, M, O, Q e R), o *Eysenck Personality Questionnaire-Revised* foi utilizado. Tal instrumento psicométrico parte do princípio de que a personalidade é composta por três combinações de fatores que se situam em extremos, a saber: extroversão/introversão, neuroticismo/estabilidade emocional e psicoticismo/controle dos impulsos (EYSENCK, 1990). Portanto, a chamada abordagem dos traços – modelo conceitual clássico⁸ que, segundo Schultz e Schultz (2002), preconiza a estruturação da personalidade em torno de um conjunto determinado de características diferenciadoras que regem o comportamento – também se destaca como um marco teórico importante no contexto das referências selecionadas.

⁸ Uma versão atualizada dessa abordagem sustenta uma solução de cinco fatores, a saber: extroversão/introversão, neuroticismo/estabilidade emocional, socialização, escrupulosidade e intelecto (McCRAE; JOHN, 1992). Justamente em função disso é chamada de modelo dos cinco grandes fatores. Tal modelo, a propósito, fundamenta duas das referências selecionadas (E e G).

Referência	Instrumentos
A	European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), Life Orientation Test-Revised (LOT-R) e questionário não-padronizado
B	Life Orientation Test-Revised (LOT-R), Affects Balance Scale (ABS), Profile of Mood States (POMS), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Sickness Impact Profile (SIP) e questionários não-padronizados
C	General Health Questionnaire-Reduced Version (GHQ-28), Illness Perception Questionnaire (IPQ), Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) e Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)
D	Life Orientation Test-Revised (LOT-R), Behavioral Inhibition System and Behavioral Activation System Scales (BIS/BAS Scales), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS), Sickness Impact Profile (SIP), Profile of Concerns about Breast Cancer (PCBC), Brief COPE Inventory (B-COPE) e questionários não-padronizados
E	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Perceived Stress Scale (PSS), Impact of Events Scale (IES), Five-Factor Inventory (FFI) e questionário não-padronizado
F	Symptom Checklist-Reduced Version (SCL-63), Internal-External Locus of Control Scale (I-E Scale) e entrevista não-padronizada
G	NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) e questionários não-padronizados
H	Profile of Mood States (POMS), Functional Assessment of Cancer Therapy Scale-Breast (FACT-B), Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR), Extended Personal Attributes Questionnaire (EPAQ), Unmitigated Communion Scale (UCS) e questionários não-padronizados
I	Behavioral Inhibition System and Behavioral Activation System Scales (BIS/BAS Scales), Brief COPE Inventory (B-COPE) e questionários não-padronizados
J	Body Image Questionnaire (BIQ), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Perceived Stress Scale (PSS), Cancer Locus of Control Scale (CLCS), Social Support Questionnaire (SSQ), Ways of Coping Checklist (WCC), European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) e entrevista não-padronizada
K	Impact of Events Scale (IES), Symptom Checklist (SCL-90), Social Readjustment Rating Scale (SRRS), Social Experience Checklist (SEC), Self Assessment Questionnaire-Nijmegen (SAQ-N) e questionários não-padronizados

Quadro 5 - Instrumentos utilizados nas referências selecionadas

Referência	Instrumentos
L	Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R), Impact of Events Scale (IES), Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale (MADRS), Courtauld Emotional Control Scale (CECS) e entrevista não-padronizada
M	Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R and IV (SCID), Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Breast Cancer Module (EORTC QLQ-Br23), Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) e entrevista não-padronizada
N	Ways of Coping Questionnaire (WOC), Structural-Functional Social Support Scale (SFSS), Anger Expression Scale (AX), Life Experience Survey (LES), Chronic Strains Survey (CSS), Rotterdam Symptom Checklist (RSCL), Depression Scale (DEPS), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Breast Cancer Module (EORTC QLQ-Br23) e entrevista não-padronizada
O	Cancer Fatigue Scale (CFS), Profile of Mood States (POMS), Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Mini-Mental State Examination (MMSE), Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R and IV (SCID) e entrevista não-padronizada
P	Meta-Contrast Technique (MCT), Creative Functioning Test (CFT), Identification Test (IT) e entrevista não-padronizada
Q	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)
R	Impact of Events Scale (IES), General Health Questionnaire-Reduced Version (GHQ-28), Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R), Self-Evaluation and Social Support Schedule-Shortened Version (SESS-sv), Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R and IV (SCID) e e entrevista não-padronizada
S	Entrevista não-padronizada

Quadro 5 (continuação) - Instrumentos utilizados nas referências selecionadas

Por outro lado, a avaliação das estratégias de enfrentamento foi diversificada, como se vê no Quadro 5. Em três das seis referências em que esse construto se afigura como variável independente (D, J e N), instrumentos psicométricos de base cognitivo-comportamental foram adotados: o *Brief COPE Inventory*⁹, o *Ways of Coping Checklist* e o *Ways of Coping Questionnaire*, respectivamente. Nas outras três, os autores optaram por entrevistas psicológicas não-padronizadas (L, P e S). Ainda sobre a avaliação das variáveis independentes, é preciso mencionar o emprego do *Life Orientation Test-Revised* em três referências (A, B e D). Trata-se de um instrumento psicométrico voltado especificamente à mensuração da tendência individual ao otimismo.

Instrumentos psicométricos também foram privilegiados na avaliação das variáveis dependentes. No que se refere à qualidade de vida, os questionários elaborados pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* se destacaram como os mais frequentes, dado que tiveram utilização em quatro referências (A, J, M e N). Já a mensuração do estresse foi executada indiretamente em outras quatro referências mediante a combinação dos resultados obtidos a partir da aplicação de instrumentos voltados à identificação de sintomas de ansiedade e depressão ou à mensuração do funcionamento social e do impacto emocional da doença (C, F, K e R), tais como o *General Health Questionnaire-Reduced Version*, o *Symptom Checklist*, o *Social Experience Checklist* e a *Impact of Events Scale*.

A partir da avaliação da décima dimensão de análise, constata-se que parte das referências dedicadas ao estudo das relações entre a personalidade e o curso da condição emocional de mulheres acometidas por câncer de mama sustenta que o otimismo se afigura como uma espécie de proteção contra o impacto psicológico da doença (A, B e D). Afinal, pacientes que apresentam

⁹ Em uma referência (I) esse mesmo instrumento foi utilizado especificamente para avaliar a ocorrência de desengajamento comportamental um ano após a cirurgia.

uma reação ao diagnóstico influenciada por essa característica são propensas, como ilustra o Quadro 6, a apreciar de forma positiva sua qualidade de vida, a veicular uma imagem corporal favorável, a referir um funcionamento sexual satisfatório e até mesmo a relatar benefícios emocionais e existenciais associados ao adoecimento tanto durante o tratamento quanto após a remissão da enfermidade.

Resultados análogos são recorrentes em pesquisas desenvolvidas junto a portadores de diversos tipos de câncer (SCHEIER; CARVER; BRIDGES, 2001). Não obstante, deve-se mencionar que achados dessa natureza podem, quando levados ao extremo e generalizados sem cautela, conduzir a um fenômeno nocivo conhecido como “tirania do pensamento positivo”. Tal fenômeno, descrito por Holland e Lewis (2000), faz com que o paciente oncológico se sinta pressionado – tanto internamente quanto externamente – a experimentar apenas emoções consideradas positivas e, assim, a reprimir sentimentos supostamente negativos, como se disso dependesse sua sobrevivência. Dessa maneira, enseja uma postura estereotipada, a qual freqüentemente evoluiu da resignação estóica à culpabilidade, uma vez que o menor revés no tratamento abala sua sustentação.

A utilização, durante o tratamento, de estratégias de enfrentamento centradas no problema – ou seja, capazes de subsidiar uma ação direta sobre a situação estressora (LAZARUS; FOLKMAN, 1984) – favorece, de acordo com duas referências, uma auto-avaliação positiva da condição emocional em mulheres recém-submetidas à cirurgia (D) e uma redefinição de valores e prioridades em pacientes já livres da doença (S). Porém, uma referência alerta que, quando associado à perda subjetiva de controle, o emprego de estratégias de enfrentamento dessa natureza pode promover o oposto (J). Isso possivelmente ocorre porque a imprevisibilidade que caracteriza a evolução da doença pode ceifar o desejo de resgatar simbolicamente as rédeas da

própria vida, e, como consequência, afetar o senso de auto-eficácia e comprometer a auto-estima em certos casos (GIMENES, 1997b).

Cumprе assinalar que o neuroticismo é apontado em quatro referências (C, E, M e R) como uma característica de personalidade determinante para o *distress* em pacientes acometidas por câncer de mama, pois engendra tensão constante, nervosismo, expectativa apreensiva, infelicidade e anedonia. Assim, pode precipitar a eclosão de sintomas clinicamente significativos de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Outras duas referências relacionam o neuroticismo ao sedentarismo e à fadiga crônica até mesmo após a remissão da enfermidade (G e O), o que o credencia como preditor de prejuízos do reajustamento funcional nessa população, dado que a prática de exercícios físicos notoriamente previne complicações e minimiza limitações decorrentes do tratamento.

Ademais, segundo o conjunto de referências selecionadas para essa revisão da literatura, também podem ser consideradas em situação de risco em termos emocionais mulheres que, antes do diagnóstico, vivenciaram eventos estressores (E) e, ao longo do tratamento, referem crenças errôneas sobre o câncer de mama (C), apresentam um padrão de expressão emocional caracterizado pela inibição e um padrão de relacionamento interpessoal marcado pela negligência de suas próprias necessidades (H), demonstram auto-acusação (J), comportamento de evitação relacionado à doença (K), elevada responsividade a ameaças e reduzida responsividade a recompensas (I), se encontram em situação de co-morbididade psiquiátrica (M), adotam estratégias de enfrentamento centradas na emoção (N) e avaliam de forma negativa o suporte social recebido (R).

Referência	Principais resultados
A	Pacientes que demonstram otimismo quando do diagnóstico e participam das decisões referentes ao tratamento tendem a avaliar de forma positiva sua qualidade de vida relacionada à saúde, a apresentar uma imagem corporal favorável e a referir um funcionamento sexual satisfatório um ano após terem sido submetidas à cirurgia
B	Pacientes que demonstram otimismo, avaliam de forma positiva sua qualidade de vida e referem bem-estar psicológico (não se queixam de prejuízos no funcionamento social ou de sintomas clinicamente significativos de transtornos do humor, no caso) durante o tratamento tendem a avaliar de forma positiva sua qualidade de vida e a referir bem-estar psicológico até dez anos após terem sido submetidas à cirurgia
C	Pacientes que referem crenças errôneas sobre a doença e demonstram neuroticismo, fatalismo e ansiedade durante o tratamento tendem a apresentar sintomas mais acentuados de <i>distress</i> (tais como nervosismo, infelicidade e desesperança) um ano após terem sido submetidas à cirurgia
D	Pacientes que demonstram otimismo, adotam estratégias de enfrentamento baseadas na religiosidade (principalmente busca de apoio espiritual) ou centradas no problema (sobretudo reavaliação positiva) e apresentam responsividade à recompensa tendem a relatar benefícios emocionais e existenciais associados ao diagnóstico e ao tratamento um ano após terem sido submetidas à cirurgia
E	Pacientes que vivenciam eventos estressores (principalmente dificuldades financeiras) um ano antes do diagnóstico e demonstram neuroticismo e apresentam tanto sintomas de estresse específico (sobretudo pensamentos intrusivos relacionados à doença) quanto de estresse generalizado (tais como tensão constante) após terem sido submetidas à cirurgia tendem a apresentar sintomas clinicamente significativos de depressão ao longo do tratamento como um todo
F	Pacientes casadas que demonstram <i>locus</i> de controle intermediário tendem a não apresentar sintomas clinicamente significativos de <i>distress</i> (referem satisfação com o suporte familiar e a não experimentar perda subjetiva de controle, no caso) e a ter menor probabilidade de recidiva um ano após terem sido submetidas à cirurgia
G	Pacientes que demonstram neuroticismo tendem a oscilar de um padrão ativo de exercícios físicos antes do diagnóstico a um padrão inativo durante e após o tratamento, ao passo que pacientes que demonstram extroversão e escrupulosidade tendem a sustentar um padrão ativo

Quadro 6 - Principais resultados das referências selecionadas

Referência	Principais resultados
H	Pacientes que demonstram um padrão de expressão emocional caracterizado pela inibição e um padrão de relacionamento interpessoal marcado pela negligência de suas próprias necessidades tendem a apresentar prejuízos no ajustamento psicossocial (ocorrência de sintomas clinicamente significativos de transtornos do humor e déficit no desempenho funcional) ao longo do tratamento como um todo
I	Pacientes que demonstram elevada responsividade a ameaças e reduzida responsividade a recompensas e referem incerteza sobre a resolutividade do tratamento tendem a apresentar sintomas clinicamente significativos de <i>distress</i> (tais como nervosismo, infelicidade e desesperança) e desengajamento comportamental um ano após terem sido submetidas à cirurgia
J	Pacientes que demonstram ansiedade e auto-acusação, adotam estratégias de enfrentamento centradas no problema (principalmente levantamento de soluções) e referem sintomas de estresse específico (sobretudo perda subjetiva de controle) durante o tratamento tendem a avaliar de forma negativa sua qualidade de vida (predominantemente nas dimensões física e emocional) dois anos após o diagnóstico
K	Pacientes que apresentam ansiedade, inexpressividade emocional, pensamentos intrusivos e comportamento de evitação relacionado à doença durante o tratamento tendem a apresentar sintomas clinicamente significativos de <i>distress</i> (tais como nervosismo, infelicidade e desesperança) até dois anos após terem sido submetidas à cirurgia
L	Pacientes que demonstram sintomas clinicamente significativos de <i>distress</i> (sobretudo humor deprimido e pensamentos intrusivos relacionados à doença) e utilizam estratégias de enfrentamento centradas na emoção (principalmente preocupação ansiosa) antes de serem submetidas à cirurgia apresentam níveis reduzidos de linfócitos B e células T4 após terem sido submetidas à cirurgia
M	Pacientes que demonstram neuroticismo e desesperança e atendem aos critérios para o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, depressão maior ou transtorno de ajustamento tendem a avaliar de forma negativa sua qualidade de vida (sobretudo nas dimensões física e funcional) em situação de recidiva
N	Pacientes que demonstram auto-agressividade e utilizam estratégias de enfrentamento centradas na emoção (sobretudo esquiva ou busca de apoio emocional) tendem a avaliar de forma negativa sua qualidade de vida (principalmente na dimensão física) durante o tratamento
O	Pacientes que demonstram neuroticismo e introversão e apresentam sintomas clinicamente significativos de <i>distress</i> (sobretudo humor deprimido e tensão constante) tendem a referir fadiga após da remissão da doença

Quadro 6 (continuação) - Principais resultados das referências selecionadas

Referência	Principais resultados
P	Pacientes que, a despeito de inicialmente reagirem com desesperança quando do diagnóstico, adotam estratégias de enfrentamento centradas no problema (principalmente espírito de luta) e se mostram capazes de manejar satisfatoriamente a ansiedade provocada por estímulos agressivos e são propensas a regressões a serviço do ego tendem a apresentar tumores com indicadores prognósticos mais favoráveis (extensão inferior a 3 cm, baixo índice proliferativo, linfonodos axilares preservados e receptor hormonal positivo)
Q	Pacientes que apresentam sintomas clinicamente significativos de transtornos do humor quando do diagnóstico tendem a responder de forma desfavorável à quimioterapia em termos anatômicos (manutenção do tamanho do tumor) e histológicos (mudanças inexpressivas na distribuição das células carcinomatosas)
R	Pacientes que vivenciam eventos estressores (sobretudo problemas de saúde e morte de familiar) um ano antes do diagnóstico e avaliam de forma negativa o suporte social recebido e demonstram neuroticismo e comportamento de evitação relacionado à doença ao longo do tratamento têm maior probabilidade de atender os critérios para o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático um ano após terem sido submetidas à cirurgia
S	Pacientes que adotam estratégias de enfrentamento centrada no problema (sobretudo busca de informações) durante o tratamento tendem a valorizar mais a própria vida e a não se preocupar com adversidades cotidianas após a remissão da doença

Quadro 6 (continuação) - Principais resultados das referências selecionadas

No que tange à influência da personalidade no curso da condição clínica de mulheres acometidas por câncer de mama, é preciso mencionar que, de acordo com os achados de duas referências, pacientes que sofrem um comprometimento clinicamente significativo da condição emocional quando da descoberta da enfermidade tendem a apresentar níveis reduzidos de linfócitos B e células T4 após a cirurgia (L) e a obter resultados pouco efetivos com a quimioterapia (Q). Na esteira desses achados, outra referência sustenta que mulheres que demonstram *locus* de controle intermediário, referem satisfação com o suporte familiar e não experimentam perda subjetiva de controle são pouco propensas à recidiva precoce (F).

Por fim, uma referência indica que pacientes que, a despeito de inicialmente reagirem com desesperança ao diagnóstico, adotam estratégias de enfrentamento centradas no problema – principalmente espírito de luta – e se mostram capazes de manejar satisfatoriamente a ansiedade provocada por estímulos agressivos e são propensas a regressões a serviço do ego¹⁰ tendem a apresentar tumores com indicadores prognósticos anatômicos, histológicos e endócrinos favoráveis, dentre os quais extensão inferior a 3 cm, baixo índice proliferativo, linfonodos axilares preservados e receptor hormonal positivo (P). Além de contribuírem para um maior período de sobrevida e um menor risco de recorrência da doença, tais indicadores justificam procedimentos cirúrgicos conservadores e contra-indicam terapêuticas adjuvantes (ABREU; KOIFMAN, 2002).

2.6 Apontamentos para pesquisas futuras

A compreensão pormenorizada da influência da personalidade no curso da condição clínica e emocional de mulheres acometidas por câncer de mama indubitavelmente depende

¹⁰ A regressão a serviço do ego pode ser definida, em termos psicodinâmicos, como a capacidade do indivíduo tolerar uma diminuição parcial, temporária e controlada das funções egóicas – tais como o pensamento, o juízo, o funcionamento defensivo e o controle afetivo – visando a obter uma melhor adaptação ao meio (FIORINI, 1981).

de novos estudos. Porém, deve-se destacar que a execução de escolhas teórico-metodológicas inovadoras em relação às aquelas que foram privilegiadas pelos autores das referências selecionadas na presente revisão da literatura pode ser considerada o melhor caminho para o avanço do conhecimento que atualmente se tem a respeito do assunto em pauta. Assim, torna-se patente a pertinência do futuro emprego de abordagens qualitativas e da adoção de teorias capazes de contemplar os aspectos mais profundos das vivências emocionais apresentadas por essa população antes, durante e após o adoecimento.

Ressalte-se ainda que, devido à hegemonia dos instrumentos psicométricos – e também das teorias de orientação cognitivo-comportamental – no contexto das referências selecionadas, em apenas uma delas (P) se verificou a utilização de técnicas projetivas. Há, conseqüentemente, uma importante lacuna a ser preenchida nesse sentido. Afinal, as técnicas projetivas, por favorecerem a emissão de respostas que criam condições propícias para a exteriorização de conteúdos internos, possibilitam, como enfatiza Güntert (2000), uma investigação detalhada da personalidade. Isso ocorre porque os estímulos veiculados invariavelmente são pouco estruturados, exigindo do examinado um intenso grau de criação e elaboração pessoal.

A exploração de fatores emocionais associados à recidiva do câncer de mama também se destaca como um tema promissor para novos estudos, dado que foi contemplado em apenas duas referências (F e M). Relações entre certas características de personalidade e indicadores prognósticos já foram esboçadas, mas diferenças em termos da estruturação e da dinâmica psíquica entre mulheres que conseguem recobrar a saúde e pacientes que são acometidas novamente pela enfermidade ainda são desconhecidas. A propósito, cumpre assinalar que a descoberta de uma recidiva é um evento dotado de grande poder disruptivo, uma vez que geralmente é interpretada como o fracasso de todas as provações já experimentadas desde o

diagnóstico (SANTOS et al., 2005). São oportunas, portanto, tentativas de identificar preditores desse fenômeno.

3. BASES TEÓRICAS

3.1 Epistemologia da concepção psicossomática

O termo “psicossomática” foi originalmente forjado em 1818 pelo psiquiatra alemão Johann Christian Heinroth (1773-1843) para adjectivar certas doenças orgânicas – dentre as quais se destacavam o câncer, a tuberculose e a epilepsia – em cuja etiologia os fatores psíquicos aparentemente ocupavam papel central (RODRIGUES; RODRIGUES, 1991). Ressalte-se, porém, que o referido autor se identificava com os pressupostos do vitalismo, movimento filosófico que, opondo-se à racionalidade renascentista, postulava que tanto a saúde quanto a doença se encontram associadas à ação de uma “força vital” que transcende as leis da Química e da Física. Nesse sentido, defendia uma visão integrada do ser humano incompatível com qualquer tipo de reducionismo, seja ele de natureza psicológica ou de caráter biológico (VOLICH, 2000).

Contudo, inicialmente as proposições de Heinroth foram condenadas ao ostracismo em função da ascendência que o positivismo exercia sobre a medicina no século XIX. De qualquer maneira, estabeleceram, como apontam Haynal e Pasini (1983), as bases para que pudesse se desenvolver, em um outro momento, uma nova concepção sobre as facetas emocionais das doenças orgânicas. Conseqüentemente, nos dias de hoje o termo “psicossomática” é utilizado não como adjetivo para designar determinadas enfermidades supostamente psicogênicas, mas, sim, como substantivo para nomear uma disciplina científica que, conforme Mello Filho (1994), se apóia na hipótese da existência de uma unidade funcional entre o somático e o psíquico.

Vale ressaltar, entretanto, que, como demonstra Straub (2005), o estudo da história da filosofia e da medicina indica que a existência de relações entre a mente e o corpo já era aceita desde o período clássico. O pensador Hipócrates (460-377 a.C.) pode ser considerado um dos responsáveis pela identificação dessas relações, pois defendia, ainda na Grécia Antiga,

que os sentimentos regulam o organismo (ÁVILA, 1997). Ademais, desenvolveu uma terapêutica naturalista pautada no funcionamento do soma como um todo. Assim sendo, contribuiu de maneira decisiva para a superação das teorias mágico-animistas – inspiradas na demonologia proposta pela escola mesopotâmica – que imperavam na medicina pré-helênica (DE MARCO, 2003).

Hipócrates também inovou ao propor que a saúde é fruto do equilíbrio de quatro fluidos corporais – a bile negra, o sangue, a bile amarela e a pituíta – e de suas interações com elementos cósmicos e estados climáticos. A doença, em contrapartida, deveria ser entendida como o resultado de uma desorganização generalizada influenciada por um “calor inato” que poderia ser potencializado pelas emoções. Sua teoria, portanto, situava o corpo na trama das forças do Universo. Em que pese esse fato, enfatizava, de acordo com Volich (2000), a importância da dimensão histórica do homem e colocava em perspectiva seu passado, seu presente e seu futuro, pois partia do princípio de que uma vida moderada, do ponto de vista físico e mental, seria capaz de prevenir o desenvolvimento de muitas enfermidades.

As proposições hipocráticas, porém, perderam força poucas décadas depois de atingir notoriedade (RODRIGUES; RODRIGUES, 1991). Isso ocorreu por dois motivos básicos. O primeiro deles foi a popularização das idéias de Platão (427-347 a.C.). O referido autor, apoiando-se em Anaxágoras (500-428 a.C.), afirmava que a alma espiritual – uma essência imaterial desvinculada das emoções – comandava o homem e seu corpo. A concepção platônica, assim, era perpassada, em certa medida, por um viés divino que lhe conferia um caráter retrógrado. O segundo motivo foi o gradual ocaso da cultura helênica decorrente da vitória de Esparta na sangrenta Guerra do Peloponeso e do conseqüente declínio de Atenas.

A tese da indissociabilidade entre o físico e o psicológico foi retomada de forma mais consistente somente séculos depois, quando Galeno (131-200 d.C.), considerado o pai da medicina ocidental, identificou uma associação entre a ocorrência de sintomas depressivos e a

eclosão de tumores em mulheres de seu tempo. Influenciado pela seriedade que caracterizava o modelo hipocrático, o referido autor executou inúmeros estudos empíricos e publicou dezenas de obras, contribuindo para o avanço da anatomia e da fisiologia. Paradoxalmente, também auxiliou, como destacam De Marco (2003) e Volich (2000), a retardar a evolução da medicina, pois Galeno, autoritário e categórico, se considerava o responsável pela criação de uma concepção definitiva e inquestionável a respeito do organismo humano.

Durante toda a Idade Média, ou seja, do século V ao século XV, a existência de uma cisão entre a mente e o corpo foi novamente instaurada em função do controle que a Igreja exercia sobre a cultura, a arte e a ciência. As doenças – tanto orgânicas quanto mentais – mais uma vez passaram a ser atribuídas a possessões demoníacas (DEL VOGO, 1998). Somente com o retorno simbólico à idade clássica promovido pelo Renascimento nos séculos XV e XVI a ciência ganhou um novo alento, de modo que, conforme Mello Filho (1994), se criaram as condições propícias para que o físico e matemático italiano Galileu Galilei (1564-1642) criasse o modelo naturalista e posteriormente o astrônomo inglês Isaac Newton (1643-1727) descrevesse as leis que regem os movimentos dos corpos no espaço.

Obviamente a retomada do desenvolvimento ocorrida neste período foi de extrema importância para a humanidade. No entanto, a preocupação com a exatidão matemática que norteava os estudos científicos na época concorreu para a difusão de uma visão materialista do homem. O indivíduo passou então a ser examinado exclusivamente sob a ótica das ciências exatas. Tal movimento levou o filósofo francês René Descartes (1596-1650) a sugerir, no século XVII, uma concepção dualista pautada na proposição de que o indivíduo é formado por duas partes básicas e distintas entre si: mente (parte abstrata) e corpo (parte concreta). A primeira seria uma instância imaterial responsável pelo pensamento, ao passo que a segunda, funcionando como uma máquina que se move por si mesma, poderia ser considerada um autômato puro (VOLICH, 2000).

A medicina ocidental adotou o modelo cartesiano e, por esse motivo, passou a utilizar os princípios da química e da matemática na tentativa de compreensão dos mecanismos que regem o funcionamento do corpo humano (RODRIGUES; RODRIGUES, 1991; ÁVILA, 1997). Além disso, cumpre assinalar que, segundo Del Vogo (1998), tal modelo foi reforçado nos séculos seguintes pelos trabalhos de Louis Pasteur (1822-1895), químico francês que descobriu a vacina anti-rábica e estabeleceu os fundamentos básicos da microbiologia, por um lado, e pelas investigações de Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910), bacteriologista alemão que identificou o bacilo da tuberculose e o vibrião do cólera, por outro lado. Nesse sentido, fomentou os primeiros passos da medicina rumo ao reducionismo biológico que se viu posteriormente.

Todavia, no final do século XIX, o médico austríaco Sigmund Freud (1856-1939) provoca uma mudança de paradigma com a valorização do inconsciente e a fundação de uma nova teoria sobre os processos psíquicos. A partir dos revolucionários estudos sobre a histeria executados com a colaboração do psiquiatra francês Jean Martin Charcot (1825-1893), o até então eminente neurologista propõe que as doenças orgânicas não são decorrentes apenas de agentes biológicos e que o corpo é susceptível também às vicissitudes da mente. Ou seja: aponta, conforme Aisenstein (1994), que a saúde de um indivíduo se encontra intimamente relacionada à sua própria história.

Freud, assim, migra da medicina para a psicologia, movido pela vocação filosófica que, como destacam Laplanche e Pontalis (2000), já era evidente desde sua juventude. Tal vocação, a propósito, possibilita a criação da psicanálise, bem como a superação do reducionismo biológico imposto pelo modelo cartesiano. Deve-se destacar, porém, que não se pode acusar o referido autor de promover um reducionismo psicológico, pois “Freud, o mais empedernido dos materialistas, nunca subscreveria qualquer espécie de autonomia ontológica do psíquico [...]; o que ele propôs foi uma autonomia metodológica do psíquico, que permitiu

abrir mão da referência ao dado orgânico na explicação deste domínio de fatos” (SIMANKE, 2006, p.141).

A preocupação com a questão do corpo foi, portanto, fundamental para o surgimento da psicanálise (CUKIERT, PRISZKULNIK, 2000). No desenvolvimento de sua teoria, contudo, Freud optou – devido a motivos meramente didáticos, segundo Haynal e Pasini (1983) – por dedicar maior atenção à pesquisa das afecções mentais e, conseqüentemente, colocou em segundo plano a investigação dos fatores psíquicos associados à eclosão de doenças orgânicas. Todavia, foi responsável, como será discutido adiante, pela instituição dos pressupostos que serviram de base para que outros autores pudessem, em um segundo momento, retomar a tese hipocrática da unidade funcional entre o biológico e o psicológico (RODRIGUES; RODRIGUES, 1991).

3.2 Fundamentos psicanalíticos da concepção psicossomática

Durante sua passagem por Paris no final do século XIX, Freud verificou nas histéricas do *Hospice de la Salpêtrière* que desejos de natureza sexual recalcados eram inscritos no corpo mediante o emprego inconsciente de um mecanismo psíquico até então desconhecido. Logo, expressões pantomímicas substituíam, de modo distorcido, satisfações pulsionais inaceitáveis à consciência. Por essa razão, Freud afirmou que “... na histeria, a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática. Para isso eu gostaria de propor o nome de conversão” (1894a/1996, p.56). A psicanálise, assim, desvincula as neuroses das doenças orgânicas e confere-lhes um estatuto metapsicológico (SANTOS FILHO, 1994).

Laplanche e Pontalis (2000) salientam que “o termo conversão é, para Freud, correlativo de uma concepção econômica: a libido desligada da representação recalcada é

transformada em energia de inervação. Mas o que especifica os sintomas de conversão é a sua significação simbólica: eles exprimem, pelo corpo, representações recalçadas” (p.103). É preciso salientar, não obstante, que o fenômeno conversivo é o fruto de uma espécie de conluio entre o corpo e o psiquismo, uma vez que “... todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados. Não pode ocorrer sem a presença de uma certa complacência somática¹¹ fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado” (FREUD, 1905a/1996, p.47).

Para Roudinesco (1986), a descrição da conversão postula a existência de um pensamento desvinculado da consciência. Seguindo esse princípio, Alonzo (2003) afirma que a histeria deixa claro que o corpo eventualmente pode sucumbir a uma realidade psíquica que, em contraste com a realidade material, não é pautada pela lógica estabelecida pelo sistema perceptivo-consciente. A propósito, Freud sinaliza isso quando observa que os ataques histéricos “nada mais são do que fantasias inconscientes exteriorizadas por meio da conversão: quando os sintomas são somáticos, com frequência são retirados do círculo das mesmas sensações sexuais e inervações motoras que originalmente acompanhavam as fantasias quando estas ainda eram inconscientes” (1908/1996, p.151).

A fixação a uma escolha objetal primitiva aparenta ser, na maioria dos casos de histeria, a problemática básica à qual o recalçamento se encontra ligado. É possível propor, à luz dessa constatação, que “o dito de Freud no sentido de que o complexo de Édipo é o complexo nuclear das neuroses tem validade particular na histeria” (FENICHEL, 2005, p.217). A relação existente entre a conversão e o conflito edípico, entretanto, não pode ser observada com facilidade à primeira vista. Isso ocorre porque o devaneio histérico produzido pela introversão leva o indivíduo a agir como se a satisfação das pulsões sexuais pudesse ser

¹¹ Conceito introduzido por Freud quando do relato do caso Dora para fazer referência a uma condição que, como salienta Kaltenbeck (1987), inviabiliza a formação de sintomas fóbicos e obsessivos, pois torna o corpo vulnerável ao retorno do recalçado.

obtida sem a presença de nenhum objeto, o que mascara com eficiência as fantasias incestuosas.

Freud afirmou também que “... a paralisia histérica comporta-se como se a anatomia cerebral não existisse. A histeria nada sabe sobre a anatomia cerebral” (1893/1996, p.238). O corpo histérico – acometido por sintomas que apresentam uma relação metafórica com uma representação recalcada e não respeitam a distribuição dos nervos – colocou, portanto, o referido autor no limite de seus conhecimentos neurológicos e o levou a fundar a noção de uma “anatomia imaginária” que subverte a fisiologia (VOLICH, 1998). A teorização freudiana, desse modo, se afasta do positivismo e do materialismo que imperavam no final do século XIX e corajosamente passa a seguir um caminho próprio.

Cumprir assinalar ainda que, no final da primeira década do século XX, Freud torna ainda mais sofisticado seu modelo etiológico das neuroses ao propor que “... existem casos de pura histeria de conversão sem nenhum traço de ansiedade, assim como há casos de simples histeria de angústia que exibem sentimentos de ansiedade e de fobias, mas não têm mistura de conversão” (1909a/1996, p.106). Depois disso, os termos “histeria de conversão” e “histeria de angústia” passaram a ser empregados para fazer referência a duas entidades nosográficas distintas. Na primeira delas, o retorno do recalcado produz sintomas corporais, motores e sensitivos diversos, ao passo que, na segunda, engendra apenas o desenvolvimento de fobias, acometendo, portanto, o aparelho psíquico. Em ambas, contudo, o recalco separa o afeto da representação (FERRAZ, 1997).

A despeito dessa sofisticação teórica, uma outra leitura psicanalítica da corporeidade se impôs com a descrição das chamadas neuroses atuais (VOLICH, 1998). Para Freud, os sintomas físicos da neurose de angústia, da neurastenia e da hipocondria – quadros clínicos que compõem a referida categoria nosográfica – são decorrentes não da conversão, mas, sim, da ação de processos que, prescindindo de mediação psíquica, não podem ser considerados

uma formação de compromisso simbólica. Assim sendo, as referidas condições se opõem, do ponto de vista sintomatológico, não apenas à histeria, mas também às demais psicopatologias – fobias, obsessões e até mesmo psicoses – então chamadas de psiconeuroses (HORN; ALMEIDA, 2003).

Freud esboçou essa oposição ao afirmar, antes mesmo da virada do século XIX, que na neurose de angústia e na neurastenia, “... a fonte de excitação, a causa precipitante do distúrbio, reside no campo somático, e não no psíquico, como ocorre na histeria e na neurose obsessiva” (1895a/1996, p.114). A hipocondria foi incluída na classe das neuroses atuais somente cerca de vinte anos depois, quando, segundo Fernandes (2003), o narcisismo passou a ser considerado uma etapa do desenvolvimento sexual situada entre o auto-erotismo e o amor objetal. Reconhecendo que na hipocondria o ego se apresenta como o objeto da libido, Freud (1911/1996) sugeriu inclusive que o quadro clínico em questão poderia ser entendido como um equivalente somático da paranóia, associado, portanto, a um tipo de atividade representativa filogeneticamente anterior à simbolização.

Ciente da existência de importantes diferenças entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, Freud ousou propor que as primeiras seriam para as segundas como “o grão de areia no centro da pérola”. Horn e Almeida (2003) aprofundam essa idéia afirmando que, na neurose de angústia, na neurastenia e na hipocondria, as condições de formação de objeto não se cumprem, o que produz vazios no psiquismo e oblitera o estabelecimento de vias associativas entre os conteúdos internos. O ego se encontra desprovido dos instrumentos que possibilitam o manejo tanto da realidade material quanto da realidade psíquica, de modo que o sujeito é incapaz de lançar mão do recurso que permite, nas psiconeuroses, a elaboração das tensões: sentir anseio desacompanhado de desespero.

Para Freud, “... os acontecimentos e influências que estão na raiz de toda psiconeurose pertencem não ao momento atual, mas a uma época da vida há muito passada” (1898/1996,

p.255). A origem das neuroses atuais, porém, deve ser procurada nos conflitos – sobretudo de natureza sexual – do presente, já que, segundo o pensamento freudiano, a ausência de descarga da excitação sexual, seu apaziguamento inadequado e seu retorno para o próprio corpo seriam determinantes para o desenvolvimento da neurose de angústia, da neurastenia e da hipocondria, respectivamente (FERRAZ, 1997; FERNANDES, 2003). Partindo desse princípio, conclui-se que há também uma diferença etiológica entre as neuroses atuais e as psiconeuroses.

É preciso reconhecer, todavia, que, conforme Laplanche e Pontalis, nos dias de hoje é consenso que “... seja qual for o valor precipitante dos fatores atuais, encontramos sempre nos sintomas a expressão simbólica de conflitos antigos” (2000, p.300). A propósito, o fato de Freud ter afirmado que as neuroses atuais são decorrentes de problemáticas desvinculadas de experiências infantis provocou o desinteresse de muitos psicanalistas por essa classe nosográfica. Cogitava-se que seus sintomas, sendo reações à estase libidinal desprovidas de valor simbólico, não se encontrariam associados a conteúdos latentes identificáveis com o auxílio da associação livre. Consequentemente, não poderiam ser eliminados por meio da interpretação (VOLICH, 2000).

Todavia, nas últimas décadas, as neuroses atuais passaram a ocupar um lugar de destaque na psicopatologia psicanalítica, pois diversos autores contemporâneos – atentos à ocorrência de sintomas somáticos que não apresentam as distorções características das formações de compromisso simbólicas, mas, de alguma maneira, se encontram relacionados a determinantes emocionais – vêm utilizando o modelo etiológico dessa categoria clínica na investigação psicanalítica das complexas interações que se estabelecem entre a mente e o corpo. Por essa razão, é possível propor que “... a antiga noção de neurose atual leva diretamente às concepções modernas sobre as afecções psicossomáticas” (LAPLANCHE;

PONTALIS, 2000, p.301). A histeria, conseqüentemente, deixou de ser a referência mais relevante nesse sentido.

Esse processo foi possível somente com a relativização do papel da insatisfação das pulsões sexuais – ou melhor, do recalçamento do qual essa insatisfação é subproduto – no acionamento de uma via somática de formação de sintomas. A utilização dos postulados psicanalíticos clássicos em psicossomática envolveu, portanto, sua reformulação parcial. Para Ferraz (1997), porém, o mérito de Freud é inquestionável, uma vez que sua obra fundou uma concepção revolucionária sobre o papel do psiquismo como dimensão constitutiva do processo saúde-doença e evidenciou que disfunções corporais podem ser decorrentes da ação de processos mentais que não são acessíveis à consciência.

A análise pormenorizada dos pressupostos freudianos obviamente se mostra incompatível com as especificidades do presente estudo. Não obstante, considerou-se pertinente – além de delinear os modelos etiológicos da histeria e das neuroses atuais – apresentar algumas considerações gerais sobre a teorização psicanalítica a propósito da estruturação e do funcionamento da personalidade. Afinal, os autores contemporâneos que têm contribuído de forma mais decisiva para o avanço da psicossomática – inclusive aqueles que se distanciam de Freud e se enveredam pela psicofisiologia – empregam tal teorização como um importante ponto de partida e revelam, ainda que veladamente, a influência de conceitos derivados das explorações do inconsciente.

É notório que Freud propôs duas teorias de personalidade distintas. A primeira delas, apresentada no final do século XIX, ficou conhecida como “primeira tópica” e se caracterizava basicamente pela diferenciação da personalidade em três sistemas diferentes: o inconsciente, o pré-consciente e a consciência. O inconsciente seria constituído majoritariamente por conteúdos recalçados que, investidos de energia pulsional, lutam para retornar à consciência sem interdições. Já o pré-consciente se encontra separado do

inconsciente pela censura, de modo que seus conteúdos podem ter acesso à consciência depois de passar por um movimento de descarga controlado. A consciência, por sua vez, não registra nenhum traço durável das excitações, pois recebe tanto as informações externas quanto os estímulos internos (FREUD, 1915a/1996).

Freud afirmou, quando da formulação da primeira tópica, que “o que nos é apresentado com essas palavras é a idéia de uma localização psíquica. Desprezarei por completo o fato de que o aparelho anímico em que estamos aqui interessados é-nos também conhecido sob a forma de uma preparação anatômica, e evitarei cuidadosamente a tentação de determinar essa localização psíquica como se fosse anatômica” (1900/1996, p.567). Todavia, Laplanche e Pontalis (2000) salientam que a referência fisiológica não se encontra totalmente ausente na primeira tópica. Provavelmente isso ocorreu porque, na segunda metade do século XIX, predominava a tese que estabelecia a existência de suportes neurológicos para funções mentais especializadas (ROUDINESCO, 1986).

A influência dessa tese foi minimizada cerca de vinte anos depois, com o advento da chamada “segunda tópica”, teoria que preconiza a subdivisão da personalidade em outras três instâncias: o id, o ego e o superego (FREUD, 1923/1996). O id se afigura como o pólo pulsional da personalidade, já que representa o reservatório de energia psíquica que abastece o ego. Por esse motivo, não conhece julgamento de valores e não se deixa governar pelas leis lógicas do pensamento que atuam nas demais instâncias psíquicas. Vale destacar ainda que o id se compõe essencialmente de conteúdos inconscientes. Parte de tais conteúdos é uma espécie de herança do passado orgânico do sujeito, visto que tem um caráter inato. Já a outra parte é adquirida como resultado do processo de recalçamento (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

O ego, por sua vez, pode ser considerado tanto um aparelho adaptativo quanto uma instância resultante de identificações que tomam o lugar de energias psíquicas abandonadas

pelo id. Sua autonomia em relação aos demais sistemas psíquicos é relativa, pois atua como intermediário entre as reivindicações do id, as limitações do mundo externo e os imperativos do superego. Ademais, o ego constitui o pólo defensivo da personalidade, lançando mão – geralmente inconscientemente – de diversos mecanismos de defesa para se proteger de afetos desagradáveis. Ou seja: embora determinado pela própria experiência do indivíduo, não se encontra, em última análise, totalmente diferenciado do id (FREUD, 1917a/1996).

Já o superego representa a internalização dos valores morais e das interdições parentais, posto que tem como funções a consciência moral, a auto-observação e a formação de ideais (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000). Logo, desempenha o papel de “mundo externo” para o ego, impondo restrições e limitações. Cumpre assinalar que o superego se afigura como uma parte diferenciada do ego, resultante da superação do complexo de Édipo, e assume não apenas a função controladora da instância parental, mas também seus métodos e procedimentos proibitivos e punitivos, pois procura observar, dirigir e ameaçar o ego. Portanto, herda apenas a severidade dos pais, por mais que o indivíduo tenha sido educado de forma branda e flexível quando criança (FREUD, 1923/1996).

Para Laplanche e Pontalis (2000), a segunda tópica foi formulada em virtude das descobertas freudianas sobre o papel das defesas inconscientes na manutenção do aparelho mental. Nesse sentido, se distancia do modelo anátomo-fisiológico que inspirou a noção dos “lugares psíquicos” proposta pela primeira tópica. Além disso, revela influências diretas do antropomorfismo, pois o id, o ego e o superego são concebidos como “pessoas” relativamente autônomas que habitam o indivíduo. É possível cogitar que essas inovações introduzidas pela segunda tópica foram determinantes para sua aceitação e, conseqüentemente, para a proscrição da primeira tópica. Cumpre assinalar, porém, que Freud nunca se furtou à tentativa de conciliar suas duas teorizações.

Ao propor a segunda tópica, Freud afirma ainda que “... o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Desse modo, pode ser encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de [...] representar a superfície do próprio aparelho mental” (1923/1996, p.38). O referido autor, portanto, sustenta que o ego é, antes de mais nada, corporal. Seguindo esse raciocínio, conclui-se, como salienta Santos (1996), que o corpo é a realidade mais pessoal, aquilo que há de mais individual em cada ser humano. Torna-se inquestionável, assim, a importância do papel desempenhado pelo corpo na gênese dos processos mentais.

Embora extremamente pontuais, as considerações ora apresentadas acerca do modelo freudiano de personalidade ilustram que o mesmo, sobretudo na segunda tópica, concentra todos os componentes que, de acordo com Lazarus e Monat (1984), são importantes para a estruturação de um sujeito, a saber: as forças motivacionais, as propriedades adaptativas e os valores morais internalizados. Evidencia-se, assim, a sofisticação dessa teorização. Ao mesmo tempo, tais considerações fornecem os elementos necessários para que se possa compreender uma das principais referências dos autores contemporâneos que, inspirados, em maior ou menor grau, nos pressupostos psicanalíticos, oferecem novas contribuições à concepção psicossomática.

3.3 Perspectivas pós-freudianas da concepção psicossomática

Os pioneiros na utilização dos princípios freudianos na tentativa de identificação dos determinantes emocionais das doenças orgânicas foram o húngaro Sándor Ferenczi (1873-1933) e o alemão Georg Groddeck (1866-1934). No entanto, ambos se apropriaram indevidamente do modelo psicanalítico da etiologia da histeria, posto que, como salienta Del Vogo (1998), procuravam, cada um a seu modo, analisar os mais diversificados sintomas físicos como o produto da ação de mecanismos puramente mentais. Dessa maneira, forjaram

hipóteses extremistas que conduziram a um reducionismo do complexo “salto do psíquico para o somático”, relacionando-o, invariavelmente, à existência de uma espécie de dialeto biológico dotado de significado inconsciente.

Um novo movimento psicossomático inspirado no pensamento freudiano começou a surgir a partir de 1930 com Franz Alexander (1891-1964), psicanalista húngaro radicado nos Estados Unidos da América (SANTOS FILHO, 1993). Afirmando que certos conflitos psíquicos provocam disfunções do sistema nervoso autônomo capazes de desencadear alterações nos músculos lisos e produzir secreções glandulares desordenadas, Alexander (1989) defendia que muitas doenças orgânicas – tais como a artrite reumatóide, a asma brônquica e a hipertensão arterial essencial – poderiam ser entendidas basicamente como respostas fisiológicas exacerbadas decorrentes de estados de tensão emocional crônica motivados por processos mentais desprovidos de significado simbólico.

Em contrapartida, a conversão, a despeito de ocorrer inconscientemente, seria um fenômeno semelhante à inervação expressiva por situar-se no contexto dos sistemas neuromuscular ou perceptivo-motor como efeito de emoções ocasionais que demandam descarga. Ou seja: para Alexander (1989), o processo que conduz a uma somatização difere totalmente do ponto de vista fisiológico daquele que leva à eclosão de um sintoma histérico, já que é, em última análise, uma resposta vegetativa e, como tal, não deve ser considerado uma criação individual. Não obstante, é preciso ressaltar que, de acordo com o referido autor, essa resposta varia em função do estímulo psíquico que a motivou, o que permite postular a existência de uma especificidade emocional dos distúrbios somáticos (PERES; SANTOS, 2006b).

Alexander indubitavelmente possibilitou a identificação de importantes fatores psicodinâmicos associados ao adoecimento, contribuindo para o avanço do modelo psicossomático de inspiração psicanalítica. Porém, suas proposições foram questionadas nas décadas seguintes por autores que acreditavam que as mesmas eram influenciadas

demasiadamente pela fisiologia e se apoiavam em uma visão dualista do homem. Endossando esses questionamentos, diversos psicanalistas franceses se organizaram com o intuito de delinear uma nova via de formação das manifestações corporais do sofrimento emocional. Liderados por Pierre Marty (1918-1993), entendiam que pacientes somáticos¹² se caracterizam por um modo de funcionamento psíquico distinto daquele apresentado por neuróticos e psicóticos e postulavam que as doenças orgânicas devem ser analisadas a partir de uma perspectiva de continuidade evolutiva e funcional entre o corpo anatômico e o corpo erógeno (VIEIRA, 1997).

Visando a defender tais proposições, Marty apresentou – em co-autoria com Michel de M'Uzan, um de seus principais interlocutores – uma comunicação científica durante o XXII Congresso de Psicanalistas de Língua Romana, realizado em 1962 na Espanha. Quando da referida apresentação, um novo conceito – “pensamento operatório” – foi introduzido para fazer referência ao funcionamento mental característico de pacientes somáticos. Anos depois, Marty publicou, com a colaboração dos psicanalistas Christian David e Michel Fain, uma obra na qual apresenta de forma pormenorizada sua concepção psicossomática. Criou-se, assim, uma nova corrente teórica voltada à compreensão das interações mente-corpo: a chamada Escola Psicossomática de Paris. Na década, seguinte Marty e seus colaboradores fundaram o *Institut de Psychosomatique de Paris* (IPSO) visando a oferecer aos profissionais e pesquisadores interessados uma formação teórica sistemática em psicossomática.

O modelo formulado por Marty e seus colaboradores é apontado pela literatura científica especializada como uma das vertentes psicossomáticas mais consistentes, pois possibilita o esclarecimento de alguns dos complexos processos subjacentes à interação mente-corpo (FERRAZ, 1997; HORN; ALMEIDA, 2003; PERES; SANTOS, 2006b;

¹² Esse termo será utilizado ao longo do presente estudo, tal como propõe Santos Filho (1994), para fazer referência aos portadores de doenças orgânicas – sobretudo, mas não somente crônicas não-transmissíveis – para as quais se admite uma relação com aspectos emocionais íntima a ponto de possibilitar o acesso a sua essência estruturante.

SANTOS FILHO, 1994; SILVA; CALDEIRA, 1993; SMADJA, 1995). Faz-se necessário salientar, contudo, que a psicossomática psicanalítica não se reduz a esse modelo. Nas décadas de 70, 80 e 90 uma série de autores se empenhou em repensar o papel do psíquico como dimensão constitutiva do processo saúde-doença. Parte deles, inclusive, se enveredou por percursos teóricos distintos, em maior ou menor grau, daqueles preconizados por Marty.

Joyce McDougall, neo-zelandesa radicada na França, indubitavelmente pode ser considerada um dos principais nomes da psicossomática psicanalítica nos dias de hoje (PERES, 2005). Capaz de se manter alheia a sectarismos e transitar por diversas escolas teóricas, não hesita, como aponta Menahem (2001), em buscar respostas para seus questionamentos junto a autores que adotam teses paradoxais, tais como Melanie Klein (1882-1960), Wilfred R. Bion (1897-1979) e Piera Aulagnier (1923-1991). Além disso, se preocupa em problematizar suas próprias idéias quando se depara com os impasses inerentes à prática clínica, permitindo-se trazer à luz novas hipóteses sobre as facetas psíquicas das doenças orgânicas (CECCARELLI, 1997; MONTAGNA, 1988).

Tendo em vista que Marty e McDougall se afiguram indubitavelmente como dois dos mais relevantes expoentes da psicossomática psicanalítica, optou-se por articular as contribuições dos referidos autores com o intuito de viabilizar, à luz da abordagem teórica em questão, a compreensão da personalidade das participantes do presente estudo. Ressalte-se, porém, que, a despeito de bastante difundidas na atualidade, as obras de Marty e McDougall acrescentam conceitos ao vocabulário psicanalítico tradicional – tais como “pensamento operatório”, “depressão essencial”, “mentalização”, “desorganização progressiva”, “desafetação”, “normopatia” e “psicose atual” – que ainda são relativamente pouco conhecidos. Desse modo, nos próximos tópicos serão alinhavadas algumas considerações acerca de tais conceitos.

3.4 Conceitos centrais em psicossomática psicanalítica

3.4.1 Pensamento operatório

Levando em consideração os achados oriundos de seus trabalhos clínicos, Marty e M'Uzan (1962/1994) propuseram que usualmente pacientes somáticos apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estreitamente vinculados à materialidade dos fatos. Desse modo, sugeriram que os sujeitos em questão se caracterizam por um comprometimento da capacidade de simbolização, o qual tende a se desdobrar em um marcante apagamento de toda expressividade de ordem mental e denota, em última análise, a existência de uma carência funcional do psiquismo (HORN; ALMEIDA, 2003; SILVA; CALDEIRA, 1993).

Nessas condições, “comportamentos de início ligados aos instintos e às pulsões, tais como a alimentação, o sono, as atividades sexuais e agressivas, permanecem reduzidos ao estado de funcionamentos automáticos” (MARTY, 1993, p. 18). A necessidade ocupa, então, o lugar do desejo, tornando patente um considerável déficit da atividade fantasmática. Logo, muitas vezes se mostra inadequado comparar, em contraste com o que preconiza o senso comum, a somatização à dramatização masoquista, já que a primeira revela uma restrição qualitativa das fantasias inconscientes, ao passo que a segunda atesta – ainda que patologicamente – justamente o contrário.

Contudo, Marty (1993) sustenta que a dinâmica afetiva de pacientes somáticos indica a existência de uma importante diferenciação entre o ego e o id e, assim, aparenta, à primeira vista, ser regida exclusivamente pelo processo secundário. Porém, os mesmos dificilmente estabelecem conexões consistentes com conteúdos emocionais, evidenciando a ocorrência de investimentos libidinais arcaicos, semelhantes àqueles executados quando o aparelho mental opera sob a égide do processo primário. Como consequência, a energia psíquica se encontra

livre e fomenta a utilização compulsiva dos caminhos mais rápidos e diretos de escoamento das tensões.

Possivelmente por esse motivo uma veemente propensão à ação em detrimento da simbolização se destaca, de acordo com Marty e M'Uzan (1962/1994), como outra característica comum em pacientes somáticos. Condutas pouco elaboradas do ponto de vista psíquico são, então, adotadas de forma recorrente, sugerindo que o inconsciente não consegue se comunicar adequadamente mediante o emprego de representações e tende a encontrar no comportamento sua única possibilidade de expressão. Pode-se supor, diante do exposto, que a restrição fantasmática faz do aparelho sensório-motor uma via privilegiada de exteriorização das demandas pulsionais (MARTY, 1993).

Tal hipótese adquire ainda mais consistência partindo-se do princípio de que as palavras, nessas condições, freqüentemente se encontram desvinculadas de elementos simbólicos e remetem ao concreto e factual. O indivíduo, assim, somente consegue se projetar no futuro ou voltar ao passado transformando-os em corruptelas do presente. Seu discurso, linear, opaco e árido, não ultrapassa a abstração e conduz a um pensamento que se situa em um campo temporal limitado, de maneira que oblitera a metaforização e enseja a desertificação da vida imaginativa, tornando-o um prisioneiro da atualidade (MARTY; M'UZAN, 1962/1994).

As palavras, todavia, são empregadas por pacientes somáticos como um instrumento de descarga das tensões relativamente eficaz. Por esse motivo, a despeito de não serem sobreinvestidas e tampouco sobredeterminadas, podem se mostrar funcionais para a manutenção do equilíbrio do aparelho psíquico. Isso sugere que os mesmos não se encontram totalmente desligados do próprio inconsciente. Na realidade, contatos são mantidos com os conteúdos situados para além da consciência com regularidade (PERES, 2006; VIEIRA,

1997). Tais contatos, porém, são qualitativamente inapropriados e não subsidiam o desenvolvimento de elaborações integradoras da vida pulsional.

Marty (1998) salienta também que pacientes somáticos geralmente estabelecem vínculos afetivos pouco significativos e sustentam relacionamentos superficiais. Contudo, em contraste com o que se observa nos casos de neurose obsessiva, essa tendência não se deve à manipulação do material psíquico, já que, como apontado anteriormente, uma importante restrição da capacidade de simbolização os acomete. A propensão ao distanciamento e à manutenção de “relações brancas”, portanto, se encontra associada às identificações esquemáticas que amiúde são estabelecidas pelos indivíduos em pauta devido à escassez de seus investimentos libidinais.

Tendo em vista o que precede, Marty e M’Uzan (1962/1994) propuseram que pacientes somáticos comumente apresentam um funcionamento psíquico que se situa entre as neuroses e as psicoses. No início da década de 60, os autores em questão cunharam o termo “pensamento operatório” para lhe fazer referência. Mas, ao contrário do que seria possível pensar a princípio, esse termo não remete apenas a uma modalidade de pensamento, e, sim, a um tipo de dinâmica mental. As expressões “funcionamento operatório” e “vida operatória”, assim, usualmente são empregadas na literatura científica em substituição ao conceito original (PERES; SANTOS, 2006b).

Marty destaca que o desenvolvimento de suas idéias parte do princípio de que “... as atividades fantasmática e onírica permitem integrar as tensões pulsionais e protegem a saúde física” (1993, p.17). Ou seja: viabilizam o escoamento das excitações e subsidiam a formação de sintomas – geralmente mentais, mas ocasionalmente físicos – reversíveis. Nesse sentido, tem como base os pressupostos metapsicológicos clássicos. Ressalte-se, entretanto, que a descrição do pensamento operatório coloca em xeque a suposta capacidade ilimitada de elaboração psíquica da qual, segundo Freud (1914/1996), o homem pode se beneficiar à custa

do processo de reprodução inconsciente de experiências penosas desencadeado pela compulsão à repetição¹³.

O rearranjo dos elementos funcionais existentes no pré-consciente é, segundo Marty e Loriod (2001), particularmente custoso na vida operatória. Sendo esse rearranjo uma condição indispensável para a execução dos movimentos psíquicos de organização evolutiva que se fazem necessários ao longo da vida, a substituição da simbolização pela reação biológica deixa de ser – principalmente em circunstâncias estressoras – uma prática esporádica e reestruturante, transformando-se em uma ação recorrente e destrutiva. O pensamento operatório, conseqüentemente, não deve ser entendido como um mero desdobramento do impacto causado pela ocorrência de uma somatização. Trata-se, em última instância, de um fator associado ao adoecimento (FERRAZ, 1997).

Entretanto, os comportamentos podem, como originalmente propôs Freud (1913a/1996), substituir a linguagem e o pensamento, promovendo de forma relativamente satisfatória a descarga das tensões. Por essa razão, não raro os indivíduos operatórios conseguem, graças à orientação para a ação que apresentam, se proteger da eclosão de afecções orgânicas. Ademais, muitos pacientes somáticos não demonstram qualquer indício de funcionamento operatório. Isso acontece porque o adoecimento, como não se pode perder de vista, é um processo complexo, cujo curso, determinado pela interação de diversos fatores, é irreduzível a um único padrão.

É preciso reconhecer, por fim, que a etiologia do pensamento operatório não é totalmente compreendida. O que se postula é que esse modo de funcionamento psíquico se encontra intimamente relacionado a desarmonias afetivas ocorridas na primeira infância em virtude do desempenho inapropriado – excessivo ou insuficiente – da função materna

¹³ Freud (1920/1996), porém, salientou que a compulsão à repetição tem um papel central na etiologia da neurose traumática, reconhecendo que o mecanismo psíquico em questão pode, em certas circunstâncias, ser patogênico.

(MARTY, 1998). Nesse sentido, pode-se propor que, na maior parte dos casos, indivíduos operatórios foram educados por mães autoritárias, deprimidas, negligentes, superprotetoras ou que, devido a qualquer outro motivo, não se mostraram capazes de defender seus filhos das tensões que os acometeram no início da vida.

3.4.2 Depressão essencial

A partir da prática psicoterapêutica desenvolvida com pacientes operatórios, Marty, M'Uzan e David (1963) notaram que freqüentemente os sujeitos em questão apresentam sintomas depressivos importantes, sobretudo nas ocasiões em que suas funções psíquicas são desorganizadas em função do impacto causado por um afluxo contínuo de excitações ou pela ocorrência de um evento traumático. Geralmente, contudo, os referidos sintomas compõem quadros clínicos que apresentam certas particularidades, o que justifica diferenciá-los daqueles que são observados nas depressões neuróticas e psicóticas.

Sabe-se que a depressão tem etiologia multifatorial. Aos determinantes exógenos, porém, tradicionalmente se atribui – ainda que à revelia dos organicistas – um papel mais relevante. Até mesmo a literatura psiquiátrica reconhece que a maioria dos casos é desencadeada por circunstâncias adversas, perdas, separações, conflitos ou frustrações (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). O depressivo é capaz de identificar, por si só, os fatores associados ao desenvolvimento de seus sintomas, ou, na pior das hipóteses, de fornecer ao profissional de saúde mental os elementos necessários para tanto. Pacientes operatórios se mostram, segundo Marty (1993), desprovidos dessa capacidade em virtude do déficit fantasmático que os caracteriza. Sua condição clínica, portanto, parece não estar diretamente relacionada a nenhum objeto em particular.

De acordo com Marty (1998), a depressão na vida operatória não desperta idéias de culpabilidade. Associadas a sentimentos de inadequação e inferioridade, essas idéias contribuem para a composição do quadro clínico das depressões mais típicas, já que conferem ao sujeito um tom afetivo de tristeza e o mergulham em um sombrio estado de ânimo (BLEICHMAR, 1987). Delineia-se, assim, mais uma particularidade dos sintomas depressivos em indivíduos operatórios. Todavia, é preciso salientar que a diminuição da energia, a perda dos interesses habituais e a redução da capacidade de experimentar prazer se fazem presentes nessa condição, o que sugere a existência de uma importante ferida narcísica (MARTY; M'UZAN; DAVID, 1963).

Como destacado anteriormente, a precariedade do trabalho mental na vida operatória tende a obliterar a formação de sintomas mentais, deixando, assim, o indivíduo mais vulnerável à eclosão de doenças físicas. Essa tendência se torna ainda mais acentuada quando o mesmo se encontra em estado depressivo. Marty, inclusive, afirma que, em sujeitos operatórios, "... a ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera somática" (1993, p.18). Obviamente, ressalte-se, os sintomas físicos e psíquicos coexistem. Os primeiros, entretanto, se mostram mais evidentes do que os segundos, em contraste com o que ocorre nas depressões neuróticas e psicóticas.

Torna-se patente, diante do exposto, que a depressão que acomete indivíduos operatórios difere, ao menos em três aspectos, de outras modalidades mais usuais de depressão. Por essa razão, Marty cunhou em 1966 o termo "depressão essencial" para fazer-lhe referência. Parece adequado propor que sua sintomatologia se define pela falta, já que a inexpressividade de introjeções, projeções, identificações, deslocamentos e condensações atesta um apagamento da dinâmica mental. O rebaixamento depressivo do tônus vital ocorre, assim, sem qualquer contrapartida psíquica. Justamente em função disso, na depressão

essencial não se encontra “a relação libidinal regressiva e ruidosa das outras formas de depressão” (MARTY, 1993, p.19).

Apoiando-se nas proposições da remodelação da teoria freudiana da angústia, Marty (1993) sugere que é possível cogitar que, diante de tensões que fogem ao controle do portador de traços operatórios, o aparelho psíquico produz apenas angústias automáticas, e não sinais de angústia. Afinal, as primeiras são, em conformidade com as referidas proposições, experimentadas passivamente pelo ego como a expressão de descargas vegetativas de emergência, ao passo que as segundas remetem o indivíduo a uma situação anterior de excitação devidamente controlada quando da experiência original, produzindo uma espécie de contracatexia e indicando para o ego a necessidade de se fazer valer de um movimento protetor (FREUD, 1926/1996).

Ou seja: o ego, deparando-se somente com angústias automáticas, não se mobiliza para lançar mão de operações defensivas capazes de atenuar o impacto das tensões. Um estado arcaico de desamparo então se reproduz, impedindo a execução dos investimentos libidinais pertinentes. Inicia-se, assim, um processo de desestruturação psíquica que, como destaca Debray (1995), não raro rebaixa o tônus vital de forma acentuada e culmina com a eclosão de sintomas depressivos. Ou seja: a depressão essencial pode ser considerada, em última análise, um subproduto da precariedade funcional do aparelho psíquico que caracteriza os pacientes operatórios (MARTY; LORIOD, 2001).

Vale destacar também que a intensidade dos comprometimentos orgânicos habitualmente produzidos pela depressão essencial se encontra intimamente relacionada à duração da mesma. Uma depressão essencial breve usualmente desencadeia patologias reversíveis ou crises de doenças crônicas que não colocam em risco a sobrevivência do sujeito. Porém, quando se estende por um longo período de tempo, a depressão essencial amiúde gera como subproduto afecções graves e evolutivas. Por essa razão, Marty sustenta

que “... o tempo passado na depressão essencial é cada vez mais nefasto ao sujeito” (1993, p.19).

Por fim, cumpre assinalar que, desde os primórdios da teorização psicanalítica, o marcante empobrecimento pulsional e, conseqüentemente, a acentuada redução dos investimentos libidinais que se observam na melancolia são atribuídos à existência de uma espécie de “buraco” na esfera psíquica (FREUD, 1895b). Nos quadros melancólicos, o aparelho mental é acometido, conforme os termos freudianos, por uma “hemorragia interna” que o priva de uma parcela significativa de representações, engendrando, assim, a eclosão de um desânimo penoso. Do ponto de vista econômico, portanto, a depressão essencial remete à melancolia.

Não obstante, nos quadros melancólicos o referido “buraco” na esfera psíquica se situa mais especificamente nas malhas do ego, uma vez que, como observa Fenichel (2005), tal instância – sobretudo se fragilizada em virtude do impacto causado por alguma perda importante – sucumbe ao sadismo superegótico, o que explica os martirizantes sentimentos de culpa que o indivíduo apresenta. Já na depressão essencial, a estrutura inoperante é outra. Marty deixa isso claro ao afirmar que, do ponto de vista tópico, “... é no nível do pré-consciente, no apagamento das funções habitualmente ativas, que se contatam sobretudo os danos” (1993, p.19).

Para viabilizar um melhor entendimento dessa afirmação, vale salientar que desde a formulação da primeira tópica freudiana o pré-consciente é considerado não apenas a sede das representações, mas também o espaço onde se desenvolvem as associações entre elas. Logo, a insuficiência – seja quantitativa ou qualitativa – de representações no aparelho psíquico constitui uma evidência de que a organização do pré-consciente é marcada por lacunas. Tais lacunas fazem com que, sob a influência negativa da depressão essencial, o desinvestimento

libidinal seja levado ao extremo, independentemente, muitas vezes, da existência de sofrimento desencadeado por qualquer luto.

3.4.3 Mentalização

O termo “mentalização” foi forjado por Marty durante a década de 1970 para fazer referência ao conjunto de representações inscritas no psiquismo. Em seu clássico estudo sobre as afasias, Freud (1891/1996) afirma que as representações têm como conteúdo básico traços mnésicos decorrentes de percepções precipitadas pelas experiências do sujeito. Os traços mnésicos, porém, invariavelmente são objeto de investimentos libidinais. Por essa razão, correspondem a um simulacro complexo, e não a um simples retrato da realidade. As representações, assim, podem ser definidas, desde os primórdios da psicanálise, como produções mentais que correspondem, com certas deformações, a um objeto¹⁴ ausente, tornando-o, assim, subjetivamente mais uma vez presente.

As representações são fundamentais para o funcionamento do psiquismo, já que “...constituem a base da vida mental de cada um de nós. Habitualmente, durante o dia, por exemplo, fornecem o que chamamos de fantasias. À noite, fornecem os elementos dos sonhos” (MARTY, 1998, p.11). Todavia, é preciso destacar que, para que isso ocorra de fato, ligações longitudinais e transversais devem ser estabelecidas entre as representações, formando cadeias associativas capazes de estabelecer um diálogo entre aquisições mentais decorrentes de diferentes etapas do desenvolvimento. Na normalidade, esse trabalho psíquico é contínuo. Na vida operatória, entretanto, é fragmentado e inconsistente (SMADJA, 1995).

Marty (1993) afirma que a suficiência e a disponibilidade das representações do indivíduo são determinantes para a adequação de suas mentalizações. As representações, por

¹⁴ A palavra “objeto” é tomada nesse contexto em seu sentido psicanalítico mais amplo como aquilo em que e por que as pulsões procuram atingir suas metas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

seu turno, podem variar quantitativa e qualitativamente de acordo com o funcionamento orgânico ou mental. Quando as representações se mostram constantemente escassas ou inacessíveis, pode-se presumir a existência de dois tipos de problema: um comprometimento – decorrente de deficiências sensoriais – de suas bases perceptivas ou um déficit do potencial associativo – resultante de limitações emocionais provocadas, na maioria dos casos, por desarmonias afetivas na primeira infância – do sujeito.

Como exposto anteriormente, Marty (1998), utilizando-se dos conceitos propostos na primeira tópica freudiana, sugere que as representações se associam umas às outras no pré-consciente. Conclui-se, então, que, do ponto de vista descritivo, as representações de um sujeito podem ser consideradas inconscientes, uma vez que, em última análise, o material pré-consciente não se encontra no plano da consciência. Ao contrário do conteúdo inconsciente propriamente dito, contudo, o material pré-consciente possui, do ponto de vista tópico, uma íntima relação com a consciência, dado que, como salienta Fenichel (2005), é capaz, com certa facilidade, de tornar-se consciente sem grandes deformações.

Além disso, Marty (1993) adota a distinção metapsicológica proposta por Freud entre as representações de coisas e as representações de palavras. As primeiras possuem origem essencialmente visual, pois são o resultado do investimento de imagens mnésicas de coisas ou de traços mnésicos derivados das mesmas. Já as segundas se encontram originalmente vinculadas a conteúdos verbais e decorrem majoritariamente de estímulos acústicos. Se isoladas, as representações de coisas possuem um caráter inconsciente. Somente podem atingir o “índice de qualidade” da consciência as representações de coisas que se associam às representações de palavras (FREUD, 1915a/1996).

Há, portanto, uma certa primazia das representações de palavras em relação às representações de coisas. Todavia, Marty afirma que “... quando de eventuais desorganizações do pré-consciente, as representações de palavras podem, de maneira patológica, reduzir-se às

representações de coisas” (1998, p.17). Esse fenômeno ocorre sobretudo nas circunstâncias em que as representações de palavras derivam de traços mnésicos que se assemelham demasiadamente à realidade e reproduzem diretamente as percepções. Presos às suas origens sensoriais, os referidos traços não formam signos, mas, sim, “impressões fracas” que não subsidiam cadeias associativas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

Levando em conta as variações qualitativas e quantitativas das representações, Marty (1993) aponta a existência de dois tipos básicos de mentalizações. Constituídas de representações variadas e enriquecidas por conteúdos afetivos, as boas mentalizações viabilizam a adequada descarga das excitações às quais o indivíduo é submetido ao longo da vida. As más mentalizações, em contrapartida, tornam o aparelho psíquico incapaz de elaborar apropriadamente as tensões que o acometem e engendram uma acentuada tendência à somatização, visto que são decorrentes de representações insuficientes, esquemáticas e superficiais.

Seguindo esse raciocínio, conclui-se que indivíduos mal mentalizados são particularmente propensos a doenças físicas. Marty deixa isso claro ao afirmar que “quanto menos o pré-consciente se mostrar rico de representações e de ligações [...] , mais a patologia eventual correrá o risco de se situar na vertente somática” (1993, p.28). Mas faz-se necessário destacar que, quando se encontra emocionalmente sobrecarregado, um sujeito dotado de boas mentalizações também pode somatizar. Nesses casos, entretanto, usualmente os sintomas orgânicos são localizados e não-evolutivos, de modo que não colocam em risco a sobrevivência do mesmo.

Reconhecendo a existência de boas e de más mentalizações, Marty (1993) julgou necessário acrescentar novas entidades nosográficas àquelas postuladas pela psicopatologia psicanalítica tradicional e, assim, propôs que as neuroses podem ser divididas em quatro

subcategorias básicas¹⁵: neurose de comportamento, neurose mal mentalizada, neurose de mentalização incerta e neurose bem mentalizada. A descrição dessas entidades nosográficas, contudo, não deve ser entendida como uma ruptura, mas, sim, como um desenvolvimento da teorização freudiana. Desse modo, não condena ao esquecimento os quadros neuróticos clássicos (PERES, 2006).

Feito esse esclarecimento, é pertinente caracterizar cada uma dessas novas entidades nosográficas. A neurose de comportamento pode ser considerada, segundo Marty (1998), o produto final da existência de uma grande quantidade de representações de coisas e de um reduzido número de representações de palavras no aparelho psíquico e da ocorrência de associações escassas entre as mesmas. Usualmente um neurótico de comportamento possui uma emotividade primária e uma capacidade de simbolização restrita e, como consequência, tende a utilizar a ação como principal via de expressão dos movimentos inconscientes.

A neurose mal mentalizada também sugere uma considerável precariedade funcional do aparelho psíquico. Porém, ao contrário dos neuróticos de comportamento, os neuróticos mal mentalizados são dotados de representações quantitativa e qualitativamente mais adequadas. Justamente por esse motivo, mostram-se aptos, na maioria dos casos, a desenvolver atividades sublimatórias com certa eficiência, apresentando, assim, uma capacidade adaptativa considerável. Vale destacar, contudo, que os neuróticos mal mentalizados dificilmente encontram na linguagem um equivalente do ato (VIEIRA, 1997).

Já a neurose bem mentalizada encontra-se intimamente relacionada à existência de representações de coisas e de palavras enriquecidas por conteúdos simbólicos. Tais representações relacionam-se umas com as outras, conferindo à vida psíquica grande complexidade. Os neuróticos bem mentalizados tendem, portanto, a elaborar psiquicamente

¹⁵ Ao longo das décadas de 70 e 80 Marty defendeu a existência de outros tipos de neurose. No entanto, em suas últimas obras, publicadas nos anos 90, há referência apenas às entidades nosográficas em questão.

de forma satisfatória as tensões às quais são submetidos. A despeito disso, possuem um funcionamento defensivo irregular, o que contribui para o desenvolvimento de uma sintomatologia polimorfa. Nesse aspecto, diferenciam-se dos neuróticos típicos, cujo quadro clínico em geral é mais organizado.

A neurose de mentalização incerta, por fim, é considerada uma modalidade intermediária de neurose. Os indivíduos que apresentam um funcionamento psíquico compreensível à luz desse tipo de psicopatologia veiculam com certa frequência representações altamente associativas. Em contrapartida, parecem, em certas situações, possuir um pré-consciente pouco desenvolvido, pois ocasionalmente seus pensamentos se limitam a conteúdos concretos. É possível propor, portanto, que os neuróticos de mentalização incerta ora se assemelham aos neuróticos mal mentalizados e ora podem ser comparados aos neuróticos bem mentalizados (MARTY, 1998).

Como salientado anteriormente, a descrição do pensamento operatório parte do pressuposto de que o trabalho psíquico é a mais efetiva defesa do organismo frente às tensões. Torna-se patente, assim, que as limitações patognomônicas das entidades nosográficas em questão tendem a influenciar o funcionamento somático. Para Marty, isso ocorre, teoricamente, da seguinte maneira: “as neuroses bem mentalizadas abririam regularmente espaço para doenças reversíveis; as neuroses mal mentalizadas e as neuroses de comportamento, para doenças evolutivas; as neuroses de mentalização incerta, para doenças reversíveis na maioria dos casos, para doenças evolutivas nos casos de desorganizações psíquicas e de repressões maciças e duráveis das representações” (1993, p.31).

Contudo, diversos autores – tais como Debray (1995), Ferraz (1997), Volich (1998) e Vieira (1997) – salientam que não se pode perder de vista que, segundo a teorização de Marty, a atividade mental é pautada pelo princípio da irregularidade. Tal princípio estabelece que a dinâmica psíquica jamais segue um padrão constante, já que pode ser alterada em virtude da

ação de uma vasta gama de fatores. A relativização das referidas hipóteses acerca do papel das mentalizações nos processos somáticos se torna, então, um imperativo. Ademais, o modelo teórico em questão, por ser decorrente da concepção freudiana, não consente com qualquer espécie de fatalismo. Ou seja: postula que o trabalho do aparelho psíquico não pode ser previsto – e, sim, apenas compreendido graças a hipóteses retroativas – a partir de seus determinantes.

3.4.4 Desorganização progressiva

De acordo com Marty (1976), o desenvolvimento mental ocorre mediante a execução de constantes movimentos psíquicos de organização evolutiva. Pautados em elementos funcionais pré-existentes, esses movimentos são indispensáveis para a adaptação do sujeito ao meio. A teorização freudiana, como se sabe, sustenta que a sexualidade genital na idade adulta depende essencialmente da superação gradativa dos conflitos típicos e do declínio das zonas erógenas peculiares a cada uma das etapas libidinais da infância. Torna-se patente, assim, que a importância de funções constitutivas adquiridas a partir de experiências anteriores para o adequado funcionamento do psiquismo é conhecida desde o advento das concepções psicanalíticas clássicas e não foi originalmente observada por Marty.

Entretanto, o referido autor inova, conforme salientam Debray (1995) e Volich (1998), ao adotar uma perspectiva evolucionista que reconhece o papel de “dinamismos laterais” como alternativas à cadeia evolutiva central que norteia o desenvolvimento mental. Ou seja: a hierarquização progressiva das funções psíquicas não pode ser atribuída ao percurso de um eixo padrão. Ao contrário, envolve o empreendimento de arranjos que se revelam absolutamente singulares. Embora fundamentados em aquisições prévias, novos conjuntos evolutivos não surgem de modo linear, até porque as funções psíquicas não se organizam espontaneamente em um sistema coeso.

Para que o novo conjunto evolutivo seja apropriado às necessidades atuais do indivíduo, os elementos funcionais prévios devem, conforme Marty, ser reorganizados de modo a se tornarem mais complexos e numerosos. Nas situações em que esses elementos não se encontram disponíveis em virtude da ocorrência de traumas sucessivos ou da existência de um afluxo contínuo de tensões, a nova organização não se constitui de maneira apropriada, dando início a um movimento contra-evolutivo de desorganização que leva o psiquismo a encontrar sérias dificuldades para elaborar adequadamente as excitações às quais é submetido (SMADJA, 1995).

Nos casos em que o movimento contra-evolutivo é intenso a ponto de promover a dispersão dos elementos funcionais anteriormente estruturados, se instala um processo patológico que usualmente gera como subproduto a destruição da organização libidinal do indivíduo. No final dos anos 70 Marty criou o termo “desorganização progressiva” para fazer referência a esse movimento desconhecido até então (HORN; ALMEIDA, 2003). Relacionada à vida operatória, a desorganização progressiva geralmente culmina – sobretudo quando desencadeia ou potencializa uma depressão essencial – com a eclosão de uma somatização grave. Essa somatização, por sua vez, tende a retroalimentar a desorganização progressiva, instalando um círculo vicioso potencialmente letal.

Possivelmente isso ocorre porque, com o intuito de se proteger das angústias desencadeadas pela dispersão libidinal, o psiquismo delega sua coordenação ao ego ideal. Tal processo, porém, não permite a pretendida restauração do estado de suposta onipotência do narcisismo primário, pois invariavelmente provoca o emprego exacerbado de mecanismos compensatórios. Ademais, inviabiliza a formação de sintomas mentais e aumenta a vulnerabilidade somática. Marty argumenta em defesa dessa hipótese afirmando que “o ego ideal testemunha um estado de exigência sem nuances do sujeito em relação a si mesmo, sem

possibilidades de adaptação às circunstâncias externas outras que não as de uma realidade operatória” (1993, p.29).

Conclui-se, portanto, que a desorganização progressiva se desenvolve no sentido oposto ao da evolução. A indisponibilidade de elementos funcionais capazes de subsidiar uma nova organização, contudo, não necessariamente culmina com uma somatização severa. Eventualmente os movimentos contra-evolutivos desencadeados por traumas recorrentes ou pela sobrecarga de excitações geram feridas narcísicas contornáveis mediante o retorno simbólico a posições anteriores do desenvolvimento. Vale destacar que esse retorno incapacita temporariamente o psiquismo de executar simbolizações. Como consequência, as reações somáticas substituem, de modo provisório, o trabalho mental.

Além de reversíveis, as afecções orgânicas que se produzem nessas circunstâncias são – em contraste com aquelas que surgem na desorganização progressiva – adaptativas, pois criam condições favoráveis para a instalação de uma nova organização, cessando, assim, os movimentos contra-evolutivos. Marty deu a esse processo o nome de “regressão somática” para evidenciar que “uma incontestável regressão ocorre [...] no nível das bases funcionais do início da eventual organização, mais evoluída, que não pôde se realizar. Essa regressão reorganizadora [...] serve ao mesmo tempo, novamente, de ponto de partida para uma reedição do movimento inicial que tende para a eventual organização mais evoluída” (1976, p.115).

Cumprasse assinalar que a existência de pontos de fixação funcionais nos quais a regressão encontra um “lugar” para repousar rapidamente é indispensável para que o remanejamento libidinal decorrente do percurso de um caminho inverso do ponto de vista do desenvolvimento emocional àquele já traçado pelo indivíduo possa ser efetivamente reorganizador. E Marty (1993) destaca que um ponto de fixação somente poderá ser considerado funcional se possuir um valor positivo, isto é, se servir para o aparelho psíquico

como um reservatório de energia e subsidiar o encerramento do movimento de desorganização que desencadeou a regressão.

Nesse sentido, o referido autor parece acreditar que, como preconiza a teorização freudiana, o retorno simbólico a etapas anteriores do desenvolvimento pode ser metaforicamente comparado à reversão de uma corrente de água de seu leito atual, permeado por obstáculos intransponíveis, para um velho canal, mais favorável (FREUD, 1905b/1996). Ademais, a descrição da regressão somática deixa subentendido que a reativação temporária de estados mais primitivos não deve ser caracterizada como um fenômeno “total”. É possível presumir, portanto, que não desconsidera a distinção entre regressões temporais, formais e tópicas, presente desde a concepção psicanalítica clássica¹⁶.

Freud enfatizou por diversas vezes ao longo de sua obra que a ressurgência do passado no presente é um fenômeno freqüente. Justamente por isso afirmou que “... as etapas primitivas sempre podem ser restabelecidas; a mente primitiva é, no sentido mais pleno desse termo, imperecível” (FREUD, 1915b/1996, p.295). Marty parece consentir com essa idéia. De acordo com o pensamento freudiano, entretanto, a regressão é secundária, já que sua efetivação depende da existência de uma retenção desmesurada de traços típicos de níveis evolutivos anteriores, ou seja, de uma fixação primária de valor negativo. Essa retenção, a propósito, desempenharia um papel de grande relevância na etiologia das neuroses, das psicoses e das perversões.

Marty, por seu turno, propõe que, na regressão somática, a fixação é secundária. Logo, o retorno simbólico a posições anteriores do desenvolvimento pode ser primário em certas circunstâncias. Trata-se indubitavelmente de uma tese inédita, pois desvincula definitivamente a fixação do campo da psicopatologia. O referido autor demonstra que tinha plena consciência

¹⁶ Em linhas gerais, é possível afirmar que nas regressões temporais, formais e tópicas ocorre, respectivamente, a retomada de antigas formações mentais, o resgate de modos arcaicos de expressão emocional arcaicos e o restabelecimento de sistemas psíquicos indiferenciados (FREUD, 1913b/1996).

disso, pois observou que “a incorporação de uma regressão secundária a uma fixação inicial constitui um conhecimento clássico da psicanálise. Em sentido inverso, a presença necessária de uma regressão para constituir uma fixação levanta uma nova hipótese” (MARTY, 1993, p.24).

Mas o que realmente determina se os desdobramentos do desenvolvimento inadequado da organização mental serão desestruturantes ou reorganizadores? Segundo Horn e Almeida (2003), dois parâmetros básicos devem ser levados em conta para que se possa responder adequadamente a essa pergunta. O primeiro deles é a intensidade das feridas narcísicas desencadeadas pelos movimentos contra-evolutivos. Quanto mais intenso for o ataque promovido pelo ego ideal ao narcisismo, maior será a probabilidade da ocorrência de uma desorganização progressiva, dado que, nessas condições, eventuais pontos de fixação funcionais não se mostrarão disponíveis e qualquer movimento regressivo primário será abortado.

O segundo parâmetro é a duração da regressão empreendida inconscientemente pelo aparelho psíquico com o intuito de contornar as feridas narcísicas. Desorganizações progressivas geralmente são promovidas por movimentos regressivos prolongados, já que os mesmos inviabilizam a formação de sintomas mentais. Em contrapartida, estabilizações ou reorganizações tendem a surgir quando da ocorrência de regressões temporalmente circunscritas. Marty deixa isso claro ao afirmar que “o desencadeamento de uma somatização sucede, em um tempo mais ou menos longo de latência, uma desorganização mais ou menos profunda do funcionamento mental” (1993, p.32).

Tendo em vista o que precede, é possível propor esquematicamente que um sujeito será mais capaz de se proteger da ocorrência de desorganizações progressivas se possuir representações psíquicas variadas e enriquecidas por conteúdos afetivos. Neuróticos bem mentalizados tendem a desenvolver regressões somáticas diante de eventos traumáticos ou de

tensões contínuas que inviabilizam momentaneamente a execução de elaborações psíquicas. Por outro lado, as neuroses de comportamento e as neuroses mal mentalizadas são propícias à eclosão de desorganizações progressivas. Já os neuróticos de mentalização incerta podem oscilar das regressões somáticas às desorganizações progressivas sob a influência negativa de uma depressão essencial ou de uma eventual acentuação dos traços operatórios.

3.4.5 Desafetação

Segundo McDougall, pacientes somáticos geralmente são pouco capazes de lidar com afetos¹⁷ potencialmente destruturantes, de modo que recorrem a estratégias defensivas arcaicas que remetem “... às soluções encontradas por uma criança para sobreviver psiquicamente diante de um sofrimento de outro modo inelaborável” (1994, p.76). Tais estratégias defensivas são adotadas inconscientemente e envolvem, na maioria das vezes, a exclusão sumária do aparelho mental de representações carregadas de sentimentos intoleráveis. Como destacam Montagna (1988) e Rocha (1988), essa pulverização das emoções torna inviável o trabalho de elaboração que se faz necessário para a eclosão de um sintoma psíquico.

Por apresentar importantes particularidades, esse recurso protetor não deve ser comparado à repressão e tampouco ao recalque. Afinal, como esclarecem Laplanche e Pontalis (2000), a repressão tem um caráter consciente e usualmente é impulsionada por motivações morais, ao passo que o recalque visa a repelir para o inconsciente representações ligadas a uma pulsão cuja satisfação proporcionaria prazer por si mesma, mas causaria desprazer devido à existência de outras exigências. A tendência a ejetar do próprio psiquismo percepções, fantasias e pensamentos associados a afetos que poderiam causar sofrimento, por

¹⁷ Uma definição pormenorizada de tal conceito será apresentada no item 4.2.9.

seu turno, não é empreendida conscientemente e não transforma o conteúdo excluído em material inconsciente (McDOUGALL, 1983).

Todavia, essa tendência se assemelha, em seus aspectos principais, a uma operação psíquica identificada desde os primórdios da psicanálise: o repúdio para fora do ego (*verwerfung*). Trata-se, para Freud, de “... uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela, o ego rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais tivesse lhe ocorrido” (1894a/1996, p.64). É justamente por essa razão que o repúdio para fora do ego pode ser situado no extremo inferior de uma gradação de movimentos protetores que tem em seu extremo superior o juízo de condenação, considerado pelo referido autor o substituto intelectual do recalque.

Na teorização psicanalítica pós-freudiana o repúdio para fora do ego geralmente é entendido como uma defesa específica das psicoses, pois se desdobra no surgimento de fenômenos alucinatórios e delirantes. McDougall (1991), todavia, sustenta que os afetos pulverizados do aparelho mental por pacientes somáticos não geram subprodutos psicóticos, mas, sim, se perdem sem qualquer espécie de compensação psíquica. Logo, são reduzidos à sua pura expressão somática. Assim, a autora em questão, a despeito de reconhecer o risco de fomentar uma retórica, defende que há, nessas circunstâncias, uma espécie de forclusão dos afetos, e não da castração. Ou seja: a expulsão do psiquismo de emoções que poderiam causar desprazer promove uma cisão entre o corpo anatômico e o corpo erógeno, ensejando a ressomatização dos afetos (MONTAGNA, 1988).

Ressalte-se que, para Freud (1894b/1996), os afetos, quando desligados das representações, são convertidos, deslocados ou transformados, como ocorre, respectivamente, na histeria, na neurose obsessiva e na neurose de angústia ou na melancolia. A possibilidade de um indivíduo atacar impiedosamente suas emoções com o intuito de destruir as significações a elas relacionadas e, como consequência, desvitalizar seu mundo interno não é,

portanto, considerada. Dessa maneira, deduz-se que McDougall, ao desvincular o repúdio para fora do ego das psicoses, identifica a existência de um quarto destino para os afetos e, assim, ousadamente delinea um novo horizonte para a teorização psicanalítica.

Quando os afetos atingem esse quarto destino, produz-se um distúrbio da economia afetiva nunca antes descrito. O neologismo “desafetação” foi criado por McDougall (1984) especialmente para fazer referência a esse distúrbio. Como se sabe, o prefixo latino *des* sugere separação, perda ou desligamento. Por si só, a composição do termo indica, então, que a patologia em questão envolve o rompimento do indivíduo com seus próprios sentimentos. A desafetação, com efeito, leva o sujeito a encontrar dificuldades para apreender contrastes emocionais e discriminar tanto seus afetos quanto os das demais pessoas com as quais convive, favorecendo o estabelecimento de vínculos pouco consistentes (BUNEMER, 1995).

Não obstante, o indivíduo desafetado pode – sobretudo em situações de sofrimento psíquico – manter relações fusionais com aqueles que o cercam visando à recriação da ilusão primitiva de unidade corporal e mental com a figura materna (McDOUGALL, 2001). Essa ilusão, a propósito, possibilita ao bebê sobreviver às tensões que o acometem, já que fomenta a crença na existência de apenas um corpo para dois seres vivos. O uso desse expediente na idade adulta, entretanto, tende a provocar uma incapacidade de distinguir a si mesmo do outro. Por essa razão, engendra a eclosão de angústias arcaicas que podem ser decodificadas como ameaças biológicas e criar condições propícias para o surgimento de somatizações, visto que, conforme observa Ferraz (1997), estimulam o corpo a se pronunciar mediante a utilização dos poucos recursos defensivos dos quais dispõe.

Ressalte-se também que a desafetação leva o sujeito a encontrar nos atos – e não no trabalho mental, como o fazem os neuróticos – a única possibilidade de escoamento das tensões (CAÏN, 2001). Tais atos se afiguram essencialmente como movimentos de exteriorização desprovidos de valor simbólico. Seguindo esse raciocínio, McDougall (1991)

propõe que os desafetados procuram compensar com um “agir compulsivo” a restrição da capacidade de simbolização que os caracteriza. Essa compensação, contudo, pode-se tornar um “ato-sintoma” e incidir sobre o corpo, pois, devido à ruptura entre o biológico e o psicológico decorrente da utilização de uma defesa análoga ao repúdio para fora do ego, o mesmo é percebido usualmente como um objeto externo pelos sujeitos em questão (ROCHA, 1988).

Conclui-se, diante do exposto, que a exclusão do aparelho mental de emoções que podem causar desprazer potencializa, de diversas formas, a eclosão de somatizações. Isso ocorre porque, para McDougall, “o afeto ao qual falta toda e qualquer compensação à sua perda corre o risco de ser cindido no seio de sua própria estrutura” (1989, p.130). À semelhança das pulsões, os afetos são, portanto, entendidos como algo que se situa no limite entre o somático e o psíquico. Justamente por isso resta aos afetos tolhidos de sua significação apenas uma dimensão orgânica que buscará expressão a todo custo. Ampliando uma metáfora tradicionalmente utilizada na teorização psicanalítica para fazer referência à histeria, a autora em questão sugere que essa expressão ocorrerá mediante o desenrolar de um drama no teatro do corpo.

Conforme McDougall (1989), perturbações relacionais da díade mãe-bebê se destacam como o fator etiológico central da desafetação. Essa hipótese parte do princípio de que a figura materna tem como principal tarefa proteger seu filho das tensões provenientes do exterior, exercendo uma função análoga àquela que, na idade adulta, cabe, segundo Freud (1920/1996), ao sistema pára-excitações. Para tanto, a mesma deve interpretar a comunicação primitiva e nomear os estados afetivos de seu bebê, promovendo a progressiva dessomatização do aparelho mental. O adequado desempenho dessa tarefa subsidia o acesso da criança à palavra e facilita o desenvolvimento da capacidade de simbolização.

Nos casos em que a figura materna não cumpre a contento seu papel, os sinais pré-verbais que o bebê emite permanecem distantes de qualquer código lingüístico. Logo, as experiências que a criança vive – sejam elas corporais ou emocionais – não serão devidamente simbolizadas. Dessa maneira, a mesma tornar-se-á incapaz de diferenciar adequadamente seu corpo do mundo externo e encontrará, segundo McDougall (1994), severas dificuldades para reconhecer os próprios sentimentos e integrá-los ao psiquismo. Em suma: para a autora em questão, o corpo biológico, primário e irrepresentável, não se torna psicológico, unificado e simbolizável, naturalmente, mas, sim, como resultado de um processo gradativo e complexo que tem início nos primeiros meses de vida.

McDougall (1991) destaca que se inspirou no funcionamento operatório descrito por Marty e M’Uzan para descrever a desafetação. Além disso, reconhece que foi influenciada pelos achados de Peter E. Sifneos, psicanalista norte-americano vinculado à chamada Escola Psicossomática de Boston. O referido autor criou o termo “alexitimia” para fazer referência a uma característica comum à maior parte dos pacientes portadores de doenças somáticas. A composição do neologismo em questão sugere de antemão que os sujeitos que apresentam tal característica encontram uma acentuada dificuldade para nomear e comunicar emoções e sentimentos, uma vez que o prefixo *a* sugere ausência e os termos gregos *lexis* e *thumos* são sinônimos de “palavra” e “afetividade”, respectivamente (SIFNEOS, 1973).

A desafetação, todavia, pode ser considerada uma contribuição teórica original, visto que se diferencia do pensamento operatório e da alexitimia em dois aspectos principais. Em primeiro lugar, a desafetação possui, conforme McDougall (1991), um caráter essencialmente defensivo, ao passo que o pensamento operatório, como já discutido anteriormente, é atribuído por Marty e M’Uzan (1994) a uma suposta carência funcional do psiquismo. Em segundo lugar, determinantes neurofisiológicos – relacionados sobretudo às vias dopaminérgicas – desempenham, para Sifneos (1973), um importante papel na gênese da

alexitimia. A desafetação, por seu turno, é entendida basicamente como o subproduto de desarmonias afetivas da relação mãe-bebê.

Faz-se necessário salientar ainda que não se deve associar indiscriminadamente a desafetação à somatização, uma vez que, para McDougall, “... todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais” (1991, p.3). Porém, usualmente o sujeito que não é portador desse distúrbio da economia afetiva é acometido por sintomas físicos somente em situações extremas, que tornam inoperante o emprego de mecanismos de defesa menos radicais do que o repúdio para fora do ego. Os desafetados, em contrapartida, tendem a ejetar da consciência qualquer sentimento potencialmente desestruturante e, como consequência, são impelidos a apresentar reações orgânicas perante o sofrimento mental com maior frequência e intensidade (PERES, 2006).

3.4.6 Normopatía

O termo “normopatía” inicialmente parece contraditório e pouco esclarecedor, considerando-se que, como destaca Ferraz (2002), se afigura como o resultado da união de dois elementos de composição incongruentes por definição: o radical latim *norma*, que significa normal, modelo ou padrão e o sufixo grego *pathos*, cuja tradução pode ser mal, doença, sofrimento ou dor. Porém, o termo em questão foi proposto por McDougall (1983) justamente para descrever uma modalidade particular de psicopatologia cujo principal sintoma é uma normalidade estereotipada decorrente de uma sobreadaptação defensiva.

O normopata aparenta ser totalmente equilibrado do ponto de vista psíquico. Contudo, mantém um distanciamento exacerbado da própria realidade interna por temer um eventual colapso psíquico. Para McDougall, “essa necessidade de se preservar de todo e qualquer abalo

afetivo, como de toda e qualquer idéia que corra o risco de despertar conflitos arcaicos dificilmente representáveis [...] chega a um sobreinvestimento da realidade externa que contribui, sem dúvida, para nos dar a imagem ilusória de um indivíduo aparentemente superestável, supernormal, capaz de enfrentar todos os imprevistos da vida” (1989, p.96). Evidencia-se, assim, que a normalidade paradoxalmente pode possuir um caráter sintomatológico.

Mas a tendência a se alienar dos próprios conteúdos mentais que caracteriza a normopatia não deve ser considerada patológica *a priori*. Trata-se, em última instância, de um recurso comum em situações de sofrimento, dado que o aparelho psíquico inevitavelmente apresenta certos pontos cegos que escapam à simbolização. Todavia, o normopata emprega em excesso esse recurso, sustentando uma pseudo-adaptação incondizente com suas possibilidades emocionais e, assim, corre o risco de se perder “... numa normalidade patológica tão pungente em suas cores insípidas quanto o são os caminhos da loucura” (McDOUGALL, 1983, p.15).

O mundo interno é, nessas circunstâncias, considerado algo perigoso, o que enseja uma marcante aversão às experiências imaginativas. Alheio às mensagens que provêm do psiquismo, o indivíduo utiliza a intelectualização como um escudo contra um perigo irrepresentável, obliterando, conforme Ferraz (2003), o dom inerente à condição humana da expressão afetiva. Conseqüentemente, se esforça para demonstrar que sua vida anda bem, por mais que os fatos possam revelar o contrário. Seguindo esse raciocínio, é possível propor, do ponto de vista econômico da metapsicologia, que o sobreinvestimento da realidade externa representa uma manifestação contrafóbica motivada pelo temor irracional da própria dimensão subjetiva.

McDougall esclarece em diversas de suas obras que, para descrever a normopatia, se inspirou em um tipo de distorção da personalidade à qual Winnicott (1983) deu o nome de

“falso *self*”. Essa condição clínica envolve a criação de um Eu¹⁸ que, por se mostrar insensível aos clamores das pulsões, contraria a natureza do aparelho psíquico. Embora inverossímil, esse Eu é empregado em certas situações como bode expiatório em um movimento defensivo saudável que visa a proteger o verdadeiro Eu. Mas eventualmente o Eu ilusório pode, de forma patológica, assumir o lugar do verdadeiro Eu, tornando o sujeito suscetível a uma desintegração irreversível entre a vida interior e a realidade externa. Tal desintegração invariavelmente é passível de identificação, em maior ou menor grau, com facilidade no normopata. E é justamente isso o que permite diferenciá-lo do falso *self*.

Logo, a sobreadaptação defensiva praticamente impossibilita a execução de movimentos de introspecção, de modo que o indivíduo encontra severas dificuldades para olhar a si mesmo e aos outros com profundidade. McDougall (1989) destaca ainda que se pode notar nesses casos a existência de um espaço estéril entre o indivíduo e aqueles que o cercam, cujo objetivo é, por um lado, protegê-lo da frustração potencial intrínseca a qualquer relacionamento interpessoal e, por outro, evitar a desarticulação do sentimento de identidade que poderia ser causada pelo eventual estabelecimento de um vínculo simbiótico. Tendo em vista o que precede, conclui-se que, como observa Ferraz (2002), o normopata, embora possa ser bastante sociável e amistoso, dificilmente estabelecerá relações afetivas consistentes.

Vale destacar também que uma análise preliminar poderia indicar que o quadro clínico em questão, a exemplo da neurose obsessiva, tem como mecanismo de defesa típico o isolamento. Afinal, como originalmente descreveu Freud (1926/1996), o isolamento impede que afetos intoleráveis sejam reproduzidos mediante o estabelecimento de conexões associativas. Todavia, esse impedimento se limita, segundo Laplanche e Pontalis (2000), a um hiato na sucessão temporal que não deve ser superdimensionado. O normopata, por seu turno,

¹⁸ Para o referido autor, o *self* é constituído pelo conjunto de representações que o indivíduo formula sobre si mesmo, de modo que, em última instância, corresponde ao Eu. Evidencia-se, assim, que o *self* é uma formação psíquica mais ampla que o ego.

lança mão, segundo McDougall (1991), de uma operação protetora que, como salientado anteriormente, visa à pulverização permanente de emoções que podem causar desprazer, e, assim, está mais próxima do repúdio para fora do ego do que do isolamento.

Faz-se necessário salientar também que o normopata – em contraste com o obsessivo – não apresenta sintomas compulsivos e tampouco tem seu comportamento limitado por ruminações mentais recorrentes. Na verdade, uma busca incessante de atividades se destaca como um dos traços que o caracterizam (McDOUGALL, 1983). Tais atividades são empreendidas com o intuito básico de eliminar pela via motora as tensões que não podem ser elaboradas psiquicamente, de modo que representam o corolário de um notável comprometimento da capacidade de simbolização. Ou seja: carecem de sentido e têm como função, conforme sugere Ferraz (2002), tentar colmatar um vazio primordial.

Graças a essa propensão à ação, o normopata habitualmente se mostra produtivo. Toda sua produtividade, porém, é destituída do colorido fornecido pela criatividade e pela fantasia. Cabe aqui lembrar que, como propôs Freud, “a saúde nervosa [...] é decidida pelo resultado, isto é, a pessoa ter ou não um nível suficiente de capacidade para aproveitar a vida e ser eficiente” (1917b/1996, p.457). A sobreadaptação defensiva compromete ambas as capacidades, dado que, privando o acesso do sujeito à sua realidade interna, o torna um estereótipo inapto a criar arranjos entre as exigências externas e as necessidades internas que possam viabilizar a busca da satisfação de seus desejos. Torna-se evidente, assim, sua dimensão psicopatológica.

Partindo do pressuposto de que na normopatía um recurso defensivo equivalente ao repúdio para fora do ego é adotado em larga escala para promover a exclusão sumária de afetos potencialmente desestruturantes do aparelho psíquico, poder-se-ia propor que o indivíduo acometido por esse tipo de distúrbio se assemelha ao desafetado. A hipótese em questão adquire ainda mais consistência tendo-se em vista que, segundo McDougall (1989),

tanto a normopatía quanto a desafetação se devem essencialmente a perturbações precoces no vínculo com a figura materna severas a ponto de terem inviabilizado a inserção dos sinais pré-verbais emitidos pelo bebê em um código lingüístico.

Mas, para a autora em questão, o normopata se distingue do desafetado, já que o primeiro usualmente se mostra capaz de exteriorizar conteúdos agressivos, ao passo que o segundo é dominado por uma espécie de inércia psíquica que amiúde o conduz à passividade. Ademais, o normopata tende a não apresentar somatizações, pois geralmente consegue promover a dispersão dos afetos irrepresentáveis mediante o sobreinvestimento da realidade. A desafetação, como salientado anteriormente, impede o trabalho mental do qual depende o surgimento de sintomas psíquicos, potencializando a susceptibilidade biológica do indivíduo e promovendo o retorno a uma protolinguagem corporal desprovida de significado simbólico.

Todavia, McDougall pondera que “quando o ensurdecimento face às dores psíquicas se faz constante, não é surpreendente constatar-mos que a ruptura do elo entre o corpo e a mente propicia um terreno favorável às eclosões psicossomáticas no lugar do arranjo psíquico que deveria ter ocorrido” (1983, p.158). Para o normopata, esse ensurdecimento se torna ainda mais acentuado quando há um desarranjo da realidade externa. É justamente nessas situações que os atos-sintomas se tornam freqüentes, levando o indivíduo a encontrar no corpo biológico a única possibilidade de escoamento das tensões e instituindo um flanco aberto para o surgimento de disfunções orgânicas (ROCHA, 1988).

3.4.7 Psicose atual

Como salientado anteriormente, o desafetado pode, quando submetido a tensões que causam intenso desprazer, recorrer ao estabelecimento de vínculos simbióticos. Esse fenômeno se destaca, segundo McDougall (1989), como uma tentativa de se fundir ao outro, reimplementando uma condição de indiferenciação supostamente protetora que se assemelha àquela observada nos primeiros meses de vida e tem no período intra-uterino suas origens mais remotas. Quando esporádico, esse recurso defensivo se mostra funcional. Se recorrente, porém, leva o sujeito a abrir mão da plena posse de si mesmo, o que tende a comprometer a identificação dos limites corporais e a ensejar a eclosão de angústias psicóticas.

A referida autora esclarece que “... todo indivíduo deve conjugar a sua realidade psíquica, durante a vida, com o desejo primitivo de retorno ao estado de fusão com a mãe-universo: em outras palavras, com o desejo do não-desejo. A luta contra esse desejo e o luto que ela impõe são compensados, como todos nós sabemos, pela aquisição da identidade subjetiva” (McDOUGALL, 2001, p.13). Porém, nas situações em que a separação e a diferença não emergem como conquistas psíquicas determinadas, sobretudo, pela introjeção de uma imagem positiva da figura materna, ocorre uma renúncia – de natureza tipicamente normopata – à própria individualidade. Cria-se, assim, a ilusão de que o mundo interno e o mundo externo são, na verdade, um único mundo (PERES; SANTOS, 2006b).

Essa ilusão, aliada ao temor psicótico da desintegração que não raro se produz em decorrência da fusão com o outro, faz com que a troca de mensagens entre o corpo e a mente seja intermediada por um terceiro destinatário. Os pedidos de socorro emitidos pelo psiquismo correm, então, o risco de serem interpretados como o sinal de uma ameaça de ordem biológica, à qual o organismo reagirá à sua maneira. Tal reação tende a favorecer o rompimento das barreiras imunológicas e a abrir o caminho para a instalação de uma somatização. Conclui-se, portanto, que, como observa McDougall (1991), a persistência, na

idade adulta, da fantasia infantil que engendra a crença irracional na existência de apenas um corpo para dois seres vivos, além de revelar um importante comprometimento da saúde mental, pode ter consequências sérias para a saúde física.

Seguindo esse raciocínio, a autora em questão defende que, amiúde, pacientes somáticos apresentam uma problemática pré-neurótica. Assim, podem ser comparados, do ponto de vista estrutural, aos psicóticos. Afinal, essa problemática faz com que, em ambos os casos, o corpo seja representado imaginariamente como uma quimera frágil e desarticulada, e não como uma unidade coesa e sólida equivalente àquela da qual dispõem os neuróticos. McDougall acrescenta ainda que “a comparação entre essas duas organizações não se limita à força dinâmica das fantasias primitivas: em alguns casos, revela uma semelhança quanto aos recursos econômicos mobilizados para se defender desses terrores arcaicos” (1991, p.20).

A existência de diferenças do ponto de vista sintomatológico entre os pacientes somáticos e os psicóticos, porém, é inegável, visto que, conforme já destacado, muitas vezes os primeiros se mostram adaptados, ainda que de forma compensatória, ao mundo externo, ao passo que os segundos invariavelmente se caracterizam por um colapso do juízo da realidade. A pseudonormalidade indica um subordinação demasiado às demandas exteriores. Já a criação psicótica de uma neo-realidade, impulsionada pela eclosão de delírios e alucinações, sugere uma total intolerância a essas demandas. E tal intolerância, cumpre assinalar, tem como causa principal um bloqueio da função mental – preservada na maioria dos pacientes somáticos – que Freud (1925a/1996) considerava uma espécie de “ação experimental”: o pensamento.

É possível sugerir, face a essas proposições, que, dominados por fantasias cuja função precípua é preencher o vazio produzido pelo rompimento com o mundo externo, os psicóticos empregam a palavra de maneira pré-lógica e demonstram uma vivência afetiva transbordante, a qual, paradoxalmente, os leva a vencer e, ao mesmo tempo, a perder o real. Até mesmo a

nosografia psiquiátrica reconhece esse fato, dado que estabelece que as alucinações e os delírios são sintomas positivos – isto é, decorrentes de um excesso das funções mentais normais – das psicoses. Os pacientes somáticos, em contrapartida, se contentam em eliminar a significação de suas relações com a realidade externa, o que denuncia um empobrecimento extremo da atividade psíquica.

Outra diferença entre os psicóticos e os pacientes somáticos se estabelece mediante a identificação de seus recursos defensivos típicos. Para Freud (1925b/1996), as psicoses têm como primeiro momento a recusa da realidade. Essa operação psíquica permite ao sujeito se proteger de algo que lhe chega pela via da percepção, visto que incide sobre a realidade externa. Já os pacientes somáticos se defendem, segundo McDougall (1983), da própria realidade interna, apelando, para tanto, a uma variante do repúdio para fora do ego. Vale destacar, a propósito, que, como observa Simanke (2006), o repúdio para fora do ego é concebido na teorização freudiana como uma defesa arcaica, mas não específica das psicoses, como poderia sugerir uma análise superficial. Isso, sem dúvida, confere maior sustentação à hipótese da referida autora.

É justamente por conta das razões elencadas que McDougall (1989) propõe que pacientes somáticos podem ser considerados portadores de uma modalidade particular de psicopatologia à qual nomeou “psicose atual”. Embora constituída a partir de um núcleo psicótico, a psicose atual não produz delírios e tampouco alucinações, mas leva o corpo a se comportar de forma delirante, o que predispõe o sujeito a doenças orgânicas. Seus sintomas físicos se afiguram, seguindo esse raciocínio, como o resultado da ação de mecanismos somáticos – e não mentais – disparados por conflitos de ordem emocional. Ou seja: são totalmente desprovidos de significado simbólico.

Como consequência, são análogos, em seus aspectos principais, às disfunções somáticas típicas das neuroses atuais. McDougall (1991) inclusive deixa claro que o adjetivo

“atual” foi escolhido não apenas para diferenciar a psicose atual dos tipos mais usuais de psicose, mas também para sinalizar essa analogia. Entretanto, vale destacar que a condição clínica em questão, a exemplo da desafetação e da normopatía, tem como fator etiológico básico traumas psíquicos anteriores à aquisição da palavra decorrentes de carências ou excessos no exercício da função materna. Dessa maneira, seus sintomas, apesar de precipitados por eventos atuais, estão intimamente relacionados a acontecimentos remotos.

Cumprе assinalar ainda que, por mais paradoxal que possa parecer à primeira vista, a referida autora sustenta a hipótese de que, no contexto da psicose atual, a somatização indica uma reação inconsciente ao sofrimento emocional indizível que deve ser entendida, em última análise, como uma espécie de “tentativa de cura”. Trata-se de uma tentativa pouco funcional, pois, além de não proteger o aparelho mental, coloca em risco a vida do sujeito. Porém, sugere que uma luta vem sendo travada contra afetos interpretados – muitas vezes erroneamente – como uma ameaça à integridade psíquica. O que torna essa luta problemática é que seu principal desdobramento é a transformação do corpo em um campo de batalha.

Deve-se mencionar que a hipótese em questão é claramente inspirada na teoria do narcisismo, dado que, como destaca Simanke (2006), somente depois de observar que a libido do adulto é capaz, tal como a libido da criança, de reinvestir o ego e desinvestir totalmente o objeto, Freud pode propor que, nas psicoses, “... as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução” (1924/1996, p.169). Nasceu, assim, uma concepção não-deficitária dos delírios, radicalmente oposta, por definição, ao modelo psiquiátrico intelectualista vigente até então, o qual entendia esses fenômenos como manifestações necessariamente disfuncionais.

Logo, um exame mais detalhado revela que considerar a somatização o resultado final de um esforço empreendido – mediante a utilização de um mecanismo de defesa equivalente ao repúdio para fora do ego – com o intuito de trazer algum alívio frente à mobilização

emocional causada pela eclosão de angústias arcaicas é perfeitamente compatível com o pensamento freudiano. Ademais, atesta que a psicose atual ocupa uma posição limítrofe na psicopatologia psicanalítica. Os indivíduos cuja estruturação psíquica pode ser compreendida à luz dessa condição clínica, portanto, apresentam, ao mesmo tempo, semelhanças e diferenças tanto com os neuróticos quanto com os psicóticos, o que os torna vítimas de males bastante particulares.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral avaliar e comparar aspectos dinâmicos e elementos estruturais de personalidade de dois grupos distintos de mulheres acometidas por câncer de mama, a saber: 1) mulheres que cumpriram o tratamento médico preconizado para o controle da enfermidade e se encontram em remissão por não apresentarem indícios clínicos de qualquer neoplasia maligna há mais de cinco anos, as quais constituíram o denominado Grupo 1 e 2) mulheres que cumpriram o tratamento médico preconizado para o controle da enfermidade e apresentam recidiva do câncer de mama ou outro tipo de neoplasia maligna, as quais constituíram o denominado Grupo 2.

4.2 Objetivos específicos

Optou-se por avaliar e comparar os dois referidos grupos em termos de algumas variáveis de personalidade, a saber: 1) integração lógica; 2) capacidade adaptativa; 3) funcionamento defensivo; 4) controle dos impulsos; 5) imago das figuras parentais; 6) dinâmica das relações interpessoais e 7) organização afetiva. Tais variáveis foram selecionadas levando-se em conta que se referem tanto a aspectos dinâmicos quanto a elementos estruturais da personalidade. Evidencia-se, assim, que se tomou o cuidado de investigar não somente as condições psicológicas das participantes no momento da coleta de dados, mas também os elementos mais estáveis do modo de funcionamento psíquico das mesmas.

As variáveis em questão foram privilegiadas em detrimento de outras possíveis com o intuito de subsidiar a compreensão detalhada de determinados aspectos considerados mais relevantes sob a ótica da psicossomática psicanalítica, referencial teórico adotado no presente

estudo. Vale destacar, contudo, que esse recorte deve ser entendido como um mero recurso metodológico, uma vez que, em última análise, a personalidade de um indivíduo possui uma dimensão multifacetada (DALGALARRONDO, 2000). Ou seja: as variáveis avaliadas não serão tomadas efetivamente como componentes autônomos da personalidade. Com o intuito de evitar a compartimentalização do psiquismo das participantes, dar-se-á ênfase à análise das interações entre as diversas características psicológicas das mesmas.

Faz-se necessário reconhecer que, assim como o termo “personalidade”, as variáveis levadas em consideração no presente estudo usualmente são empregadas com diversos significados distintos. Conseqüentemente, julgou-se relevante apresentar uma delimitação de cada uma dessas variáveis. Todas elas fazem parte do vocabulário psicodinâmico na atualidade, mas algumas não são conceitualizadas de forma congruente sequer por autores que se utilizam desse referencial teórico. Em virtude disso, a delimitação das variáveis utilizadas no presente estudo será pautada tanto nas contribuições da literatura científica especializada quanto nas proposições do próprio pesquisador.

4.2.1 Integração lógica

A integração lógica de um sujeito se afigura como um elemento básico de sua constituição psíquica, pois se refere à aptidão de estabelecer relações elementares com o ambiente, apreendendo os estímulos oriundos do meio e diferenciando-os das representações internas. Por esse motivo, encontra-se intimamente relacionada à percepção, à atenção e à memória (FIORINI, 1981). É possível presumir que um indivíduo que apresenta uma integração lógica apropriada se caracteriza pela adequação do pensamento, da orientação espacial, da consciência de interpretação e do potencial associativo. Todavia, a função em pauta tende a ser influenciada negativamente tanto pela invasão de conteúdos emocionais quanto pela existência de disfunções orgânicas (LOUREIRO; ROMARO, 1987).

4.2.2 Capacidade adaptativa

A capacidade adaptativa corresponde à habilidade de superar funcionalmente as dificuldades impostas pela realidade externa à satisfação das exigências pulsionais. Nota-se, portanto, que a referida função psíquica se encontra relacionada à tolerância à frustração. Não obstante, se adaptar não significa se submeter passivamente às restrições impostas pelo meio. Por outro lado, a adaptação também não é a transgressão radical dessas restrições. Em última análise, é possível propor que a adaptação pressupõe a modificação de uma dada relação do indivíduo com o ambiente. Nesse sentido, depende da execução de um considerável remanejamento libidinal. Seguindo esse raciocínio, a capacidade adaptativa de um sujeito é inversamente proporcional à adesividade de sua libido.

4.2.3 Funcionamento defensivo

O funcionamento defensivo refere-se ao conjunto de operações mentais das quais um sujeito lança mão para se proteger das excitações – sejam elas internas ou externas – às quais é submetido. Ou seja: o funcionamento defensivo visa essencialmente à manutenção da constância psíquica. O ego pode ser considerado o agente de tal funcionamento, visto que se afigura como o pólo defensivo da personalidade. Entretanto, a maioria das defesas é empregada inconscientemente pelo ego. Por essa razão, cada sujeito apresenta um repertório relativamente restrito de operações defensivas. Como consequência, não raro seu funcionamento defensivo se mostra inadequado ao contexto situacional no qual o mesmo se inscreve (KUSNETZOFF, 1982).

De qualquer forma, vale salientar que o emprego de operações defensivas não deve ser considerado um processo psicopatológico *a priori*, pois a sobrevivência do aparelho psíquico se encontra intimamente relacionada à sua capacidade de se proteger. Para Freud (1895c/1996), uma defesa pode ser considerada contraproducente apenas quando remete à

revivescência de sentimentos penosos – associados a acontecimentos prévios – dos quais o ego, quando da experiência original, não foi capaz de se defender mediante a execução de investimentos laterais. Tal revivescência, além de gerar excitações internas que provocam desprazer, fomenta uma intensa regressão egóica, influenciando negativamente o equilíbrio da personalidade e o ajustamento do sujeito ao meio.

Perante estímulos potencialmente desestruturantes, o ego se faz valer de diferentes espécies de mecanismos de defesa para proteger o aparelho psíquico. Em função da diversidade de estratégias defensivas descritas, considerou-se pertinente fazer referência no presente estudo apenas àquelas cuja utilização, conforme Laplanche e Pontalis (2000), é consagrada pela literatura científica especializada, a saber: 1) recalque, 2) regressão, 3) formação reativa, 4) isolamento, 5) anulação retroativa, 6) projeção, 7) introjeção, 8) retorno sobre si, 9) inversão de uma pulsão em seu contrário, 10) sublimação, 11) denegação, 12) negação da realidade, 13) racionalização e 14) intelectualização¹⁹.

4.2.4 Capacidade de controle dos impulsos

Os impulsos podem ser entendidos como os estímulos que impelem um indivíduo a exteriorizar seus instintos, assumindo certos esquemas comportamentais decorrentes não de seu trabalho psíquico, mas, sim, de sua herança filogenética. De acordo com Laplanche e Pontalis (2000), tais comportamentos variam pouco de um sujeito para outro e se desenvolvem em conformidade com uma seqüência que usualmente não admite grandes modificações. Os impulsos sexuais e agressivos se destacam dentre os diversos tipos de impulsos existentes, pois, quando levados a efeito, tendem a engendrar um comprometimento da adequação social e moral do sujeito (KUSNETZOFF, 1982). Nesse sentido, Freud

¹⁹ O Anexo D apresenta definições de tais operações psíquicas.

(1909b/1996) afirma que o indivíduo que não se mostra apto a controlar seus impulsos é privado das principais conquistas da civilização.

O controle dos impulsos é considerado um indicativo da estruturação do ego, já que usualmente ocorre graças ao emprego inconsciente que tal instância faz dos mecanismos de defesa dos quais dispõe. A repressão se destaca como o mecanismo de defesa mais utilizado no embate egóico contra os impulsos – sobretudo sexuais. No entanto, outras operações psíquicas podem se mostrar mais operantes nesse processo, tais como a sublimação e a formação reativa (FREUD, 1926/1996). Vale destacar também que o domínio total dos impulsos não é obtido sem a ocorrência de sintomas psíquicos. Tomando-se como base esse pressuposto, conclui-se que o ego deve ser flexível a ponto de controlar os impulsos que podem comprometer o ajustamento do indivíduo e ocasionalmente possibilitar a satisfação daqueles que não oferecem maiores riscos nesse sentido.

4.2.5 Imago das figuras parentais

As imagos são representações inconscientes de personagens importantes na vida do sujeito. Constituída a partir das primeiras relações – sejam elas reais ou fantasísticas – com o meio familiar, a imago das figuras parentais deve ser entendida como um esquema imaginário amplo, e não como uma mera imagem. Logo, não se trata de um reflexo do real, e, sim, como um produto do mundo interno do indivíduo. Por essa razão, pode-se desdobrar tanto em sentimentos quanto em comportamentos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000). A imago das figuras parentais se sobressai dentre outras imagos existentes no aparelho psíquico porque influencia de forma determinante a apreensão que o indivíduo faz não apenas de seus pais, mas também de todos com quem convive.

4.2.6 Dinâmica das relações interpessoais

A dinâmica das relações interpessoais pode ser entendida basicamente como uma tendência particular que serve como parâmetro para os contatos que o indivíduo estabelece com aqueles que o cercam. Sabe-se que o relacionamento de um sujeito com o mundo externo é moldado pelos recursos e limites de sua personalidade. É possível cogitar, assim, que um indivíduo tende a interagir com todas as pessoas com as quais convive em função de um padrão básico. Obviamente as relações interpessoais se desenvolvem de maneira relativamente diversificada, pois os pares do sujeito também desempenham um papel importante nesse processo. Vale destacar, porém, que a apreensão fantasística que o sujeito faz de seus pares é mais determinante para a dinâmica de suas relações interpessoais do que as reais características dos mesmos.

4.2.7 Organização afetiva

O termo “afetividade” usualmente é empregado de forma genérica para fazer referência à dimensão psíquica ou às ressonâncias emocionais das experiências humanas. Nota-se, assim, que a organização afetiva compreende diversos tipos de vivências psíquicas, dentre as quais se destacam, por exemplo, os sentimentos, as emoções, as paixões, os desejos, os amores, os conflitos, as necessidades, os humores e obviamente os afetos. Tendo em vista os objetivos do presente estudo, a análise da organização afetiva das participantes será executada mais especificamente em função da identificação de seus afetos, de suas necessidades e de seus conflitos psíquicos.

Segundo Dalgarrondo (2000), o afeto pode ser definido genericamente como o tônus emocional que acompanha uma representação decorrente de uma dada experiência. Sob a ótica da psicanálise, o afeto é entendido mais especificamente como a expressão qualitativa da energia pulsional (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000). Os afetos, assim, possuem certa

autonomia em relação às representações, de modo que são capazes de se transformar mediante o emprego de operações psíquicas específicas. O afeto reprimido após a ocorrência de um determinado acontecimento marcante, por exemplo, não necessariamente assumirá um caráter patogênico permanente, pois pode encontrar um novo destino se o aparelho psíquico operar no sentido de lhe conferir uma descarga emocional mais adequada.

Já as necessidades são definidas como forças que organizam a percepção do indivíduo e o conduzem – geralmente inconscientemente – a certas tendências ou ações que visam a transformar uma situação insatisfatória (MURRAY, 1959). Em função da multiplicidade de necessidades descritas pela literatura científica especializada, considerou-se pertinente fazer referência no presente estudo apenas àquelas cujo emprego, conforme França e Silva (1984), é mais usual, a saber: 1) humilhação, 2) realização, 3) afiliação, 4) agressão, 5) autonomia, 6) rejeição, 7) sexo, 8) entretenimento, 9) aquisição, 10) mudança, 11) aventura, 12) curiosidade, 13) oposição, 14) excitação emocional, 15) nutrição, 16) passividade, 17) deferência, 18) autodefesa física, 19) autodefesa psíquica, 20) retenção, 21) sensualidade, 22) conhecimento, 23) reconhecimento, 24) dominância, 25) proteção exercida e 26) proteção reclamada²⁰.

Os conflitos psíquicos surgem quando duas ou mais exigências internas contrárias se opõem umas às outras na dinâmica mental. Do ponto de vista tópico, os conflitos podem ser analisados a partir da incompatibilidade dos interesses defendidos por cada uma das instâncias psíquicas. Em contrapartida, levando-se em conta as concepções dinâmicas e econômicas, é possível atribuir a ocorrência de conflitos à existência de pulsões, afetos, necessidades e desejos incongruentes. Ou seja: os conflitos são inerentes ao funcionamento psíquico e, em certa medida, são constitutivos dos seres humanos. Cumpre assinalar, contudo, que eventualmente se tornam processos psicopatológicos, pois podem culminar com a formação de sintomas (LAPLANCHE; PONTALIS, 2000).

²⁰ O Anexo D apresenta definições de tais necessidades.

5. JUSTIFICATIVA

Como salientado anteriormente, a revisão sistemática da literatura realizada para os fins do presente estudo revelou que, de 1995 a 2005, apenas duas pesquisas voltadas especificamente à compreensão da influência na personalidade na ocorrência da recidiva do câncer de mama foram publicadas em periódicos científicos indexados. O desenvolvimento de novas pesquisas, portanto, se destaca como um imperativo para o avanço dos conhecimentos sobre o assunto. A referida revisão bibliográfica sugere ainda a proficuidade de desenhos metodológicos diferenciados, visto que é possível constatar uma certa tendência à repetição em termos teóricos e técnicos por parte dos autores que vêm explorando o tema em pauta. Justifica-se, assim, não apenas o objetivo, mas também a metodologia do presente estudo.

O conhecimento oriundo do presente estudo pode subsidiar o aprimoramento da assistência multidisciplinar oferecida não apenas às participantes, mas também a outras pacientes acometidas por câncer de mama em tratamento ou reabilitação. Afinal, a avaliação psicológica se destaca como um recurso de extrema relevância para a coleta de dados passíveis de utilização no planejamento de intervenções na área da saúde (CAPITÃO et al., 2005). Além disso, os resultados obtidos, se complementados com os achados de pesquisas posteriores, podem contribuir para a identificação de possíveis fatores psicológicos associados à recidiva oncológica, fomentando, conseqüentemente, o delineamento de ações de caráter preventivo.

6. MÉTODO

6.1 Desenho metodológico

O enfoque idiográfico foi privilegiado no presente estudo, uma vez que, como aponta a literatura científica especializada (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000; LAZARUS; MONAT, 1984), o mesmo se destaca – em contraste com o enfoque nomotético – como o mais proveitoso para subsidiar a compreensão da personalidade de um indivíduo em sua singularidade. Assim sendo, os dados obtidos foram submetidos a análises majoritariamente qualitativas, descritivas e exploratórias. Vale destacar também que se considerou pertinente adotar o recorte transversal e o método clínico de pesquisa, de modo que se optou por avaliar exaustivamente, em um momento circunscrito, um grupo relativamente reduzido de sujeitos mediante o emprego de um conjunto de técnicas.

Estudos de caso foram organizados com o intuito de sistematizar e apresentar os resultados. Tal estratégia metodológica se caracteriza basicamente pela análise em profundidade do objeto de investigação e pela preocupação com o aspecto unitário e com o caráter multifacetado do mesmo (CHIZZOTTI, 2000; GOODE; HATT, 1979; LÜDKE; ANDRÉ, 1986; TRIVIÑOS, 1992; YIN, 1994). Logo, os estudos de caso se destacam como um valioso recurso não apenas para a execução de pesquisas científicas, mas também para o desenvolvimento de práticas profissionais em diversas áreas (PERES; SANTOS, 2005). No que se refere ao presente estudo, a utilização de estudos de caso se justifica basicamente tendo em vista que, por se afigurar como um todo complexo, o objeto de investigação – a personalidade das participantes – atende ao principal critério proposto por Stake (2000) para a caracterização de um caso.

Ressalte-se, todavia, que os autores especializados se prestam mais a divergências do que a convergências no que se refere à definição da finalidade norteadora dos estudos de caso. Alguns autores defendem que a estratégia metodológica em pauta deve visar essencialmente à

obtenção de achados generalizáveis e a formulação de “leis universais” (ALMEIDA; FREIRE, 1997; CAMPBELL; STANLEY, 1970; KERLINGER, 1980). Em contrapartida, outros autores acreditam que os estudos de caso voltados exclusivamente à compreensão de um objeto particular também são válidos, pois fornecem – ainda que indiretamente – subsídios para pesquisas posteriores que podem favorecer a compreensão de outros objetos (SELLTIZ et al., 1965). Já Lüdke e André (1986) adotam uma postura ainda mais flexível, afirmando que o interesse de um estudo de caso incide exclusivamente naquilo que o objeto de investigação possui de singular.

Stake e Trumbull (1982), por sua vez, propõem uma resolução a esse impasse tomando como ponto de partida o conceito de generalização naturalística. Segundo os autores em questão, qualquer estudo de caso oferece ao leitor a possibilidade de estabelecer generalizações naturalísticas, ou seja, associar dados oriundos de suas experiências pessoais com as informações apresentadas e discutidas pelo pesquisador acerca do objeto investigado. Tais generalizações permitem ao leitor identificar quais das interpretações formuladas pelo pesquisador são aplicáveis a seu objeto de análise. Publicações mais recentes – dentre os quais se destacam os trabalhos de Valles (1997) e Stake (2000) – também têm adotado esse raciocínio e proposto que os estudos de caso podem se prestar, na realidade, tanto à compreensão de objetos específicos quanto à formulação de “leis universais”.

6.2 Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por um grupo de oito mulheres acometidas por câncer de mama que cumpriram o tratamento médico preconizado para o controle da enfermidade e não apresentavam indícios clínicos de qualquer tipo de neoplasia maligna há mais de cinco anos, denominado Grupo 1, e por um grupo de oito mulheres acometidas por câncer de mama que, a despeito de terem cumprido o tratamento médico

preconizado para o controle da enfermidade, apresentavam recidiva da doença em questão ou outro tipo de neoplasia maligna, denominado Grupo 2.

O Quadro 7 e o Quadro 8 apresentam dados de identificação das participantes e esclarecem que as mesmas eram, em sua maioria, donas-de-casa casadas na faixa dos 50 anos de idade que não chegaram a completar o ensino fundamental. Seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios com o intuito de preservar-lhes o anonimato. Já o Quadro 9 e o Quadro 10 sintetizam informações clínicas. Assim, revelam que, na maior parte dos casos, não havia antecedentes familiares da doença e que o tratamento envolveu a combinação de cirurgia do tipo Patey e quimioterapia e radioterapia adjuvantes.

6.2.1 Critérios de inclusão das participantes

Foram incluídas no Grupo 1 mulheres acometidas por câncer de mama: 1) que se submeteram ao tratamento médico preconizado para o tratamento da referida enfermidade; 2) que não apresentavam indícios clínicos de qualquer tipo de neoplasia maligna há mais de cinco anos; 3) que não apresentavam antecedentes psiquiátricos, suspeita de déficit intelectual, quadros demenciais ou distúrbios da comunicação que pudessem comprometer a interação com o pesquisador e 4) que concordaram em participar do presente estudo, formalizando sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Já no Grupo 2 foram incluídas mulheres acometidas por câncer de mama: 1) que se submeteram ao tratamento médico preconizado para o tratamento da referida enfermidade; 2) que apresentavam recidiva do câncer de mama ou outro tipo de neoplasia maligna; 3) que tomaram conhecimento da recidiva há pelo menos três meses; 4) que estavam cumprindo o tratamento preconizado para a recidiva; 5) que não apresentavam antecedentes psiquiátricos, suspeita de déficit intelectual, quadros demenciais ou distúrbios da comunicação que

pudessem comprometer a interação com o pesquisador e 6) que concordaram em participar do presente estudo, formalizando sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

6.3 Estratégia de composição da amostra

A amostra do presente estudo foi composta por mulheres vinculadas à Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer. Trata-se de uma organização não-governamental voltada à promoção do bem-estar de pacientes oncológicos da região central do Estado de São Paulo. Atualmente a instituição oferece a aproximadamente duas centenas de usuários – portadores de diferentes tipos de câncer encaminhados por seus respectivos oncologistas – apoio social e disponibiliza assistência multidisciplinar especializada, contando com terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e psicólogos. Foram inicialmente elegíveis para a amostra do presente estudo todas as trinta e duas pacientes vinculadas à Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer que, segundo os registros da instituição²¹, se enquadravam nos critérios de inclusão 1 e 2 estabelecidos para o Grupo 1 e nos critérios 1, 2 e 3 estabelecidos para o Grupo 2.

²¹ O enquadramento das pacientes nos demais critérios de inclusão foi definido a partir do contato telefônico, uma vez que os dados disponíveis nos cadastros da instituição não eram suficientes para tanto.

Participantes	Idade	Escolaridade	Ocupação atual	Estado civil
Cecília	65 anos	Ensino superior completo	Professora	Casada
Ângela	58 anos	Ensino fundamental incompleto	Dona-de-casa	Casada
Paula	66 anos	Ensino fundamental incompleto	Dona-de-casa	Casada
Mônica	62 anos	Ensino fundamental incompleto	Dona-de-casa	Viúva
Ester	52 anos	Ensino fundamental incompleto	Artesã	Amaziada
Joana	53 anos	Ensino fundamental incompleto	Cozinheira	Solteira
Quitéria	60 anos	Ensino fundamental incompleto	Dona-de-casa	Amaziada
Ifigênia	55 anos	Ensino fundamental incompleto	Dona-de-casa	Casada

Quadro 7 - Dados de identificação das participantes (Grupo 1)

Participantes	Idade	Escolaridade	Ocupação atual	Estado civil
Anastácia	42 anos	Ensino superior completo	Professora	Casada
Catarina	58 anos	Ensino fundamental completo	Dona-de-casa	Casada
Luzia	62 anos	Ensino fundamental incompleto	Dona-de-casa	Casada
Isabel	55 anos	Ensino fundamental incompleto	Empregada doméstica	Casada
Bárbara	50 anos	Ensino médio incompleto	Dona-de-casa	Casada
Úrsula	56 anos	Ensino médio completo	Comerciante	Casada
Emília	65 anos	Ensino fundamental incompleto	Empregada doméstica	Casada
Madalena	41 anos	Ensino fundamental incompleto	Costureira	Divorciada

Quadro 8 - Dados de identificação das participantes (Grupo 2)

Participantes	Antecedentes familiares	Ano do diagnóstico	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia	Hormonioterapia
Cecília	Não	1997	Quadrantectomia	Adjuvante	Adjuvante	Sim
Ângela	Não	1999	Quadrantectomia	Não	Adjuvante	Sim
Paula	Não	1996	Patey	Não	Adjuvante	Não
Mônica	Não	1997	Patey	Adjuvante	Adjuvante	Não
Ester	Não	1997	Patey	Neo-adjuvante	Adjuvante	Não
Joana	Não	1995	Halsted	Neo-adjuvante	Adjuvante	Não
Quitéria	Não	1995	Quadrantectomia	Adjuvante	Adjuvante	Sim
Ifigênia	Não	1996	Halsted	Adjuvante	Adjuvante	Sim

Quadro 9 - Dados clínicos das participantes (Grupo 1)

Participantes	Antecedentes familiares	Ano do diagnóstico	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia	Hormonioterapia	Ano da recidiva
Anastácia	Não	1998	Madden	Adjuvante	Adjuvante	Sim	2004
Catarina	Sim	1990	Madden	Adjuvante	Adjuvante	Sim	2003
Luzia	Não	1996	Patey	Neo-adjuvante	Neo-adjuvante	Sim	2004
Isabel	Não	1999	Patey	Adjuvante	Adjuvante	Não	2003
Bárbara	Não	1998	Patey	Adjuvante	Adjuvante	Não	2001
Úrsula	Não	1999	Quadrantectomia	Adjuvante	Adjuvante	Não	2002
Emília	Não	1999	Patey	Adjuvante	Adjuvante	Não	2004
Madalena	Não	2001	Patey	Neo-adjuvante	Adjuvante	Sim	2005

Quadro 10 - Dados clínicos das participantes (Grupo 2)

Dentre essas pacientes, foram selecionadas, mediante sorteio aleatório, dezesseis mulheres, sendo oito de cada grupo, para compor a amostra do presente estudo²². As sorteadas foram solicitadas, via telefone, a participar espontaneamente da coleta de dados. Todavia, constatou-se, a partir do contato telefônico, que duas mulheres haviam falecido e uma havia se mudado para outra cidade. Um segundo sorteio foi então realizado para que se pudesse obter outras três mulheres. Das oito mulheres contatadas que poderiam compor o Grupo 1, uma não atendia ao critério 3 e outra ao critério 4. Em contrapartida, três das oito pacientes contatadas que poderiam compor o Grupo 2 não atendiam ao critério 6. Assim, um terceiro sorteio – no qual foram obtidas outras cinco mulheres – se impôs e viabilizou que se completasse definitivamente a amostra.

Todas as mulheres com as quais o pesquisador fez contato telefônico que se disponibilizaram a colaborar com o estudo foram informadas que: 1) a identidade das participantes do presente estudo seria preservada; 2) as informações solicitadas seriam utilizadas para fins científicos; 3) não existiria risco significativo em se submeter aos procedimentos previstos; 4) a coleta de dados seria realizada na sede da Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer ao longo de três sessões de cerca de uma hora cujas datas seriam agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes; 5) as despesas relativas ao transporte das participantes até o local da coleta de dados seriam de responsabilidade do pesquisador e 6) uma eventual recusa não implicaria em nenhuma espécie de prejuízo ao atendimento oferecido pela instituição.

²² Deve-se esclarecer que o recorte temporal foi o critério adotado para a definição do tamanho da amostra e que a coleta de dados se estendeu pelo período compreendido entre os meses de Maio de 2005 e Maio de 2006, tendo sido iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A delimitação desse período se fundamentou em uma estimativa do número de participantes que seria apropriado tendo em vista o desenho metodológico do presente estudo, por um lado, e do número de sessões necessárias para concluir a coleta de dados com cada uma delas, por outro lado. Ademais, deve-se esclarecer que a manutenção desse período se justificou porque viabilizou a coleta de dados junto ao número pretendido de participantes.

6.4 Instrumentos

A literatura científica especializada aponta que certas limitações e restrições são inerentes aos recursos passíveis de utilização em testagem psicológica (HOGAN, 2006; LOURENÇO VAN KOLCK, 1981). A combinação de dois ou mais instrumentos é, assim, apontada como o procedimento mais adequado. Em função disso, no presente estudo optou-se por executar a coleta de dados mediante o emprego de uma técnica projetiva e uma entrevista psicológica. Vale destacar que a combinação de instrumentos de diferentes tipos é uma tendência relativamente recente em avaliação psicológica, uma vez que há algumas décadas a seleção dos recursos a serem utilizados em um processo de testagem era norteadada exclusivamente pelo referencial teórico adotado pelo examinador.

Atualmente a integração de instrumentos passou a ser inquestionavelmente mais valorizada tanto na pesquisa científica quanto na prática profissional em avaliação psicológica (CUNHA, 2000). O fato de um grande número de estudos recentes ter sido desenvolvido com dados decorrentes da aplicação conjunta de técnicas que se encontram relacionadas a diferentes abordagens teóricas pode ser entendido como uma prova disso. Ou seja: a combinação de técnicas subjetivas baseadas no referencial psicanalítico com recursos mais sistemáticos inspirados nos princípios cognitivo-comportamentais não é mais considerada uma escolha metodológica arriscada.

6.4.1 Entrevista psicológica

A entrevista é um instrumento de investigação muito difundido, pois é utilizado por profissionais de diferentes especialidades com uma imensa variedade de objetivos. A entrevista

psicológica tem precedência histórica sobre os demais instrumentos de avaliação psicológica e se destaca como uma técnica de grande relevância, visto que possibilita uma investigação ampla e merecedora de crédito acerca do psiquismo do entrevistado (BLEGER, 1987). Ademais, mostra-se, como aponta Tavares (2000), especialmente útil por facilitar o acesso a informações que não seriam obtidas mediante o emprego de outros procedimentos e por viabilizar a exploração de eventuais contradições sugeridas a partir da análise dos dados decorrentes da utilização de instrumentos padronizados.

Com o propósito de coletar sistematicamente informações a respeito da história de vida das participantes e, conseqüentemente, obter dados acerca da capacidade adaptativa, da dinâmica dos relacionamentos interpessoais, das imagens das figuras parentais e da organização afetiva das mesmas, foram elaborados pelo pesquisador especialmente para o presente estudo dois roteiros semi-estruturados de entrevista psicológica, sendo um para cada grupo da amostra. O roteiro utilizado com as mulheres do Grupo 1 subdivide-se em nove tópicos principais, a saber: 1) composição familiar; 2) história pessoal; 3) história familiar; 4) antecedentes de doenças físicas; 5) diagnóstico; 6) conhecimentos sobre o câncer de mama; 7) tratamento; 8) vida atual e 9) projeto de vida (Anexo B).

Já o roteiro empregado com as mulheres do Grupo 2 é constituído por 11 tópicos: 1) composição familiar; 2) história pessoal; 3) história familiar; 4) antecedentes de doenças físicas; 5) diagnóstico; 6) conhecimentos sobre o câncer de mama; 7) tratamento; 8) recidiva; 9) tratamento da recidiva; 10) vida atual e 11) projeto de vida (Anexo C). Evidencia-se, portanto, que os dois roteiros seguem um padrão básico, mas levam em consideração as especificidades de cada um dos grupos. Dessa forma, permitem a exploração de conteúdos referentes às experiências

associadas ao controle da doença no Grupo 1, por um lado, e às vivências desencadeadas pela recidiva no Grupo 2, por outro lado.

A inclusão de uma entrevista psicológica na bateria de técnicas selecionadas para o presente estudo justifica-se tendo em vista que, como apontam diversos autores, existem inúmeras evidências empíricas da proficuidade desse instrumento como recurso auxiliar na investigação da personalidade (MARTINS; BICUDO, 1994; TAVARES, 2000). Vale destacar, contudo, que se optou por organizar um roteiro semi-estruturado com o intuito de dirigir a entrevista segundo determinados aspectos considerados de maior relevância pelo pesquisador – o que ajuda a tornar os relatos homogêneos, em maior ou menos grau, no que diz respeito aos temas abordados – e, ao mesmo tempo, oferecer às participantes a oportunidade de configurar o campo da entrevista conforme suas características individuais, auxiliando-as, assim, a emitir respostas efetivamente condizentes com suas opiniões e concepções.

6.4.2 Teste de Apercepção Temática (TAT)

O Teste de Apercepção Temática (TAT) foi sistematizado nos Estados Unidos da América por Henry Murray e seus colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard em 1935 e posteriormente reformulado em 1942 (FREITAS, 2000). Esta técnica fundamenta-se no processo de apercepção²³ e tem como objetivo tanto a projeção de aspectos mais diretamente relacionados à organização da personalidade quanto a expressão de conflitos, dificuldades, anseios, aspirações e mecanismos de defesa (JACQUEMIN, 1981; SILVA, 1989). O teste organiza-se da seguinte forma: no exame completo apresentam-se ao sujeito, uma por vez, 19 pranchas com figuras em

²³ Por apercepção entende-se a “integração de uma percepção com a experiência passada e com o estado psicológico atual do sujeito” (LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1981, p. 284). Trata-se, portanto, de um processo mais amplo do que a projeção.

preto e branco e 1 prancha totalmente em branco. O sujeito deverá elaborar uma estória²⁴ a partir da observação de cada uma das pranchas e em seguida responder a um inquérito para esclarecimentos.

O TAT foi incluído na bateria de instrumentos do presente estudo com o objetivo básico de possibilitar a investigação da organização afetiva, do funcionamento defensivo, da imago das figuras parentais, da dinâmica das relações interpessoais, da integração lógica e do controle dos impulsos das participantes. Optou-se pela utilização do TAT levando-se em conta que se trata de um instrumento considerado dos mais profícuos para o exame da personalidade (CHABERT, 2004; FRANÇA E SILVA, 1984; JACQUEMIN, 1981; MORVAL, 1982; SILVA, 1989). Ademais, possibilita, em contraste com outras técnicas semelhantes, o acesso tanto a elementos estruturais quanto a componentes dinâmicos do psiquismo (FREITAS, 2000; LOURENÇÃO VAN KOLCK, 1981).

Faz-se necessário reconhecer que o TAT, a despeito de ser utilizado em larga escala no mundo todo, apresenta, em maior ou menor grau, restrições em termos de validade e precisão comuns às técnicas projetivas, posto que a natureza essencialmente subjetiva desses instrumentos dificulta a mensuração de suas propriedades psicométricas. Com o objetivo de minimizar tais restrições, sobretudo no que se refere à precisão, optou-se por adotar no presente estudo certos procedimentos metodológicos especiais. Desse modo, a avaliação dos dados oriundos do emprego do instrumento em questão foi conduzida às cegas por juízes especializados. Além disso, um rigoroso sistema de avaliação foi organizado pelo pesquisador para nortear o trabalho dos juízes.

²⁴ O verbete “estória” será privilegiado em detrimento do verbete “história” para enfatizar o aspecto ficcional das produções.

6.5 Técnica de coleta de dados

As participantes foram avaliadas individualmente na sede da Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer em uma sala reservada e com condições apropriadas de acomodação, iluminação e ventilação. As diretrizes propostas pela resolução federal que estabelece os cuidados éticos a serem observados em pesquisas com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) foram rigorosamente seguidas na coleta de dados. Assim, antes do início dos procedimentos o pesquisador forneceu novamente às participantes os esclarecimentos necessários sobre o estudo, aprofundando as informações apresentadas quando da ocasião do contato telefônico inicial. Ademais, as mesmas foram conscientizadas que, a despeito de terem concordado previamente em se submeter à coleta de dados, poderiam mudar de idéia a qualquer momento.

Todavia, nenhuma das dezesseis mulheres optou por isso, de modo que todas elas formalizaram sua anuência em participar do presente estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Em virtude da extensão dos instrumentos, o processo de avaliação foi dividido em três sessões, de cerca de uma hora e dez minutos de duração cada, concluídas ao longo de um período de quinze dias²⁵. A primeira sessão de coleta de dados teve início com a entrevista psicológica, que foi realizada em situação face-a-face, direcionada segundo o roteiro semi-estruturado pertinente e gravada em áudio mediante o consentimento prévio das participantes.

A segunda sessão de coleta de dados foi executada com o emprego do TAT. As recomendações técnicas propostas por França e Silva (1984) nortearam a aplicação do referido instrumento. Desse modo, as participantes foram solicitadas inicialmente a elaborar uma estória

²⁵ Optou-se por estipular tal período tendo em vista que, de acordo com França e Silva (1984), deve-se manter um intervalo de, no mínimo, uma semana entre a aplicação das dez primeiras e das dez últimas pranchas do TAT.

com começo, meio e fim a partir da observação de cada uma das pranchas e a criar um título para as histórias após tê-las concluído. Ao final da sessão, um inquérito foi adotado para esclarecimentos. As instruções iniciais foram apresentadas em três momentos, sendo o último deles subsequente à elaboração da história, tal como se observa com a seguinte divisão:

1	<i>“A atividade que vamos realizar é simples. Vou lhe mostrar algumas pranchas e gostaria que você contasse uma história, com começo, meio e fim, a partir do que você visualizar em cada uma delas. Você poderá utilizar o tempo que quiser. Não existem histórias certas ou erradas. Todas elas são válidas. Enquanto você estiver contando as histórias, vou anotar a forma como você está trabalhando. Podemos começar?”</i>
2	<i>“Gostaria que você me contasse uma história com começo, meio e fim sobre o que você está vendo nessa prancha”.</i>
3	<i>“Muito bem! Agora eu gostaria que você criasse um título para essa história que você acabou de me contar”.</i>

É preciso salientar, contudo, que, dadas as suas especificidades, a prancha 16 exigiu instruções diferenciadas, apresentadas em dois momentos, a saber:

1	<i>“Gostaria que você me dissesse o que você é capaz de ver neste cartão em branco. Imagine que existe nele algum quadro (imagem) e faça a sua descrição detalhada”.</i>
2	<i>“Muito bem! Agora me conte uma história com começo, meio e fim sobre isso”.</i>

Atendendo às recomendações técnicas propostas pela literatura científica especializada, foram aplicadas na segunda sessão de coleta de dados apenas as dez primeiras pranchas do TAT. Vale destacar também que se considerou pertinente adotar, nessa segunda sessão, as pranchas 3RH e 8RH – e não as pranchas 3MF e 8MF, como seria de se esperar em função do gênero das participantes – tendo em vista que, a despeito de originalmente destinadas apenas a homens, não raro as mesmas são aplicadas em sujeitos de ambos os gêneros por se mostrarem mais produtivas

do que suas equivalentes femininas²⁶ (CHABERT, 2004; SILVA, 1989). Na segunda sessão de coleta de dados, portanto, foram empregadas, respectivamente, as pranchas 1, 2, 3RH, 4, 5, 6MF, 7MF, 8RH, 9MF e 10.

As participantes demonstraram, em sua maioria, algumas resistências quando da apresentação das instruções, referindo inaptidão narrativa ou alegando falta de criatividade para contar histórias. Diante dessas resistências, o pesquisador considerou por bem enfatizar que a capacidade criativa não seria levada em conta e que não existem histórias certas ou erradas. Todas elas, então, consentiram com a atividade. Vale destacar também que parte das participantes fez perguntas antes de iniciar a tarefa, tais como “*Tem que começar assim: ‘era uma vez...’, que nem num conto de fadas?*” ou “*A história tem que ter final feliz?*”.

As respostas do pesquisador foram apresentadas, em linhas gerais, da seguinte maneira: “*Gostaria que você contasse uma história a partir do que você está vendo nessa prancha. Você pode contar a história da forma que quiser, mas procure contar uma história que tenha começo, meio e fim*”. Apesar de inespecíficas, tais respostas eliminaram as resistências iniciais em todos os casos, de modo que não houve recusas à aplicação do instrumento em pauta. As recomendações técnicas propostas por França e Silva (1984) foram adotadas para a aplicação do inquérito do TAT, de forma que se optou por não executar intervenções enquanto as participantes relatavam suas histórias. Todos os questionamentos considerados pertinentes foram apresentados após a aplicação do conjunto de pranchas selecionadas para a sessão.

A elaboração desses questionamentos foi norteada em função de quatro objetivos básicos, a saber: 1) determinar quem são os personagens, o que pensam, o que sentem e o que fazem; 2) esclarecer o conteúdo e a tonalidade afetiva das descrições; 3) avaliar o impacto que cada

²⁶ As pranchas do TAT produzidas no Brasil e identificadas com as iniciais RH são originalmente destinadas a adolescentes ou adultos do gênero masculino, ao passo que as pranchas identificadas com as iniciais MF são originalmente destinadas a adolescentes e adultos do gênero feminino.

personagem causou no examinando e 4) definir o desfecho da estória narrada. Por essa razão, a utilização de perguntas previamente formuladas se mostrava contraproducente. O inquérito, assim, subdividiu-se em duas etapas. Na primeira delas era feita uma solicitação introdutória padronizada: *“Você me contou várias estórias interessantes. Agora eu gostaria que você me explicasse melhor cada uma delas. Aqui está novamente a primeira prancha”*. Já na segunda etapa do inquérito eram executadas as perguntas consideradas pertinentes em função dos relatos coletados.

Toda a aplicação do TAT – da apresentação das pranchas ao emprego do inquérito para cada uma das participantes – foi gravada em áudio. Ademais, o pesquisador registrou o tempo de latência (TL) e o tempo total (TT) de cada um dos relatos e anotou tanto as reações não-verbais às pranchas quanto os pontos principais das estórias coligidas com o intuito de direcionar as questões a serem apresentadas durante o inquérito. Tomou-se ainda o cuidado de, imediatamente após a conclusão de cada uma das estórias, retirar as pranchas do alcance visual das participantes, visando a evitar que o estímulo anterior influenciasse a elaboração da estória referente à prancha subsequente. As pranchas foram novamente disponibilizadas quando da aplicação do inquérito.

Na terceira e última sessão de coleta de dados foi concluída a aplicação do TAT, o que ocorreu mediante o emprego das pranchas 11, 12F, 13HF, 14, 15, 16, 17MF, 18MF, 19 e 20, respectivamente. Originalmente, as pranchas 17MF e 18MF são indicadas para adolescentes e adultos do gênero feminino, ao passo que a prancha 13HF é aplicável tanto para homens quanto para mulheres de idade adulta e a prancha 12F é destinada apenas para adultos do gênero feminino. Conclui-se, portanto, que na segunda etapa de aplicação do TAT não se considerou necessário adotar pranchas alternativas. Ressalte-se também que, antes da apresentação da prancha 11, as participantes receberam as seguintes instruções:

1	<i>“A atividade que vamos realizar hoje é igual àquela que realizamos no nosso último encontro. Ou seja: novamente eu vou lhe mostrar algumas pranchas e gostaria que você contasse uma estória, com começo, meio e fim, a partir do que você visualizar em cada uma delas. Você poderá utilizar o tempo que quiser. Não existem estórias certas ou erradas. Todas elas são válidas. Enquanto você estiver contando as estórias, vou anotar a forma como você está trabalhando. Podemos começar?”</i>
2	<i>“Então eu gostaria que você me contasse uma estória com começo, meio e fim sobre o que você está vendo nessa prancha”.</i>

Ao contrário do que ocorreu na primeira etapa de aplicação do instrumento em questão, na segunda etapa diversas participantes se queixaram dos estímulos apresentados. A maioria delas afirmou que certos desenhos eram “feios”, “estranhos”, “muito escuros”, “amedrontadores” ou “sem sentido”. Esse tipo de reação, contudo, é, em maior ou menor grau, esperado, já que as dez últimas pranchas são propositalmente mais ambíguas e menos estruturadas. Por fim, é preciso salientar que a ausência de qualquer estímulo pictórico na prancha 16 causou surpresa em muitas das participantes, levando-as a apresentar riso ocasional²⁷.

6.6 Estratégia de avaliação e interpretação de dados

As gravações em áudio das entrevistas psicológicas²⁸ realizadas com cada uma das participantes foram transcritas integral e literalmente. O material decorrente desse trabalho foi então submetido a uma análise temática de conteúdo, realizada pelo pesquisador segundo a proposta de Bardin (1979). Por ser uma técnica de tratamento de dados hermenêutica, a análise temática de conteúdo é, conforme Minayo (1992), capaz de subsidiar, a partir do desenvolvimento de inferências e deduções, a identificação de significados latentes

²⁷ Maiores detalhes a respeito serão apresentados nos estudos de caso.

²⁸ Um montante correspondente a aproximadamente 20 horas de gravação.

imperceptíveis no conteúdo manifesto de uma mensagem. Justifica-se, portanto, sua utilização no presente estudo.

As transcrições foram avaliadas mediante a execução dos três procedimentos básicos da análise temática de conteúdo, a saber: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados. O primeiro envolve o empreendimento de uma leitura flutuante do conjunto do material, a organização do conteúdo em temas – ou seja, em unidades de significação naturalmente circunscritas – e o delineamento de hipóteses iniciais. Já o segundo consiste essencialmente na administração de técnicas voltadas à codificação do conteúdo e à agregação dos temas. O terceiro tem como etapa inicial a seleção dos resultados decorrentes da exploração do material²⁹ e como etapa complementar a elaboração de inferências, interpretações e sínteses (BARDIN, 1979).

Deve-se destacar também que os resultados obtidos com a análise temática de conteúdo foram, para melhor compreensão, condensados pelo pesquisador em sínteses interpretativas individuais apresentadas nos estudos de caso. Tais sínteses interpretativas fornecem informações relevantes sobre a história de vida de cada uma das participantes e contemplam as variáveis exploradas pela entrevista psicológica no presente estudo. Como já esclarecido anteriormente, essas variáveis são as seguintes: 1) capacidade adaptativa; 2) imago das figuras parentais; 3) dinâmica das relações interpessoais e 4) organização afetiva.

As gravações em áudio das histórias oriundas do emprego do TAT³⁰ também foram transcritas integral e literalmente. Os comportamentos não-verbais das participantes durante a testagem foram registrados e sistematizadas pelo pesquisador. O conjunto desse material foi encaminhado para dois juízes, ambos psicólogos pós-graduados com experiência no manejo do

²⁹ O resultado final desse trabalho se encontra no Anexo F.

³⁰ Um montante correspondente a aproximadamente 33 horas de gravação.

instrumento em questão. Optou-se por recorrer ao trabalho de juízes no processo de avaliação dos dados com o intuito de evitar uma eventual contaminação dos resultados. Por essa mesma razão, os juízes avaliaram o material independentemente e às cegas, ou seja, tendo conhecimento prévio apenas do sexo, da idade e da escolaridade das participantes.

Os juízes utilizaram um esquema sistematizado pelo pesquisador e constituído por duas partes. A primeira delas é uma introdução explicativa (Anexo D), na qual constam comentários gerais e indicações específicas. A segunda parte é o protocolo de avaliação propriamente dito (Anexo E). As categorias de análise propostas por Morval (1982) representam a base desse protocolo. Porém, foram complementadas com as categorias de análise estabelecidas por França e Silva (1984), Freitas (2000), Murray (1959; 1973), Portuondo (1970) e Silva (1989). Assim, são consideradas sete categorias de análise básicas, a saber: 1) análise formal; 2) identificação do herói; 3) necessidades do herói; 4) relações interpessoais do herói; 5) condutas do herói; 6) pressões do ambiente e 7) desfecho da estória.

As unidades de codificação assinaladas consensualmente pelos juízes foram automaticamente aceitas pelo pesquisador. Já as unidades de codificação assinaladas de maneira discordante foram discutidas caso a caso pelo pesquisador com os juízes até que se chegasse a um comum acordo. O número de unidades de codificação corresponde ao número de proposições não-excluentes do protocolo. Considerou-se, portanto, 116 unidades de codificação. Cumpre assinalar ainda que, após a conclusão do processo de avaliação dos dados, foram determinados os índices de concordância mediante o cálculo da subtração da concordância possível pela discordância real e da posterior divisão do produto dessa operação pelo número de unidades de codificação.

Como revelam o Quadro 11 e o Quadro 12, as médias dos índices de concordância obtidos no conjunto das estórias de cada participante variaram de 0,67 a 0,82. Já a média dos índices de concordância da amostra como um todo foi igual a 0,74. Em conformidade com os parâmetros estabelecidos por Anastasi e Urbina (2000) e Fachel e Camey (2000), esses índices podem ser considerados satisfatórios. Em linhas gerais, a obtenção desses índices é atribuível a dois fatores principais, a saber: 1) a qualificação dos juízes, uma vez que os mesmos são especialistas no TAT e 2) a organização dos protocolos, pois a sistematização de unidades de codificação confere maior precisão ao trabalho de avaliação.

Participantes	Índices
Cecília	0,67
Ângela	0,81
Paula	0,73
Mônica	0,75
Ester	0,69
Joana	0,76
Quitéria	0,82
Ifigênia	0,74

Quadro 11 - Distribuição dos índices de concordância obtidos no conjunto das estórias por participante (Grupo 1)

Participantes	Índices
Anastácia	0,71
Catarina	0,74
Luzia	0,69
Isabel	0,80
Bárbara	0,72
Úrsula	0,79
Emília	0,67
Madalena	0,70

Quadro 12 - Distribuição dos índices de concordância obtidos no conjunto das estórias por participante (Grupo 2)

A seguir, o pesquisador, apoiando-se no trabalho dos juízes³¹ e priorizando uma abordagem qualitativa e exploratória, interpretou as estórias obtidas mediante o emprego do TAT. Para tanto, foram utilizados os critérios de atribuição de significados propostos pelos mesmos autores que forneceram os subsídios necessários para a elaboração do protocolo de avaliação. Ressalte-se que a convergência de indícios foi levada em consideração com o intuito de conferir maior fidedignidade ao trabalho interpretativo. Logo, empreendeu-se uma análise global do conjunto das estórias de cada uma das participantes, procedimento considerado de extrema importância por evitar interpretações baseadas em generalizações indevidas.

Faz-se necessário salientar ainda que sínteses interpretativas individuais foram organizadas pelo pesquisador e inseridas nos estudos de caso mais especificamente em função das variáveis exploradas pelo TAT no presente estudo, a saber: 1)) organização afetiva; 2) integração lógica; 3) funcionamento defensivo; 4) controle dos impulsos; 5) imago das figuras parentais; 6) capacidade adaptativa e 7) dinâmica das relações interpessoais. Ou seja: o

³¹ O resultado final desse trabalho se encontra no Anexo G.

direcionamento do processo interpretativo foi semelhante, em termos das variáveis, àquele adotado a propósito da entrevista psicológica, visando, com isso, a promover uma interlocução entre as análises dos dados oriundos de cada uma das técnicas em questão.

O conjunto dos resultados obtidos foi organizado em uma síntese geral constituída por uma série de quadros sinóticos e posteriormente discutido com base nos achados de pesquisas já citadas ao longo da introdução e da revisão bibliográfica do presente estudo. Além disso, foi interpretado mais especificamente sob a ótica da psicossomática psicanalítica. Com o intuito de viabilizar tal interpretação, optou-se por executar uma articulação entre as proposições de Marty e McDougall, uma vez que ambos podem ser considerados os principais expoentes da abordagem teórica em questão. Cumpre assinalar, contudo, que, visando a obter elementos capazes de fomentar a elaboração de interpretações dotadas de maior sustentação teórica, o pesquisador se apoiou não apenas nas obras dos autores em questão, mas também nos estudos de alguns de seus principais comentadores.

7. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo contou com o aval da presidente da Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer (Anexo H) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo³² (Anexo I). Todas as participantes concordaram espontaneamente em executar as atividades propostas e formalizaram sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Escrito em linguagem simples, objetiva e compreensível, tal documento, além de descrever sucintamente a coleta de dados, assegurava às participantes a preservação de seus direitos.

Desse modo, atestava, em linhas gerais: 1) que as informações concedidas seriam utilizadas em estudos científicos que preservariam a identidade das participantes; 2) que não existiria risco significativo em executar as atividades propostas; 3) que as participantes seriam livres para interromper a coleta de dados em qualquer momento; 4) que uma eventual recusa ao pesquisador não implicaria em nenhuma espécie de prejuízo ao atendimento oferecido na instituição e 5) que eventuais despesas relativas à participação no estudo – tais como transportes ou refeições – seriam de responsabilidade do pesquisador.

As participantes foram informadas ainda de que contariam, caso os procedimentos relativos à coleta dos dados lhes acarretasse qualquer espécie de desconforto emocional, com um atendimento psicológico focal a ser prestado pelo próprio pesquisador, em um horário de comum acordo, com a finalidade específica de promover a ventilação dos sentimentos suscitados³³. Ademais, ressalte-se que a coleta de dados foi agendada e efetuada de acordo com a

³² Processo 179/2005.

³³ Duas participantes – Ângela e Anastácia – recorreram a esse atendimento.

disponibilidade das participantes, o que evidencia que o respeito às mesmas e, em um sentido mais amplo, à própria instituição, foi uma preocupação central do presente estudo.

Nota-se, portanto, que as condutas éticas preconizadas pela resolução federal que estabelece os procedimentos a serem observados em pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996) foram rigorosamente respeitadas. O mesmo pode-se afirmar a propósito das recomendações técnicas para a aplicação de instrumentos psicológicos definidas por órgãos competentes, tais como a *American Educational Research Association*, a *American Psychological Association* e o *National Council on Measurement in Education* (1999) e o Conselho Federal de Psicologia (2004).

8. RESULTADOS³⁴

8.1 Grupo 1

8.1.1 Cecília

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que Cecília considera que, durante a infância, foi preterida em relação às irmãs e ao irmão, como ilustra a seguinte afirmação: “A minha irmã mais velha, que é falecida, era muito dengosa e um tanto quanto frágil. Então ela era bastante mimada pelos meus pais. O meu irmão era o xodó da casa, como todo caçula. E a minha irmã mais nova sempre foi genial, ela sempre foi muito inteligente e se destacou muito por isso. E eu ficava no meio, sabe? Eu... Eu sentia um pouco isso na época. E hoje sinto ainda mais. Eu percebo que não tinha certos privilégios que elas tinham. Por exemplo: minhas irmãs estudaram piano. Eu não. Mas mesmo assim eu aprendi a tocar algumas músicas. E tocava até melhor do que elas”.

Possivelmente por isso a necessidade de reconhecimento parece ocupar um papel central na organização afetiva de Cecília. Essa necessidade se torna evidente levando-se em consideração que, por diversas vezes ao longo da entrevista psicológica, a referida participante procurou se vangloriar, exaltando orgulhosamente suas qualidades e conquistas. Afinal, relatou que, na mocidade, era “linda, esbelta, com um belo cabelo cacheado” e “se saía muito bem nos estudos”, de modo que “causava inveja nas outras moças”. Além disso, disse que sempre foi “transgressora”. Para exemplificar esse predicado, afirmou que não se casou “para sair da casa dos pais e viver à custa do marido”, pois trabalhava como professora desde que concluiu a Escola

³⁴ Em cada um dos estudos de caso serão citados entre aspas extratos de verbalizações obtidas durante a entrevista psicológica, bem como serão apresentadas em caixas de texto histórias decorrentes da aplicação do TAT. A seleção desse material foi motivada por sua representatividade em relação às análises formuladas.

Normal e, contrariando os interesses de seu cônjuge, não abandonou a docência após o matrimônio³⁵.

À necessidade de reconhecimento, portanto, aparentemente se encontra associada a necessidade de realização, já que Cecília se empenha em levar a termo feitos admiráveis. “Eu ingressei na universidade quando já era avó. Eu prestei vestibular e passei em Pedagogia. Aí eu viajava todo dia de São Carlos para Araraquara para estudar. Todas as minhas colegas de classe me consideravam um exemplo de vida”, relatou regozijando-se, mas mantendo a seriedade. Essas características lhe conferem uma certa altivez, de modo que a participante em questão pode, à primeira vista, parecer arrogante aos olhos de um interlocutor pouco complacente. Nessas circunstâncias, corre o risco de ser rejeitada, e não prestigiada.

Entretanto, as relações interpessoais de Cecília sempre foram “muito boas”, segundo sua opinião. “Eu sempre fiz amizade com todos. Com algumas colegas de turma eu tenho contato até hoje. E até mesmo com meus alunos. Muitos deles me abraçam quando me encontram”, referiu. O mesmo parece se aplicar à sua família de origem, como se pode notar tendo em vista a seguinte afirmação: “Com meus pais eu sempre tive um bom relacionamento. E nós nos tornamos ainda mais próximos depois do nascimento das minhas filhas. Com as minhas irmãs e com os meus irmãos também. Eu prezo muito a irmandade, sabe? Os irmãos são a família que continua existindo depois que os pais morrem³⁶”. Não obstante, reconheceu que na atualidade eventualmente surgem “desavenças” entre ela e sua irmã mais nova.

Cumprasse assinalar também que, ao ser questionada sobre sua infância, Cecília mencionou que sua mãe costumava contar histórias para os filhos todas as noites. Porém, por ser muito “severa” e “autoritária”, não raro os castigava, fazendo uso, para tanto, de um ramo de macieira.

³⁵ Cecília se casou aos 20 anos com seu primeiro namorado.

³⁶ Os pais de Cecília faleceram no final da década de 80.

Em contrapartida, afirmou que seu pai era “brando” e “tranquilo”, de forma que sua mãe muitas vezes o julgava “ausente”. Todavia, a participante em questão relatou que as características do pai lhe agradavam. Além disso, mencionou que sempre sentiu “muito orgulho” tanto de seu pai quanto de sua mãe, pois ambos eram conhecidos por serem “ótimos professores”. O interesse de Cecília pela docência, a propósito, aparentemente se deve a esse fato. A representação mental das figuras parentais da mesma, portanto, pode ser considerada positiva.

Cecília falou sucintamente, porém de modo carinhoso, sobre seu marido, referindo que ambos são “muito companheiros”. O casal se prepara para comemorar bodas de ouro. Disse ainda que se considera “boa mãe e boa avó”, pois suas filhas e seus netos a tratam com muita ternura. Afirmou que se sente mais próxima de sua filha mais velha, com quem tem “liberdade para se abrir”. Esse sentimento, a seu ver, é notório e causa incômodo à sua filha mais nova. Cecília também salientou que suas relações familiares se tornaram ainda melhores após seu adoecimento, sobretudo porque ninguém a tratou como “coitadinha”.

O diagnóstico do câncer de mama³⁷, segundo Cecília, a “surpreendeu”, mas não a “chocou”. Ao ser questionada sobre sua reação inicial, contudo, a mesma hesitou e disse que não teve tempo sequer para “pensar” que estava “doente”, já que poucos dias depois da constatação da malignidade do tumor se submeteu ao tratamento cirúrgico preconizado. A seguir, apresentou a seguinte afirmação, encerrando definitivamente o assunto: “Ao contrário de muitas pessoas, eu não acredito que o câncer é causado por mágoas. Eu já vivi uma grande mágoa, mas não vou falar sobre isso. Eu não acho que eu tive câncer por causa dessa mágoa. Se eu achasse isso, eu estaria culpando a pessoa que me causou essa mágoa. E eu não quero fazer isso. Eu não posso nem pensar nisso”.

³⁷ Cecília foi diagnosticada como portadora de câncer de mama em 1997.

Tendo em vista o que precede, pode-se supor que Cecília integra a seu psiquismo, mediante o estabelecimento de conexões associativas, as tensões às quais é submetida. Ressalte-se que o fato da participante em questão se esforçar – de maneira deliberada – para obliterar as associações referentes especificamente à situação relatada não se destaca como um indício contrário a essa hipótese, levando-se em consideração a intensidade da mobilização emocional que poderia ser desencadeada pelo acesso à consciência de um conteúdo potencialmente desestruturante como esse. Contudo, revela que a repressão é uma das estratégias mais representativas de seu repertório defensivo.

Seguindo esse raciocínio, parece razoável cogitar que Cecília, visando a manter sob controle seus sentimentos, pode eventualmente se submeter de modo pragmático à realidade externa. Assim, se mostrará propensa a responder de modo estereotipado a certas situações em que a expressão de emoções – positivas ou negativas – seria natural, o que pode, em última análise, comprometer sua capacidade adaptativa. Essa propensão se torna patente com a seguinte afirmação: “Eu não me deixei abater com o diagnóstico. Em momento algum. Eu pensei assim: ‘essa é uma missão que eu tenho que cumprir. E eu vou cumprir da melhor forma possível’. E foi assim que aconteceu”.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT indica que a integração lógica de Cecília se encontra claramente preservada, tendo em vista que a maioria de suas histórias prima pela coerência, clareza e criatividade. Ressalte-se também que ao longo de toda a testagem a participante manteve uma postura amistosa, seguiu as instruções propostas e respondeu adequadamente tanto às pranchas quanto ao inquérito, demonstrando um raciocínio

bem desenvolvido, uma apurada consciência de interpretação, um notável potencial associativo e, sobretudo, um excelente conhecimento léxico.

Os heróis das histórias de Cecília se empenham em estabelecer vínculos afetivos e demandam aprovação, valorização e prestígio, tal como ilustra o Exemplo 1. Ademais, mobilizam todos os recursos disponíveis – internos ou externos – para atingir objetivos audaciosos e efetivar grandes realizações. Com isso, sentem-se merecedores do enaltecimento a que aspiram. Articulando tais achados com hipóteses formuladas a partir da análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica, constata-se que as necessidades de afiliação, reconhecimento e realização exercem grande influência na organização afetiva da participante.

Cumprе assinalar que, em uma parte das histórias, os personagens que interagem com os heróis também são propensos à afiliação. Em outra parte, contudo, promovem desprezo e abandono. É possível propor, portanto, que a dinâmica das relações interpessoais de Cecília tende a oscilar entre os pólos da aceitação e da rejeição, engendrando ora satisfação e ora sofrimento. Ou seja: para a participante, o meio muitas vezes oblitera a satisfação de suas necessidades mais prementes. Não obstante, a maioria das histórias tem desfecho positivo, pois os heróis são capazes de executar os remanejamentos libidinais necessários para viabilizar seu ajustamento ao ambiente. A extroversão, a iniciativa e a coordenação que os mesmos demonstram são determinantes nesse processo.

Essas características, a propósito, podem ser consideradas o resultado de projeções de Cecília, já que em diversos momentos ao longo da testagem a participante claramente se identificou com os heróis. Mas é preciso salientar que a auto-referência não provocou a invasão de conteúdos emocionais. Cecília apresentou um funcionamento defensivo consistente,

fundamentado, sobretudo, na utilização da intelectualização como recurso protetor. Afinal, recorreu várias vezes ao pensamento concreto com o intuito de neutralizar seus sentimentos. Conseqüentemente, a repressão, mecanismo de defesa empregado em larga escala durante a entrevista psicológica, não se fez tão necessária.

Todavia, uma ressalva a essa observação deve ser mencionada: a repressão foi adotada para viabilizar o controle restritivo de impulsos agressivos eliciados quando da apresentação da prancha 18MF. A motivação dessa agressividade que não pôde ser devidamente exteriorizada seria, segundo o enredo da estória, o autoritarismo da mãe do herói. Partindo do princípio de que, como já mencionado, Cecília afirmou que sua mãe sempre foi muito autoritária, parece coerente afirmar que, embora dotada de valência essencialmente positiva, sua imago da figura materna é sutilmente permeada por sentimentos hostis intoleráveis à consciência. Por fim, vale destacar que o mesmo não se pode afirmar a respeito da imago da figura paterna, a qual se mostrou totalmente positiva nas estórias cujo enredo faz menção às relações entre pais e filhos.

Exemplo 1: Estória elaborada por Cecília mediante a apresentação da prancha 14

T.L.: 0:08'

T.T.: 2:40'

Era o que ele gostava de fazer: sombras... Com as mãos, com os braços, com a cabeça... Ele gostava de ver sua silhueta projetada na parede, seu perfil... E um dia ele percebeu que alguém o olhava sempre do outro lado da rua. Ele percebeu e pensou: “Agora sou eu de corpo inteiro que vou me projetar na minha janela. E agora a minha sombra vai ser vista. Talvez quem puder me ver virá até a mim... Por curiosidade de saber quem eu sou. E verá que eu não sou apenas uma sombra na janela”.

Título: *Sombra*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora contou a estória de um homem que gostava de brincar com sua sombra. E ele tinha expectativa de que alguém, vendo sua sombra, o procurasse... *É. Ele percebeu que alguém olhava para ele. E ele imaginou que essa pessoa poderia procurá-lo. Porque ele queria aparecer para alguém, entende?*

Como assim? *Ele queria... Vamos supor... Ele não queria ser apenas uma sombra. Ele não queria ficar em segundo plano. Ele queria se projetar, aparecer e ser reconhecido de alguma maneira. Ele queria ser valorizado como pessoa.*

Então ele se sente desvalorizado? *Isso, ele acha que o valor dele não é reconhecido como deveria ser. E isso o deixa triste.*

E ele procura mudar essa situação projetando sua sombra pela janela? *Justamente.*

E como vai terminar essa estória? *Ele vai ser reconhecido. Depois de projetar sua sombra, ele vai conseguir aparecer, ter visibilidade e ser valorizado.*

8.1.2 Ângela

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que Ângela possui uma representação mental bastante positiva de suas figuras parentais, já que a mesma referiu com ternura que guarda apenas “boas lembranças” de ambas³⁸. Ademais, salientou que tanto seu pai quanto sua mãe sempre foram muito “generosos” com os filhos. Para ilustrar tal generosidade, a participante mencionou que – ao contrário de outras crianças com as quais conviveu durante a infância pobre na zona rural do interior do Estado de São Paulo – nunca foi obrigada a trabalhar na lavoura para contribuir com o orçamento doméstico, sendo agraciada, assim, com a oportunidade de “brincar, estudar e ser feliz”.

Segundo Ângela, essa oportunidade fez dela uma pessoa amigável e comunicativa. “Ah, eu sou assim mesmo: sou extrovertida, converso, brinco. Mesmo com as pessoas que eu não conheço eu não fico tímida. [...] É por causa da criação que eu tive. Meu pai e minha mãe me ensinaram a ser desse jeito”, afirmou. A sociabilidade da participante – característica evidente desde os primeiros momentos da coleta de dados – tende a favorecer o estabelecimento e a manutenção de relacionamentos saudáveis. Referendando essa hipótese, a mesma mencionou que é estimada por todos aqueles com quem convive: os dois filhos, as duas irmãs, as vizinhas, as companheiras do grupo de terceira idade do bairro, os colegas da Igreja, dentre outras.

Mas vale destacar que a necessidade de afiliação que alimenta sua sociabilidade parece ser intensa a ponto de conduzir eventualmente a uma representação especular de seus pares. Ou seja: Ângela não raro anseia por total reciprocidade no que se refere à disponibilidade para o vínculo. Nas situações em que isso não ocorre, a apreensão – moldada à semelhança de sua imagem – que

³⁸ Os pais de Ângela faleceram no início da década de 90.

a participante tem daqueles que a cercam se torna insustentável, provocando a emergência de um conflito. Certas forças começam sutilmente a atuar com a pretensão de promover a satisfação das necessidades que se encontram frustradas. Outras, antagonicamente, executam movimentos de interdição.

A seguinte frase pode ser entendida como um claro indício desse embate: “Eu gostaria que o meu marido fosse igual eu. Só que ele é muito diferente. E eu não posso fazer nada... A gente tem que aceitar a pessoa do jeito que ela é, né? Ainda mais eu, que sou muito religiosa. Eu escuto sempre isso na Igreja”. O fato de Ângela ter mencionado que o relacionamento com o homem que é seu cônjuge há cerca de trinta anos se destacava como o principal motivo da “tristeza” que vinha experimentando quando da coleta de dados indica que o referido conflito tem ensejado a formação de sintomas psíquicos de natureza depressiva³⁹.

Ressalte-se também que, levando-se em consideração que a participante confidenciou que logo após o matrimônio percebeu que seu marido era “estúpido e frio”, poder-se-ia propor que forças interditoras há tempos assumiram as rédeas de sua dinâmica afetiva, promovendo a submissão às restrições que se impunham à satisfação de suas necessidades e impedindo a execução de tentativas de modificação das bases de suas relações com o meio. Todavia, é preciso mencionar que a insatisfação conjugal se tornou mais acentuada somente nos últimos anos, o que pode ser atribuído a basicamente dois fatores.

Segundo Ângela, a aposentadoria do esposo, ex-caminhoneiro, é um desses fatores, já que, por ter conduzido a uma presença mais efetiva do mesmo no cotidiano familiar, salientou as diferenças entre ambos. O outro fator pode ser constatado a partir da seguinte afirmação da

³⁹ A insatisfação conjugal monopolizou o discurso de Ângela durante a entrevista psicológica. A mesma afirmou que, embora geralmente não goste de tocar no assunto, sentiu-se à vontade para fazê-lo com o pesquisador. Possivelmente por isso recorreu ao atendimento psicológico que lhe havia sido assegurado como direito mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

participante: “Meu filho foi pra mim filho e marido quando eu fiquei doente. O meu marido mesmo não ficou muito assim do meu lado... E eu precisava do apoio dele, porque, quando eu descobri que tinha câncer, eu fiquei muito abalada”. A omissão do cônjuge quando do diagnóstico de Ângela – cuja confirmação ocorreu em 1999 – parece, assim, ter logrado todas as esperanças que ela ainda depositava em uma improvável transformação do relacionamento matrimonial.

Cumprasse assinalar, entretanto, que, mesmo sentindo-se desamparada por seu marido, Ângela se contrapôs de forma ativa à doença e apresentou uma resposta de enfrentamento que sugere uma boa estruturação egóica. “Eu fiquei morando três meses em uma pensão em Jaú pra fazer o tratamento. Não foi fácil... Porque eu não era daquelas que não sabia o que tava acontecendo [...] Só que eu não podia me entregar, né? Então eu lutei com todas as minhas forças contra a doença. Meu médico até falou que se todas as pacientes fossem que nem eu, elas iam se curar rapidinho”, afirmou. É possível propor, portanto, que a participante é dotada de um importante potencial adaptativo. Sua biografia inclusive o atesta, pois fornece diversos indícios do planejamento e da execução de ações eficientes do ponto de vista da adequação à realidade.

Mas o que então estaria inviabilizando um manejo mais apropriado da crise conjugal? A mobilização emocional apresentada por Ângela ao falar sobre o assunto indica que um afluxo excessivo de excitações vem à tona quando a mesma mantém um contato mais próximo com sua realidade interna. A seguinte frase esclarece porque isso ocorre: “Quando eu paro pra pensar, eu fico questionando se eu não fiquei doente por causa dessa mágoa, dessa tristeza que eu tenho no casamento. Por isso eu prefiro nem pensar nisso”. Assim, uma resposta à interrogação precedente pode ser esboçada. Talvez Ângela tema que seu trabalho psíquico possa conduzir a um abalo

afetivo irrepresentável e, por essa razão, aliena-se de certos conteúdos mentais, o que inviabiliza a criação de arranjos entre as demandas internas e as restrições externas.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que Ângela avalia de forma negativa seu relacionamento conjugal, tendo em vista que, como ilustra o Exemplo 2, ocorreu uma identificação consciente da mesma com o personagem feminino da prancha 4. Os maiores conflitos da participante, inclusive, parecem ser decorrentes de tal problemática, considerando-se que a estória eliciada pela apresentação da prancha 6MF também remete à questão matrimonial e, por essa razão, provocou uma mobilização emocional que a levou aos prantos durante o inquérito.

A afiliação é uma das necessidades preponderantes na dinâmica psíquica dos heróis – sobretudo do sexo feminino – das estórias de Ângela. O fato de, após a referida identificação, terem ocorrido projeções em diversos momentos ao longo da testagem sugere que a participante não se contenta com relações que inviabilizam um maior envolvimento afetivo. Tal hipótese explicaria a insatisfação de Ângela com o marido, já que o mesmo aparentemente tende ao distanciamento. Cumpre assinalar que essa insatisfação tem provocado não apenas tristeza e pesar, mas também indignação e raiva. Afinal, na estória obtida com a veiculação da prancha 8RH uma mulher desprezada por seu esposo dispara uma arma de fogo contra ele e anseia que os médicos não consigam salvá-lo.

Após relatar essa estória Ângela apresentou uma longa gargalhada e salientou que estava apenas brincando. Não obstante, é possível propor que a frustração causada pela insatisfação de

uma de suas necessidades mais determinantes vem criando condições favoráveis para a oscilação do amor ao ódio, o que dificultaria, como conseqüência, o controle de impulsos agressivos. Por outro lado, cumpre assinalar que a fraqueza, a submissão e a passividade são as características mais freqüentes das condutas de seus heróis. Assim, é possível propor que uma eventual atitude hostil contrariaria a tônica dos relacionamentos e dos comportamentos da participante, de modo que poderia ser verificada apenas em situações realmente extremas.

As condutas dos heróis de Ângela não se mostram resolutivas, já que, em sua maioria, equivalem a meras reações emocionais provocadas por um dado acontecimento ou resultam de iniciativas desprovidas de organização prévia. Dessa maneira, o desfecho das estórias – embora favorável – freqüentemente se deve mais a uma trégua do ambiente na imposição de certas pressões do que à ação dos heróis. Seguindo esse raciocínio, pode-se cogitar que a participante encontra dificuldades para executar os remanejamentos libidinais necessários à superação funcional dos obstáculos impostos pelo meio à satisfação de seus desejos, o que tende a limitar sua capacidade adaptativa.

A negação se destacou como o mecanismo de defesa empregado mais usualmente por Ângela no decorrer da testagem. Esse dado, a propósito, é representativo da dinâmica psíquica da participante, uma vez que, inviabilizando a emergência de representações traumatizantes para a consciência, o mecanismo em questão oblitera a circulação libidinal e torna a expressão de conteúdos internos em referência à realidade externa uma tarefa demasiadamente custosa. Ressalte-se, todavia, que, a despeito disso, a análise formal do conjunto das estórias produzidas por ela indica que a integração lógica de Ângela se encontra preservada.

Conclui-se, portanto, que seu aparelho psíquico é dotado de um potencial associativo que muitas vezes permanece latente devido à ação de mecanismos de defesa dos quais o ego lança

mão para se proteger de uma eventual invasão de conteúdos emocionais. Essa preocupação, é preciso salientar, pode ser considerada pertinente tendo em vista a perseveração de enredos organizados em torno da problemática conjugal e os choques afetivos apresentados pela participante em decorrência desse fenômeno. Por fim, cumpre assinalar que a homogeneidade temática não fornece, nesse caso, subsídios para uma caracterização precisa da imago das figuras parentais, pois, nas histórias produzidas a partir da veiculação de pranchas nas quais há uma clara diferença de gerações entre os personagens, o herói interage com seu cônjuge, e não com seus pais, como seria de se esperar.

Exemplo 2: Estória elaborada por Ângela mediante a apresentação da prancha 4

T.L.: 0:02'

T.T.: 0:51'

Nossa Senhora, que homem sisudo... Meu Deus... A mulher quer brincar com ele e ele virou a cara pra ela... Ela quer conversar, né? Bater um papo... Mas ele não olha nem pra ela. Acho que ele tá bravo e ela tá tentando um diálogo com ele. Só que ela não tá conseguindo. Ele não quer nem saber dela. É mais ou menos isso.

Título: *O homem sisudo*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora disse que esse homem não quer saber dessa mulher, não é? Ela está tentando conversar com ele, mas ele virou a cara para ela... *Isso, eu vejo aqui a minha situação com o meu marido, sabe? Ele é igual esse homem aqui. Eu tento conversar com ele e ele não me dá atenção. É um negócio muito triste.*

E porque esse homem está fazendo isso? *Ih, meu filho... Eu acho que ele é igual o meu marido. Fica bravo à toa, sabe? Não precisa de nenhum motivo, não.*

Em que essa mulher está pensando aqui? *Ela quer agradar ele pra ver se consegue deixar ele feliz. Então ela tá pensando no que ela pode fazer pra tentar mudar isso.*

E como essa mulher se sente nessa situação? *Ah, ela se sente muito triste. Porque ela gostaria que ele fosse diferente. Ela gostaria que ele desse atenção pra ela, que ele conversasse com ela. É igual eu sinto, né?*

E como vai terminar essa estória? *Ah, essa estória... Eu queria que terminasse bem, que ele olhasse pra ela, conversasse com ela, desse atenção pra ela. Era só isso o que eu queria.*

Mas a senhora acha que isso vai acontecer? *Sinceridade? Eu não sei nem te responder isso... Mas pelo jeito não. Porque o temperamento dele é difícil.*

8.1.3 Paula

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica sugere que a organização afetiva de Paula se mantém à custa de um investimento excessivo do pensamento, já que a linearidade e a formalização de seu discurso obliteraram uma expressão mais ilustrativa de suas emoções. Afinal, todas as perguntas que lhe foram dirigidas receberam respostas que, por serem totalmente objetivas e racionais, não revelam uma eventual dupla inscrição manifesta e latente. As ressonâncias psíquicas das experiências da participante parecem, assim, demasiadamente presas ao factual, sugerindo de antemão a insuficiência dos suportes necessários para uma atividade imaginativa mais ampla.

Não obstante, cumpre assinalar que foi possível observar o estabelecimento de conexões associativas entre estímulos externos e conteúdos internos ao longo de toda a entrevista psicológica. A biografia da participante, a propósito, também o testemunha, pois revela que arranjos complexos foram articulados em diversos momentos de sua vida visando a sua integração ao ambiente. Todavia, na maior parte desses arranjos não se observa um compromisso entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. Os desejos parecem ser negligenciados em favor das exigências externas, produzindo um desequilíbrio significativo.

A seguinte passagem da adolescência de Paula exemplifica com clareza essa tendência. Após a morte de seu pai⁴⁰, sua mãe e uma de suas irmãs optaram por migrar de São Carlos para São Paulo, onde um de seus irmãos vivia com a esposa. Com 19 anos na ocasião, a participante preferiu, assim como sua outra irmã, morar com seu outro irmão, residente em São Carlos com a esposa e dois filhos. Assim, não precisaria mudar-se de sua cidade natal e poderia continuar

⁴⁰ O pai de Paula faleceu aos 55 anos de idade.

trabalhando, estudando e namorando como fazia até então. Porém, Paula rendeu-se às pressões maternas e abriu mão de seus desejos. “Eu acabei indo pra São Paulo, né? Minha irmã falou ‘não’ pra minha mãe e acabou. Só que eu não consegui. [...] E isso foi muito ruim pra mim”, reconheceu.

Diante do exposto, pode-se cogitar que, sentindo-se pouco segura para exteriorizar suas demandas internas, Paula muitas vezes não encontra meios de modificar as bases de suas relações com o ambiente, de forma que se submete passivamente a certas restrições. Ou seja: sua capacidade adaptativa apresenta um importante déficit em função da inoperância de seus remanejamentos libidinais. O fato de, quatro anos depois da situação relatada, a participante ter retornado para São Carlos por não ter “se acostumado” à vida na capital do Estado corrobora essa hipótese e ainda sugere que, além de se mostrar pouco funcional, a propensão à resignação tem um impacto negativo em sua auto-estima, já que a leva a se culpar por não ter levado a termo seus desejos, bem como por não ter conseguido abrir mão deles em favor de outros mais exeqüíveis.

Depois de abordar o referido assunto, Paula revelou-se com a seguinte afirmação: “Tem umas coisas que me marcaram, sabe? Eu... Assim: eu não tive festa de formatura, eu não tive festa de casamento, eu não tive um monte de coisas que minhas irmãs e meus irmãos tiveram. Então isso deixa a gente triste”. Entretanto, seu tom de voz e sua expressão facial não se alteraram. Ademais, na seqüência dessa afirmação a participante fez questão de salientar que é uma pessoa “feliz” e redirecionou abruptamente seu discurso. Conclui-se, portanto, que, sob a aparente estabilidade emocional de Paula existem importantes conflitos – decorrentes de certos pontos cegos que não foram objeto de elaboração psíquica – dos quais a mesma tenta se alienar.

Faz-se necessário destacar que, ao ser questionada se atribui algum fator a seu adoecimento⁴¹, a participante novamente fez referências a suas mazelas afetivas. “Outro dia eu ouvi um médico falar numa entrevista na TV que às vezes o câncer pode ser por causa de alguma mágoa, alguma tristeza que a pessoa teve. [...] Eu acho que comigo foi isso mesmo, até porque na minha família ninguém teve câncer”, relatou com certo pesar. A despeito de não ter demonstrado disponibilidade para uma exploração mais pormenorizada desse tema, Paula tornou patente, com tal afirmação, que se considera vulnerável, tanto mental quanto fisicamente, às repercussões negativas de situações adversas⁴². A seguir, desconversou afirmando sem aparentar convicção: “Mas hoje eu superei tudo isso, viu?”.

Uma evidente necessidade de afiliação influencia as relações interpessoais de Paula. Levando-se em consideração que a participante as avalia de forma positiva, é possível cogitar que seus pares – sobretudo o marido, os filhos e os netos – satisfazem tal necessidade. Além disso, Paula aparenta ser extrovertida e pacata, o que favorece o estabelecimento e a manutenção de uma rede social significativa. “Eu sou uma pessoa que faz amizade fácil, sabe? Eu gosto de conversar. E eu não sou de brigar. Eu nunca briguei com ninguém. Por isso eu me dou bem com todo mundo. Na ginástica, no coral, no artesanato. Eu me dou bem com todo mundo”, referiu.

É preciso mencionar que Paula demonstrou um marcante pragmatismo ao falar sobre seu matrimônio: “Naquele tempo a gente não tinha nenhuma expectativa no casamento. Era mais pra formar família. Todo mundo casava”. O mesmo se observou quando a participante foi solicitada a descrever o homem com quem convive maritalmente há mais de 30 anos. “Ele é... Assim...

⁴¹ O diagnóstico do câncer de mama de Paula foi confirmado em 1996.

⁴² A doença cardíaca que levou seu pai a óbito também é entendida por Paula como um desdobramento de um evento adverso. “Meu pai era muito apegado aos netos, filhos do meu irmão mais velho. Morava todo mundo em casa com a gente. Quando eles mudaram para São Paulo foi o fim pro meu pai. Ele nunca teve nenhum problema de saúde. Só que aí ele começou a ter um problema no coração. De tristeza, né? E ele se entregou. O coração não agüentou a separação”, afirmou.

Bastante trabalhador. O que eu posso falar dele? Eu não posso me queixar. Ele não tem vício de bebida e nem de jogo, nunca deixou faltar comida em casa. A gente não tem discussão. Então nosso relacionamento é bom, né?”, afirmou.

Por fim, ressalte-se que a imago das figuras parentais de Paula parece ser positiva. A mesma referiu que, a despeito de diariamente retornarem para casa cansados depois do trabalho, tanto seu pai, marceneiro, quanto sua mãe⁴³, empregada doméstica, dedicavam-lhe atenção durante a infância. Ademais, afirmou que nunca teve um desentendimento mais sério com nenhum deles. Não obstante, a participante sugeriu que, por haver uma significativa diferença de idade entre ela e a irmã que a antecede na fratria, acredita que seu nascimento não foi planejado. Tomado isoladamente, esse fato não parece incomodá-la. Todavia, fez com que sua irmã mais velha acabasse sendo a principal responsável por sua educação, o que contribuiu para o surgimento de algumas dificuldades.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que as histórias elaboradas por Paula são, em sua maioria, produto da ação de mecanismos perceptivos. Ou seja: ancoram-se – talvez em excesso, como será discutido adiante – nos estímulos introduzidos pelas pranchas. A despeito disso, são coerentes e claras, o que torna patente a adequação do pensamento e da consciência de interpretação da participante. Dessa maneira, é possível afirmar que sua integração lógica se encontra claramente preservada. Entretanto, as histórias de Paula carecem de detalhes, o que provavelmente está relacionado aos sinais de

⁴³ A mãe de Paula faleceu em 1990.

ansiedade e tensão verificados durante a testagem. Conseqüentemente, sua adaptação às instruções foi classificada como razoável.

Tais indicadores sugerem uma restrição do potencial associativo capaz de comprometer sua capacidade adaptativa. Afinal, as estórias coligidas não apresentam, do ponto de vista simbólico, a riqueza, a articulação e a complexidade decorrentes da mobilização de mecanismos projetivos, o que sugere que, para a participante, há na dialética entre a realidade externa e a realidade interna uma prevalência da primeira sobre a segunda. E, assim, recorrendo ao imaginário de modo claudicante, os remanejamentos libidinais dos quais depende a superação funcional das dificuldades impostas pelo meio à satisfação de suas exigências pulsionais tendem a se tornar inexecutáveis.

As condutas dos heróis das estórias de Paula referendam essa hipótese, pois, a despeito de apresentarem como características básicas iniciativa, plasticidade e controle, não são precedidas de qualquer preparação. Além disso, em algumas estórias as condutas são meramente suspensivas, de maneira que não conduzem a uma ação mais efetiva. Conseqüentemente, não trazem a marca da mobilidade do trabalho psíquico. Deve-se salientar também que o parco investimento de significações subjetivas executado pela participante durante a testagem também se constata tendo em vista que na maioria das estórias não foi possível identificar a ocorrência de mecanismos de defesa.

Quando o funcionamento defensivo de Paula foi operante, a anulação retroativa se destacou como sua estratégia mais recorrente. Houve, portanto, um esforço no sentido de conter a emergência de conteúdos potencialmente desestruturantes mediante a veiculação de conteúdos neutros, capazes de sustentar a constância psíquica. Fenômeno semelhante a esse, a propósito, também ocorreu, como já mencionado, no decorrer da entrevista psicológica. Diante do exposto,

o repertório defensivo da participante pode ser considerado pouco diversificado, o que revela que, em situações ansiógenas, tende a ocorrer uma revivescência de sentimentos penosos associados a experiências anteriores.

Em uma parcela significativa das estórias de Paula, o herói não interage com outros personagens. Nas demais, a dependência é a tônica das relações. Entretanto, reconhecimento, oposição e afiliação são, nessa ordem, as necessidades mais frequentes dos heróis, o que configura um paradoxo. Mas deve-se salientar que afiliação e proteção exercida são as principais pressões exercidas pelo ambiente. Esse dado sugere que, diante da veiculação de algumas pranchas, certas tendências da participante foram projetadas nos pares dos heróis, e não nos próprios. Seguindo esse raciocínio, é possível cogitar que se perceber dependente causa uma mobilização emocional – associada provavelmente ao temor de uma eventual frustração – da qual Paula procura se proteger.

Todavia, é preciso reconhecer que, em conformidade com a análise temática de conteúdo da entrevista psicológica, isso não parece prejudicar de forma significativa seus relacionamentos. Ademais, cumpre assinalar que, como se vê no Exemplo 3, na estória decorrente da apresentação da prancha 12F claramente o herói é o alvo da projeção. Sem dúvida, o que se projeta nesse caso é um ideal, já que se mostra pouco fiel ao julgamento que Paula faz de si e de sua biografia. A existência de um conflito decorrente da incompatibilidade entre a realidade percebida – resultado da introjeção – e a realidade representada – produto da projeção – pode então ser delineada, o que revela uma importante faceta da organização afetiva da participante.

Levando-se em consideração que não é possível identificar nas estórias subsequentes nenhuma outra referência a conteúdos dessa natureza, torna-se plausível cogitar que esse conflito em particular enseja uma desvalorização supostamente protetora da expressividade emocional.

Com isso, o conflito parece insignificante e a angústia inexistente. Um recurso análogo em termos da rigidez e da estereotipia se presta ao controle dos impulsos. Algumas estórias – sobretudo aquelas decorrentes da veiculação das pranchas 6MF, 8RH e 9MF – têm conotação sexual ou agressiva. Todavia, os impulsos desaparecem imediatamente depois de apresentarem indícios de sua existência.

Por fim, cumpre assinalar que a veiculação das pranchas 1 e 2 levou Paula a elaborar estórias nas quais o herói interage com seus pais. Em ambas há uma clara divergência de interesses, mas o desfecho é favorável. Na estória decorrente da apresentação da prancha 3RH, uma órfã chora a perda de seu pai. Como já mencionado, o pai da participante faleceu durante a adolescência da mesma. Ademais, o estímulo da prancha 18MF foi interpretado de modo atípico: a mãe, posicionada frontalmente, socorre a filha epilética. Tais dados apontam a existência de uma representação positiva das figuras parentais. Porém, sendo resultado de uma atividade imaginativa superficial, essa representação soa pouco verossímil.

Exemplo 3: Estória elaborada por Paula mediante a apresentação da prancha 12F

T.L.: 0:11'

T.T.: 0:49'

Essa velha aqui tá pensando que ela também já foi moça que nem essa aqui... Ela tá pensando que ela já foi bonita e que agora ela tá velha e feia. É só isso. Ela foi bonita e agora ficou feia.

Título: *O passado*

Inquérito

Aqui a senhora disse que essa velha está lembrando de quando ela era moça, não é? *É, ela tá olhando pra essa moça e lembrando que ela também já foi bonita... Porque agora ela tá velha e ficou feia, né?*

E como ela está se sentindo? *Ela tá feia agora, mas em compensação ela teve uma vida boa. Ela dançou, passeou, teve namorados quando era nova. Então ela fica triste por um lado, mas tem essas lembranças boas também que deixam ela feliz.*

E o que vai acontecer depois? *Ela fica com as lembranças dela e vai conversar com a moça. Ela fala pra moça como foi a vida dela. E a moça vai perceber que a juventude não é eterna. E aí termina tudo bem.*

8.1.4 Mônica

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica sugere que a imago das figuras parentais de Mônica é negativa, uma vez que, demonstrando certo rancor, a participante referiu que era agredida fisicamente tanto por seu pai quanto por sua mãe durante a infância e adolescência⁴⁴. “Eles queriam que eu ficasse presa em casa e eu adorava ficar na rua. Isso dava muito pano pra manga, sabe?”, explicou. Além disso, Mônica, com 15 anos de idade na ocasião, foi impedida por seus pais de prosseguir com o recém-iniciado romance com o homem considerado por ela seu “único e verdadeiro amor”, um jogador de futebol negro de 20 anos. Esse fato causou-lhe “mágoa” e “indignação”, segundo suas palavras.

Depois disso, Mônica namorou diversos outros rapazes. Porém, não se envolveu com nenhum deles de forma mais significativa, como evidencia a seguinte afirmação: “Era só pra fazer pirraça pro meu pai e pra minha mãe mesmo. Namorando, eu tava me vingando deles porque eu não aceitava o que eles tinham feito comigo. Eu queria deixar eles preocupados, queria dar trabalho, né?”. A participante casou-se pela primeira vez aos 20 anos, “mas sem amor”, como ressaltou. O matrimônio parece ter representado para a mesma a maneira mais rápida de se evadir da casa de seus pais, já que conduziu à sua mudança de São Carlos para São Paulo, cidade na qual residia Pedro, seu primeiro marido, um engenheiro 10 anos mais velho.

A relação gerou duas filhas e surpreendentemente se sustentou por uma década. Porém, como seria de se esperar, é avaliada de forma negativa por Mônica⁴⁵. Cerca de oito anos após a separação, a mesma conheceu Carlos, um vendedor negro que em pouco tempo seria seu segundo

⁴⁴ Os pais de Mônica faleceram na década de 80.

⁴⁵ Mônica atribuiu o divórcio aos problemas causados pelo alcoolismo de seu cônjuge.

marido. Mais uma vez a união não foi motivada por sentimento mais profundo da parte da participante. “Pra te falar a verdade, eu casei de novo pra suprir a necessidade que eu tinha de viver com um homem de cor. Porque meus pais tinham preconceito e não deixaram eu realizar isso com meu primeiro namorado”, justificou com certa frieza. O enlace foi uma “catástrofe”, segundo Mônica, uma vez que os desentendimentos eram freqüentes. Carlos era usuário de drogas e faleceu por overdose cinco anos depois de se casar.

Diante do exposto, pode-se propor que a capacidade adaptativa da participante se encontra comprometida, pois uma marcante adesividade libidinal impede a execução dos remanejamentos necessários quando o meio impõe obstáculos à satisfação de suas necessidades e, como consequência, a conduz a posturas imaturas, das quais a mesma parece inclusive se orgulhar pela ousadia e descabimento. A biografia de Mônica também sugere uma aptidão restrita para o estabelecimento de conexões associativas entre as demandas internas e externas, dada a escassez de ações dotadas de maior nível de elaboração empreendidas com vistas a seu ajustamento.

A reação de Mônica ao diagnóstico do câncer de mama⁴⁶, além de referendar as hipóteses precedentes, sugere que uma tendência à teatralidade associada a um investimento excessivo dos afetos caracteriza seu funcionamento psíquico. A seguinte afirmação, apresentada com responsividade emocional exacerbada, parece um bom indício disso: “O médico falou que eu tinha câncer de mama, mas eu botei na minha cabeça eu não tinha nada. Eu não queria pensar na doença. Aliás, eu acho que o médico não devia nem ter me contado [...] Eu não queria fazer o tratamento [...] Depois eu fiz direitinho, porque minhas filhas pegaram no meu pé. Só que eu não acreditava que eu tava doente”.

⁴⁶ A confirmação do diagnóstico de Mônica ocorreu no início de 1997.

Vale destacar que a referida teatralidade não remete à existência de conflitos entre as instâncias psíquicas, pois aparentemente decorre de uma modalidade particular de comunicação dotada de pouco valor simbólico. Isso explicaria porque as entrelinhas do discurso da participante não revelam a dramatização de investimentos pulsionais freqüentemente desencadeada pelo empreendimento de negociações entre o princípio de prazer e o princípio de realidade. Além disso, esclareceria que o fato da participante ter mencionado que acredita que “fez por merecer” a doença por ser uma pessoa que “guardava muita mágoa” deve ser entendido de forma literal. Afinal, tornar o câncer de mama objeto de uma tentativa de significação mais elaborada dependeria de uma maior mobilidade do trabalho psíquico.

É preciso salientar, todavia, que Mônica mencionou que a enfermidade lhe trouxe conseqüências positivas do ponto de vista existencial. “O câncer foi pra mim uma escola de vida, sabe? Porque eu aprendi muita coisa. Eu aprendi a ser mais calma, mais caridosa, mais generosa. Muita coisa mudou na minha vida. E mudou pra melhor”, propôs. De modo geral, a participante realmente se apresentou durante a entrevista psicológica como uma pessoa que atravessa um período de maior serenidade. Somando-se a isso o fato de seus relacionamentos interpessoais na atualidade – com as filhas, os netos e as vizinhas – serem avaliados de forma mais positiva por ela, é possível atribuir verossimilhança a seu suposto amadurecimento.

Não obstante, a seguinte afirmação apresentada com veemência por Mônica chama a atenção por apontar no sentido oposto da hipótese precedente: “Eu não me sinto mal sem o seio, não. Eu acho que é melhor nem ter do que ficar com ele na cintura. Porque depois de velha ele despenca mesmo”. Talvez o investimento excessivo dos afetos que parece caracterizar seu funcionamento psíquico esteja dando lugar, graças ao emprego em larga escala do pensamento concreto, a um investimento excessivo das representações. A elaboração da angústia associada à

perda real do seio, assim, se torna inviável, o que, em última análise, testemunha a instabilidade interna da participante. Ou seja: o déficit anatômico provocado pela doença pode estar sendo desvalorizado justamente para não desencadear uma mobilização emocional potencialmente desestruturante.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT sugere que a integração lógica de Mônica se encontra preservada, já que, a despeito de terem sido observados indícios de ansiedade e tensão ao longo da testagem, a participante apresentou uma adequada consciência de interpretação. Todavia, o fato de várias de suas histórias serem pouco coerentes indica que, de modo geral, os estímulos veiculados não foram objeto de uma elaboração psíquica consistente. A ocorrência de hesitações e críticas às pranchas reforça essa hipótese. Ainda assim, sua adaptação à tarefa, pautada essencialmente em mecanismos perceptivos, pôde ser classificada como razoável.

As condutas da maioria dos heróis das histórias da participante são instintivas. As iniciativas que os mesmos apresentam, portanto, representam mais uma reação às emoções provocadas por certas condições externas do que tentativas de ajustamento empreendidas com o intuito de modificar as bases das relações estabelecidas com o meio. Revela-se, assim, um déficit da capacidade adaptativa. É preciso reconhecer que as ações empreendidas pelos heróis são, na maior parte dos casos, dotadas de plasticidade. Isso indica que Mônica pode recorrer a comportamentos alternativos quando a busca pela satisfação de suas necessidades não se mostra exitosa. Não obstante, essa operação não parece ser motivada por remanejamentos libidinais, e, sim, por fixações aos investimentos iniciais.

Em diversas estórias é evidente uma tendência à expressão exacerbada dos afetos. Tal tendência aparentemente está associada, na dinâmica psíquica da participante, a uma marcante erotização dos vínculos. A estória obtida com a apresentação da prancha 6MF, porém, sugere que Mônica consegue controlar minimamente seus impulsos sexuais, uma vez que, como se vê no Exemplo 4, o personagem feminino não é o agente sedutor, o que preserva, ao menos parcialmente, sua inocência. Por outro lado, o fato da clara diferença de gerações entre a figura masculina e a figura feminina ter sido ignorada aponta que desejos e defesas se alternam, o que pode ser entendido como um indicador de conflitos entre as instâncias psíquicas.

Embora a análise temática de conteúdo da entrevista psicológica não a tenha revelado, a existência de conflitos se torna indubitável levando-se em consideração os achados da interpretação do conjunto do material decorrente da aplicação do TAT. E os conflitos de Mônica, cumpre assinalar, aparentemente não se limitam à esfera sexual. Afinal, muitas de suas estórias seguem um enredo básico: em um primeiro momento, os heróis têm suas necessidades frustradas por conta das pressões exercidas pelo ambiente, o que conduz, em um segundo momento, à emergência de necessidades que se opõem totalmente àquelas iniciais. Ou seja: as interdições externas, independentemente dos investimentos sobre os quais incidem, têm um importante impacto na organização afetiva da participante.

Diante do exposto, conclui-se que o funcionamento defensivo de Mônica foi exigido constantemente durante a testagem. As operações utilizadas com maior veemência para sustentá-lo foram a negação e a anulação retroativa. A primeira evitava o acesso de representações traumatizantes à consciência. Já a segunda, atuando nas situações em que a ocorrência desse contato não pode ser impedida, destituía o sentido das representações traumatizantes. Portanto, apesar de distintas, a negação e a anulação retroativa se complementaram. De qualquer maneira,

observou-se que parte das estórias provocou a revivescência de sentimentos penosos associados a eventos prévios e ensejou, como consequência, movimentos regressivos disfuncionais.

Justamente por conta disso, a participante apresentou quatro choques afetivos. Um deles causou uma projeção direta, já que o tema da estória referente à prancha 16 deixa claro que a consciência de Mônica foi tomada de assalto por lembranças do rompimento imposto por seus pais do namoro com o homem que, conforme mencionado na análise temática de conteúdo da entrevista psicológica, é considerado por ela seu “único amor”. A severidade atribuída às figuras parentais inclusive se destaca como o elemento central da representação mental negativa que a participante tem dos mesmos. Ademais, aparentemente fomenta as vigorosas resistências apresentadas pelos heróis de Mônica para internalizar as interdições exteriores.

Por fim, deve-se destacar que, nas estórias em que os heróis conseguem impor seus desejos, as interações que os mesmos estabelecem com seus pares são satisfatórias. Em algumas das estórias em que isso não ocorre, a submissão, o medo e a introversão passam a imperar e a perda de controle dos impulsos agressivos se torna iminente. Nas demais, divergências iniciais surgem, mas são superadas após a execução de pequenos arranjos. Aparentemente a dinâmica dos relacionamentos interpessoais da participante também segue esse padrão. Portanto, vínculos mais consistentes se estabelecem somente nos casos em que renúncias mais significativas de sua parte não são uma condição indispensável para a manutenção do contato com o outro.

Exemplo 4: Estória elaborada por Mônica mediante a apresentação da prancha 6MF

T.L.: 0:08'

T.T.: 0:32'

Nossa senhora... Aqui pra mim é um casal apaixonado... Ela tá admirando ele. E ele louco de amor por ela, admirando ela também... É um casal apaixonado.

Título: *O amor vale tudo na vida*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora contou a estória de um casal apaixonado... É. *Eles são muito apaixonados e estão se admirando.*

Eles estão se admirando... É... *Aqui...* [Risos] *O que tá acontecendo aqui é que ele quer levar ela pra cama.*

Ah, entendi... *Então, ele tá querendo, mas ela tá meio na dúvida.*

O que eles estão sentindo? *Ele tá assanhado. Ela tá na dúvida.*

Em que eles estão pensando? *Ah, ele tá pensando em levar ela pra cama e ela não sabe se vai ou se não vai.*

E como termina essa estória? *Ah, pelo olhar deles eu acho que vai acontecer. Eles vão acabando pra cama* [Risos].

E aí? *Aí vai ser uma loucura!* [Risos].

8.1.5 Ester

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que Ester tende a encontrar dificuldades para se relacionar com pessoas com as quais não estabelece uma profunda identificação. “Eu tenho o espírito jovem, sabe? Eu não esquento a cabeça com nada. Sempre fui assim. Não suporto gente estressada, que se preocupa com qualquer coisa”, afirmou enfaticamente. Assim, nota-se que a participante tende a se mostrar pouco tolerante às diferenças individuais. Possivelmente por isso sua rede social tem sido restrita desde a infância. De qualquer forma, as relações com o atual companheiro⁴⁷, com as quatro filhas e com os nove netos são avaliadas por Ester de forma positiva. Além disso, a mesma referiu que tem uma amiga pela qual nutre grande consideração e respeito.

Ester apresentou responsividade afetiva exacerbada ao falar sobre as constantes desavenças com seus cinco irmãos e com sua mãe. Embora tenham se acentuado nos últimos anos porque a participante cedeu – à revelia – um cômodo de sua casa para abrigar sua mãe⁴⁸, tais desavenças vêm de longa data. Até mesmo trocas de agressões físicas já ocorreram. A representação mental da figura materna de Ester, portanto, tem valência notadamente negativa. Em contrapartida, sua representação mental da figura paterna é assumidamente moldada por idealizações. Não obstante, a participante denota que isso ocorre porque perdeu seu pai na transição da infância para adolescência⁴⁹. “Eu nem lembro muito bem dele. Das lembranças que eu tenho é só coisa boa. Ele era carinhoso, bem diferente da minha mãe”, destacou.

⁴⁷ Quando da coleta de dados, o atual companheiro somava 42 anos e o relacionamento já durava cerca de uma década.

⁴⁸ Anteriormente, a mãe de Ester – a qual somava 75 anos quando da coleta de dados – morava com seu filho mais velho.

⁴⁹ O pai de Ester faleceu aos 42 anos em decorrência de um enfarto.

A princípio, a capacidade adaptativa de Ester se mostra preservada, já que a mesma demonstrou maturidade para enfrentar uma série de dificuldades ao longo da vida, dentre as quais se destacam, além da morte de seu pai, o conturbado desfecho – motivado pela traição de seu marido – de seu primeiro matrimônio. A participante inclusive referiu que teve uma grande decepção com seu enlace antes mesmo da separação, pois quando se casou, aos 19 anos, buscava constituir com seu cônjuge uma relação mais afetuosa do que aquela que mantinha com sua família de origem, o que de fato não aconteceu⁵⁰. Ademais, Ester presenciou o assassinato de seu sobrinho mais próximo e, segundo sua opinião, superou a intensa mobilização emocional decorrente dessa perda, o que referenda a hipótese precedente.

Entretanto, a reação emocional desencadeada pelo diagnóstico do câncer de mama⁵¹ sugere que a capacidade adaptativa da participante pode apresentar um importante comprometimento quando da emergência de angústias refratárias à simbolização. A seguinte afirmação torna patente a existência desse risco: “Eu procurei um médico quando eu senti um caroço na minha axila. Ele queria me cobrar R\$ 1.500,00 para fazer um exame porque ele achava que podia ser câncer de mama. Eu não tinha dinheiro. Pra fazer o exame pelo SUS ia demorar três meses. Aí eu deixei quieto. Não fui mais atrás disso. Eu só fui atrás de um médico mais ou menos um ano depois, porque eu tava com muita fraqueza. Esse outro médico viu minha mama e me mandou na hora pra Jaú. No hospital de lá, o médico falou que tinha que operar e marcou a cirurgia pra outra semana. Mas eu não fui. Eu só voltei pra fazer a cirurgia uns quatro meses depois”.

Obviamente a confirmação do diagnóstico do câncer de mama é um acontecimento potencialmente desestruturante para qualquer paciente, já que tende a remeter a temores arcaicos

⁵⁰ A despeito disso, o casamento durou uma década e gerou 4 filhas.

⁵¹ A confirmação do diagnóstico de câncer de mama de Ester ocorreu em 1997.

e a despertar inseguranças relacionadas à continuidade da própria existência. Mesmo assim, é possível considerar que Ester pode eventualmente encontrar dificuldades mais sérias para elaborar devidamente os estímulos externos mediante a execução de conexões associativas com conteúdos internos. Afinal, seu comportamento na referida situação protelou o início do tratamento por um período considerável, o que poderia tê-la levado à morte. Conclui-se, portanto, que sua capacidade adaptativa se caracteriza por certa labilidade.

Seguindo esse raciocínio, a “tranquilidade” de Ester – apontada pela mesma como seu maior predicado – se mostra questionável. Talvez sua suposta estabilidade psíquica se sustente à custa de um apagamento da expressividade emocional, o que sugere que um grande esforço é empreendido pela participante – sobretudo em situações críticas – no sentido de se manter totalmente distante de sua realidade interna. Trata-se de uma manobra defensiva extrema, empreendida de modo inconsciente com o intuito de evitar um provável colapso afetivo. Porém, seus desdobramentos inviabilizam a atividade imaginativa e obliteram a mobilidade do trabalho psíquico, de forma que, se recorrente, tende a produzir mais prejuízos do que benefícios.

Vale destacar que Ester inclusive mencionou que acreditava que, por ser “uma pessoa equilibrada”, estava de alguma forma protegida da doença, como ilustra a seguinte afirmação: “É gozado, né? Eu já ouvi falar que o câncer dá em pessoas destrutivas, negativas, nervosas... Meus irmãos que são assim nunca ficaram doentes. E eu, que sempre fui uma pessoa que não esquentava a cabeça com nada, tive câncer. Vai entender, né?”. Esse mapeamento simplista das complexas relações que se estabelecem entre o funcionamento orgânico e o funcionamento psíquico atesta que as palavras da participante usualmente são desprovidas das nuances simbólicas que enriquecem o pensamento e revelam eventuais significados latentes.

Essa hipótese adquire maior consistência levando-se em consideração que, ao ser questionada se o tratamento lhe havia rendido alguma espécie de prejuízo, Ester respondeu de

modo pragmático. “Pra mim não teve prejuízo nenhum. Muito pelo contrário. Eu até arrumei um companheiro depois que eu tirei a mama. Antes eu não tava conseguindo arrumar”, afirmou. Entretanto, uma outra mudança importante ocorreu em sua vida. Em virtude das limitações impostas pela cirurgia, a participante abandonou o posto de combustíveis onde era empregada como frentista. Curiosamente, começou a trabalhar como artesã. Talvez essa nova atividade, exigindo mais de sua inventividade, possa favorecer a reaproximação de Ester com sua realidade interna.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT indica que Ester exerce um controle restritivo sobre seus impulsos, uma vez que foram escassas as referências a conteúdos sexuais ou agressivos em suas histórias. Esse controle aparentemente está relacionado ao fato da passividade se destacar como a principal necessidade dos heróis da participante, já que, de modo geral, os mesmos demandam desfrutar de momentos de calma e encontram benefícios assumindo uma postura de relaxamento. A desproporção da referida necessidade, porém, se torna evidente levando-se em consideração que, a despeito da adaptação de Ester aos estímulos veiculados durante a testagem tenha sido adequada, a superficialidade de suas histórias acusa que sua dinâmica psíquica se encontra obliterada.

As particularidades do funcionamento defensivo da participante também revelam que seu equilíbrio emocional se mantém à custa de uma demasiada contenção da afetividade, posto que o isolamento e a intelectualização foram os recursos mais frequentes no decorrer da elaboração das histórias. O primeiro dificultou o estabelecimento de conexões associativas de valor simbólico entre conteúdos internos e estímulos externos. Já o segundo limitou os temas contemplados nas

estórias àqueles passíveis de maior manipulação consciente. Com isso, frases feitas e formulações discursivas desprovidas da marca da fantasia dificultaram a emergência de conflitos. A dimensão emocional das experiências dos heróis, assim, parecia inexistente, tal como se vê no Exemplo 5.

Os heróis das estórias de Ester procuram, em sua maioria, dominar os personagens com os quais interagem, o que contrasta com a necessidade de passividade que norteia o comportamento dos mesmos. Ademais, alguns heróis tendem à afiliação, ao passo que outros à autonomia. Conclui-se, portanto, que a dinâmica dos relacionamentos interpessoais da participante é marcada por ambigüidades. A necessidade de constituir vínculos à sua maneira favorece o surgimento de situações capazes de provocar mobilização emocional. Nesse sentido, a marcante propensão à evitação de conflitos que a caracteriza enseja um certo isolamento. Concomitantemente, a necessidade de afiliação de Ester a aproxima de pessoas com as quais eventuais desavenças são avaliadas como menos prováveis.

É preciso salientar que o conjunto das estórias foi homogêneo em termos das condutas dos heróis. Ações de natureza suspensiva e consumativa se sucederam, de forma que, em um primeiro momento, os heróis se mostram “pensativos” – mas sem esboçar qualquer indício de tensão psíquica – diante dos impasses criados como efeito das pressões exercidas pelo ambiente. Em um segundo momento, demonstram iniciativa, empreendendo ações invariavelmente pouco sofisticadas visando a resolver os referidos impasses. Os desfechos são, em sua maioria, satisfatórios e voluntários. Porém, carecem de verossimilhança, o que sugere que Ester apresenta uma limitação do repertório comportamental associada a uma restrição da capacidade de simbolização.

Obviamente o estabelecimento de relações elementares com o meio é adequado, uma vez que a consciência de interpretação e o pensamento da participante atestam que os estímulos

externos são devidamente apreendidos. O que parece comprometido é a elaboração psíquica desses estímulos. Assim, tudo aquilo que é percebido tende a ser reduzido a seus aspectos mais concretos e básicos, dificultando sua substituição por formações figuradas. Essa linha de raciocínio, a propósito, é compatível com aquela delineada a partir da análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica.

Diante do exposto, é possível propor que o ajustamento de Ester ao ambiente será custoso quando houver uma demanda de respostas impregnadas de uma tonalidade essencialmente emocional, já que, ao que tudo indica, a transformação da energia à qual seu aparelho psíquico é submetido não ocorre apropriadamente. Cria-se, assim, condições propícias para a conversão direta de tensões em sintomas, o que pode colocar em risco sua suposta estabilidade afetiva. Torna-se patente, portanto, o alcance de sua capacidade adaptativa. Porém, cumpre reconhecer que situações adversas que não dependem da execução de remanejamentos libidinais mais significativos geralmente são bem toleradas.

Por fim, deve-se mencionar que, no conjunto das narrativas, os heróis não interagem com autoridades representativas da figura paterna. Em contrapartida, relacionam-se diretamente com a figura materna nas histórias decorrentes da veiculação das pranchas 2, 7 e 18MF. Em ambas o herói é severamente repreendido sem motivo aparente. O contexto não remete à problemática edípica. O que parece ocorrer é uma reatualização de sentimentos penosos associados a conflitos posteriores à ascensão da filha – devidamente autorizada pela mãe – ao lugar de mulher. A natureza desses conflitos não é clara, dado que os mesmos subitamente se resolvem. Todavia, a valência negativa da representação mental da figura materna não admite dúvidas.

Exemplo 5: Estória elaborada por Ester mediante a apresentação da prancha 16

T.L.: 0:08'

T.T.: 0:49'

Ai, ai... Não tá faltando nada, não? É sem desenho mesmo? O que é que eu vou falar aqui? Vou inventar qualquer coisa, hein? Ai... Bom, vâmo lá. Aqui eu vejo um monte de pinheiros... É inverno. E tem uma mulher pegando lenha. Ela tem um cachorro bonito... Ela vai levar a lenha na carroça. Tá um vento gelado... Por isso é que ela tá levando a lenha. Ela vai acender a lareira pra se esquentar.

Título: *Os pinheiros*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora contou a estória de uma mulher que está pegando lenha para colocar na lareira... *É, porque tá fazendo bastante frio. Ela mora numa montanha que tem um monte de pinheiros. Ela mora sozinha com esse cachorro.*

Como ela se sente? *Bem, normal.*

Em que ela está pensando? *Ah, em nada. Ela só tá pensando em voltar para a casa dela e ficar quentinha perto da lareira.*

Não tem ninguém na casa dela? *Não. Ela é sozinha. Só ela e o cachorro.*

Porque ela é sozinha? *Ah, pra te falar a verdade... Aqui eu tô contando a estória da mulher de um filme que eu vi ontem na TV. Eu não peguei o filme do começo, sabe? Então eu não sei te falar porque ela é sozinha?*

Mas porque a senhora imagina que ela pode ser sozinha? *Ah, sei lá.*

Ela é nova ou velha? *É nova. Pela aparência, né?*

O que ela vai acontecer com ela? *Nada. Ela vai pra casa se esquentar com a lareira.*

E depois? *Depois o frio diminui e aí termina tudo bem.*

Como? *Ah, não sei te falar mais nada aqui. Ela segue a vida dela. É só isso.*

8.1.6 Joana

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que a imago das figuras parentais de Joana é essencialmente positiva. A participante referiu que sua mãe sempre a tratou com uma “atenção especial”, o que atribui ao fato de ser a filha mais nova de uma prole originalmente constituída por nove irmãos. Ademais, se mostrou orgulhosa ao relatar que há anos cuida de sua mãe e, dessa forma, procura retribuir o carinho materno que recebeu ao longo da vida⁵². Joana perdeu o pai ainda na infância. Por essa razão, tem dele apenas remotas lembranças. Não obstante, salientou que todos os membros da família são unânimes ao reconhecer a generosidade de seu pai. Aparentemente isso auxiliou a participante a compor sua representação mental da figura paterna.

Após a morte de seu pai, Joana abandonou os estudos e começou a trabalhar na lavoura com seus irmãos. “Essa época foi muito dura, sabe? A pobreza era demais. E o pior é que o meu pai não tava mais entre a gente. Mas a minha mãe sempre tentava botar todo mundo pra cima”, afirmou. A sobrevivência na zona rural não se mostrou viável e a migração surgiu como um imperativo. Assim, a participante se mudou com sua família de um pequeno sítio nas cercanias de Uberlândia para a cidade de Ribeirão Preto. Joana afirmou que rapidamente se “acostumou” à vida na zona urbana e que começou a trabalhar como empregada doméstica. Porém, ficou grávida do jovem com quem havia recentemente iniciado um namoro e, em função disso, se casou aos 16 anos.

A gestação inesperada parece ter sido bem acolhida, tal como sugere a seguinte afirmação: “Quando eu fiquei sabendo eu assustei, mas depois eu aceitei bem. Deus é que sabe a

⁵² A mãe de Joana somava 92 anos quando da coleta de dados e residia com a participante.

melhor hora pras coisas na nossa vida”. A propósito, a reação de Joana ao acontecimento em questão pode ser considerada representativa da postura usualmente adotada pela mesma em outras situações adversas relatadas no decorrer da entrevista psicológica. Diante do exposto, é possível cogitar que a participante tende a apreender os estímulos externos – até mesmo aqueles dotados de maior poder disruptivo – e elaborá-los psiquicamente, favorecendo, como consequência, a integração ao ambiente.

Todavia, a expressão facial e corporal de Joana sugerem que uma importante propensão ao estoicismo caracteriza sua dinâmica psíquica, a qual a leva a encarar os infortúnios que experimenta como obras inelutáveis do destino. Nesse contexto, o conformismo oblitera a execução dos remanejamentos libidinais necessários à efetiva modificação das bases de suas relações com o meio e a resignação substitui a adaptação. Ademais, a referência religiosa aparentemente lança uma espécie de cortina de fumaça sobre a dimensão emocional das experiências da participante, exercendo um papel determinante para a composição desse quadro. Conclui-se, portanto, que sua capacidade adaptativa se caracteriza por certa restrição.

O curso da doença de Joana reforça essa hipótese. Afinal, a participante afirmou o seguinte: “Eu sentia umas pontadas de leve no peito. Isso ficou assim uns dois anos. Depois começou a dar umas pontadas mais fortes. Eu fui no postinho e o médico pediu uns exames [...] Depois que ele viu os resultados, ele falou que era câncer de mama e que precisava fazer cirurgia. Só que eu não podia fazer cirurgia naquela época porque não tinha nem dois meses que eu tava num emprego novo, sabe?”. Conforme relatou, Joana submeteu-se à cirurgia somente depois de ter sido demitida, o que ocorreu cerca de oito meses após a confirmação do diagnóstico do câncer

de mama⁵³. Por esse motivo, o tratamento executado foi muito mais agressivo do que seria se empreendido precocemente.

A participante fez questão de contemporizar sua imprudência recorrendo novamente à religiosidade. “Acho que, na verdade, na primeira vez nem era câncer. Eu penso que o médico falou mais pra assustar mesmo. Pra eu fazer logo o tratamento, né? Só que como eu não cuidei, virou câncer, entendeu? Você vê que coisa? Só que o que é pra ser, é. Mais pode Deus. Eu penso assim”, mencionou. Por outro lado, a religiosidade de Joana parece tê-la ajudado a superar o impacto emocional decorrente da iminência da morte vivenciada quando do início do tratamento, tendo em vista que a mesma referiu que se sentiu “desesperada” nos dias que antecederam sua hospitalização e que encontrou na Bíblia as únicas palavras capazes de confortá-la.

A seguinte afirmação esclarece como isso aconteceu: “Antes de ficar doente, eu era católica, mas não era praticante, sabe? Só que um dia eu tava muito mal e resolvi ler a Bíblia. Sem querer eu abri bem na passagem que fala sobre a cura do rei Ezequias. Nessa passagem diz que a doença dele desapareceu depois que ele abriu o coração pra Deus. E foi isso que eu resolvi fazer também”. Evidentemente a fé pode tê-la ajudado no enfrentamento da doença. A afirmação em questão, porém, sugere que um sentimento de vulnerabilidade caracteriza o funcionamento afetivo de Joana, dado que a mesma aparentemente não se vê como o principal agente de controle dos rumos de sua própria existência.

Por fim, é preciso mencionar que, de modo geral, as relações afetivas de Joana são avaliadas negativamente por ela. O primeiro matrimônio durou 5 anos e foi permeado por desentendimentos motivados, conforme a mesma, pelo ciúme excessivo de seu cônjuge. A participante se casou novamente aos 28 anos. O segundo matrimônio se estendeu por cerca de treze anos e chegou ao fim após a ocorrência de um episódio de violência doméstica. Depois

⁵³ Joana foi diagnosticada como portadora de câncer de mama em 1995.

disso, Joana não se envolveu emocionalmente com nenhum outro homem, procurando, assim, evitar “mais uma decepção”. Em contrapartida, o vínculo com seus seis irmãos, quatro filhos e onze netos parece satisfatório. Não obstante, é possível notar que, quaisquer que sejam seus pares, a participante tende a se submeter a eles, assumindo uma postura passiva e dependente.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que a integração lógica de Joana se encontra preservada, dado que houve uma boa adaptação à tarefa e que suas histórias se mostraram coerentes e claras. Levando-se em consideração que a participante não conseguiu nomear o instrumento musical da prancha 1, é possível propor que a ausência de detalhes observada na maioria das narrativas se deve mais a questões educacionais do que a déficits da consciência de interpretação. Ademais, durante toda a testagem não ocorreu sequer um choque afetivo decorrente da invasão de conteúdos emocionais, o que referenda a hipótese precedente.

Vale destacar, porém, que a racionalização ofuscou o potencial associativo de Joana. Essa operação psíquica cumpriu um papel essencialmente defensivo, pois a apresentação de motivações socialmente aceitáveis – freqüentemente de cunho religioso – para justificar os pensamentos e comportamentos dos heróis das histórias possibilitou a evitação da emergência de seus desejos mais profundos. A introjeção também cumpriu um papel importante nesse sentido, ensejando, em alguns momentos, a transformação de interdições externas em pressões internas, a qual bloqueou, como consequência, a identificação de conflitos associados à existência de demandas antagônicas no nível de apreensão tópico.

Em outros momentos, o desfecho das estórias sinaliza que, a despeito de impor toda sorte de desvios no caminho da satisfação dos desejos, o aparelho psíquico da participante eventualmente permite a vivência de algum prazer promovida por uma descarga parcial das tensões. Ou seja: ainda que de forma sutil, o ego contorna a severidade superegóica e faz concessões a certas exigências pulsionais. Mas isso ocorre somente nas circunstâncias em que atos prévios de natureza expiatória – sobretudo preces e sacrifícios – o autorizaram, tal como se vê no Exemplo 6. Partindo desse princípio, nota-se que a religiosidade de Joana tem uma função importante em sua organização afetiva, já que se mostra intimamente associada a uma marcante tendência à subordinação e à resignação.

Conclui-se, portanto, que a participante, ao se infringir frustrações, se sente mais próxima da proteção divina que almeja. Isso explicaria a inexistência de referências agressivas e sexuais no conjunto das estórias. A propósito, tal dado sugere que Joana exerce um controle restritivo sobre seus impulsos. Ressalte-se também que aparentemente uma espécie de delegação de responsabilidades decorre do estabelecimento de uma barganha simbólica com as entidades superiores, obliterando remanejamentos libidinais significativos e favorecendo a adoção de uma postura pouco ativa diante de adversidades. Seguindo esse raciocínio, torna-se patente que, no caso, o enfrentamento baseado na religiosidade enseja uma limitação da capacidade adaptativa.

Essa hipótese adquire ainda maior consistência tendo-se em vista que, em sua maioria, as ações dos heróis se caracterizam pela fragilidade e prescindem de uma preparação consistente, de forma que conduzem a desfechos involuntários. Não obstante, Joana apreendeu adequadamente os estímulos veiculados durante a testagem, diferenciou-os de conteúdos internos e submeteu-os a seu trabalho psíquico. Nesse processo, porém, os mecanismos perceptivos claramente sobrepujaram os mecanismos projetivos, sugerindo que a participante freqüentemente encontra

importantes dificuldades quando o ajustamento ao meio depende de um maior apelo à atividade imaginativa.

De modo geral, as interações dos heróis das histórias com seus pares se mostram satisfatórias, já que a necessidade de afiliação é comum a ambos. Ademais, os primeiros são propensos à passividade, ao passo que os segundos à proteção exercida. Apesar de não ter havido uma projeção maciça dos conteúdos internos de Joana nos heróis de suas histórias, é possível propor que a dinâmica de suas relações também obedece a esse padrão. A participante, assim, tende não apenas a se aproximar essencialmente de pessoas com as quais sente que estabelecerá vínculos mais profundos, mas também a desvalorizar relações mais superficiais. Consequentemente, sua rede social pode apresentar um alcance aquém do desejável.

Nas histórias em que Joana observou a existência de diferenças de gerações entre os personagens do sexo feminino – tais como aquelas decorrentes da apresentação das pranchas 2, 7, 12F e 18MF – se nota que os aspectos negativos sugeridos pelo contexto foram negligenciados. Já na história obtida a partir da veiculação da prancha 9MF houve uma importante distorção do estímulo, uma vez que, para a participante, os personagens curiosamente representam mãe e filha. Diante do exposto, é razoável propor que a imagem de sua figura materna é permeada por sentimentos ambivalentes cuja exteriorização Joana se esforça para evitar, o que lhe confere uma aparência essencialmente positiva.

Esses sentimentos aparentemente estão relacionados a angústias arcaicas decorrentes do temor do abandono. Constata-se, assim, que os vínculos da participante na idade adulta seguem os moldes das trocas executadas por ela com sua figura materna na infância. Esclarecem-se, portanto, os motivos de sua necessidade de total reciprocidade nos relacionamentos interpessoais. Por fim, deve-se reconhecer que o conjunto das histórias não fornece elementos para o

delineamento dos contornos da imago da figura paterna. Tal dado não parece ser um indício de qualquer fixação de natureza edípica, mas, sim, da execução de um trabalho de luto desencadeado precocemente pela morte do pai de Joana.

Exemplo 6: Estória elaborada por Joana mediante a apresentação da prancha 10

T.L.: 0:09'

T.T.: 0:39'

Aqui eu vejo alguém... Como se estivesse orando. É uma mulher. Ela tá abraçada com alguém. Mas eu não sei quem é. Não dá pra ver direito... Acho que aqui é só isso, viu?

Título: *A oração*

Inquérito

Nesse último a senhora disse que vê uma pessoa orando? *É...*

É uma mulher, não é? É, pelo cabelo que parece meio enrolado eu acho que é uma mulher. Só que esse desenho é muito escuro... Eu tô meio na dúvida. Mas é mulher, sim. E ela tá abraçada com o marido dela.

O que levou eles a estarem assim, abraços, orando juntos? *Ah, não aconteceu nada. Ela tem o costume de orar sempre. Aí o marido chegou perto dela e ela abraçou ele. Ela não ora só quando tá precisando de alguma coisa, não. Por que tem gente que é assim, né?*

E como ela está se sentindo? *Bem, normal. Ela se sente bem quando ora.*

Em que ela está pensando? *Ah, em nada. Ela tá concentrada na oração ela.*

E o que vai acontecer depois que ela terminar a oração? *Ela vai voltar pro serviço dela. Acho que ela vai preparar a comida do marido.*

E como termina a estória? *Termina bem, com final feliz. Dá tudo certo pra ela no futuro... Porque ela sempre faz as orações dela, né?*

8.1.7 Quitéria

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica aponta que a organização afetiva de Quitéria possui um núcleo depressivo aparentemente associado a uma fixação ao estado de desamparo típico da primeira etapa do desenvolvimento mental. Afinal, a participante, ao ser questionada sobre sua infância, apresentou com voz embargada a seguinte afirmação: “Minha mãe morreu quando eu tinha dois anos. E logo depois meu pai abandonou a gente. Cada filho ele deu embora pra uma pessoa cuidar⁵⁴. Eu fiquei com a minha avó por parte de mãe [...] Isso me marcou muito. Até hoje eu não superei isso”. Nota-se, portanto, que essa fixação decorre da conversão da ameaça imaginária do abandono parental em uma perda real de natureza desestruturante.

Possivelmente a elaboração dessa perda não se efetivou porque a prematuração do aparelho psíquico de Quitéria na ocasião bloqueou o manejo das tensões que o acometeram. Ademais, as condições externas subseqüentes foram pouco favoráveis, já que a participante referiu que sua avó a tratava com indiferença e que seu pai não mais a procurou. A satisfação de suas necessidades primárias, assim, se tornou inviável, obliterando a constituição da imagem de um objeto capaz de assumir um valor eletivo no empreendimento de tentativas posteriores de evitação de desprazer. Seguindo esse raciocínio, torna-se patente que o trauma vivenciado precocemente por Quitéria produziu efeitos nocivos duradouros em sua organização afetiva.

A dinâmica das relações interpessoais da participante acusa um desses efeitos, já que seus dois cônjuges a atraíram sinalizando que seriam capazes de aplacar o desamparo que a

⁵⁴ A irmã de Quitéria passou a viver com um tio paterno e o irmão com uma tia materna. No ano seguinte, o pai da participante se casou novamente.

martirizava. “Eu sempre achei que arrumando um marido eu ia ter aquela atenção que eu não tive de ninguém quando eu era criança”, confidenciou. Quitéria viveu com sua avó materna na zona rural de Curitiba até a morte da mesma. Depois, procurou seu pai – com quem perdera o contato havia mais de uma década – e passou a residir com ele. Em menos de seis meses, essa situação se tornou insustentável e, aos dezenove anos, a participante, após um rápido envolvimento afetivo, fugiu de casa com o trapezista de um circo que havia se apresentado na cidade. Posteriormente esse envolvimento foi oficializado e o casal, renunciando à vida itinerante, encontrou em São Carlos um endereço fixo.

O primeiro matrimônio é avaliado por Quitéria de forma extremamente negativa devido à ocorrência de inúmeros episódios de violência doméstica. Entretanto, se estendeu por mais de duas décadas e gerou três filhos. Aos cinquenta anos de idade, a participante buscou uma nova relação amorosa visando a encontrar uma solução paliativa para um problema cujas conseqüências não havia conseguido superar sozinha: a toxicomania de seu filho mais velho. “Ele [meu filho] roubava meu dinheiro pra comprar droga, sabe? Uma vez eu até chamei a polícia. Foi mais por isso que eu me juntei de novo [...] Pra sair daquele inferno que eu viva”, admitiu. A convivência com o segundo cônjuge, porém, também tem sido conturbada, já que, conforme relatado, os desentendimentos são constantes⁵⁵.

É possível propor que o fracasso dos relacionamentos afetivos de Quitéria se encontra associado à valência negativa de sua representação mental da figura paterna⁵⁶, a qual aparentemente serviu como protótipo para o processo de escolha de seus pares. Além disso, também deve ser mencionado que um importante sentimento de inferioridade caracteriza a

⁵⁵ Quando da coleta de dados, o relacionamento havia sido retomado após um rompimento de dois meses.

⁵⁶ Essa valência negativa se torna clara tendo em vista que, manifestando indiferença, a participante referiu que depois de se casar não teve mais contato com seu pai e que tomou conhecimento do acidente automobilístico letal que o vitimou somente três anos após a morte do mesmo.

participante. Esse sentimento a leva a se submeter a condições altamente desfavoráveis sem esboçar iniciativas em prol de seu ajustamento. O fato da resignação nortear sua conduta implica na geração de uma tensão de natureza narcisista que retroalimenta a visão negativa que Quitéria tem de si mesma, implementando um círculo vicioso de difícil interrupção.

Portanto, parece claro que a capacidade adaptativa da participante é deficitária. Sua reação ao diagnóstico do câncer de mama inclusive o atesta, dado que Quitéria demonstrou uma notável desconsideração pelos riscos da doença. “Eu fiquei mais preocupada porque eu ia ter que parar de trabalhar pra fazer o tratamento. E eu não tinha ninguém pra me ajudar com dinheiro naquela época⁵⁷. Com a doença mesmo eu não me esqueci muito [...] O médico falou que o tumor era pequeno. Ele descobriu no começo, né?”, justificou. A tendência à resignação que lhe é peculiar revela, assim, uma de suas facetas, denotando, como consequência, que se encontra intimamente relacionada a uma estruturação egóica cuja inconsistência impede a utilização de defesas mais operantes.

Deve-se mencionar ainda que a devida apreensão da realidade por parte de Quitéria ocasionalmente parece ser prejudicada pela ação de movimentos de intencionalidade protetora disparados quando o aparelho psíquico experimenta indícios da emergência de angústias potencialmente desestruturantes. Esses movimentos podem ensejar condutas imprudentes, rompendo, desse modo, sua propensão à inércia. O retorno ao trabalho empreendido pela participante poucos dias após ter sido submetida a seu tratamento cirúrgico ilustra como, nesse caso, o comportamento não raro toma o lugar da elaboração psíquica, já que a mesma reconheceu que desrespeitou sua convalescença porque não suportava se sentir “inválida”.

⁵⁷ Quitéria trabalhava como empregada doméstica quando, em 1995, ocorreu a confirmação de seu diagnóstico.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT sugere que uma marcante ambivalência caracteriza a dinâmica das relações interpessoais da participante, já que os heróis das estórias elaboradas pela mesma oscilam, em sua maioria, da dependência à independência e do medo à agressão. É possível propor que isso ocorre porque aparentemente expectativas excessivas permeiam as interações de Quitéria com seus pares. A subordinação impera quando essas expectativas são satisfeitas, ao passo que, quando não, a impulsividade tende a ser a tônica do comportamento. Entretanto, nas estórias em que há diferença de gerações entre o herói e seu interlocutor, tal impulsividade não se converte em hostilidade.

Para tanto, a formação reativa foi utilizada em larga escala durante a testagem. Mas deve-se salientar que a negação e a intelectualização, ainda que de maneira mais discreta, também desempenharam um papel importante no funcionamento defensivo de Quitéria, dado que, devido à prevalência de mecanismos perceptivos, algumas estórias pecam pela superficialidade e pela racionalidade. Assim, a emergência de angústias que poderiam causar uma mobilização emocional mais intensa foi evitada. Não obstante, algumas referências à afetividade da participante são claras, tal como ilustra o Exemplo 7. Afinal, embora tenham como origem uma situação trivial, tanto a condição física quanto o estado emocional do herói se afiguram como desdobramentos de sua incapacidade funcional, de modo que remetem a uma ferida narcísica importante.

Passividade e afiliação são as principais necessidades dos heróis das estórias de Quitéria. Oposição, em contrapartida, é a pressão exercida pelo ambiente com maior intensidade. Nota-se, portanto, uma clara incongruência, a qual, a propósito, acarreta uma série de dificuldades para os heróis, ensejando comportamentos que, na maioria dos casos, promovem um paralisante

distanciamento da situação. Iniciativas precipitadas também ocorrem, mas com menor frequência. Mesmo assim, a maioria das estórias possui um desfecho favorável, o que lhes confere um caráter involuntário pouco verossímil. Partindo desse princípio, é possível propor que, em situações adversas, a participante tende a condutas pouco favoráveis a seu ajustamento ao meio.

Isso talvez ocorra porque, devido à execução de remanejamentos libidinais inoperantes, as bases das relações de Quitéria com o ambiente não são modificadas. Torna-se patente, diante do exposto, uma importante limitação de sua capacidade adaptativa. O estabelecimento de relações elementares com o meio, entretanto, se mostra preservado, uma vez que o pensamento e a consciência de interpretação da participante não foram prejudicados pela restrição de seu potencial associativo. Não obstante, a maioria das estórias, por não possuir uma dupla inscrição manifesta e latente, testemunha um significativo déficit da mobilidade do trabalho psíquico.

Pode-se cogitar, seguindo esse raciocínio, que Quitéria encontra dificuldades para expressar conteúdos internos em referência a demandas externas. Essas dificuldades aparentemente se encontram associadas à incapacidade de seu aparelho psíquico tolerar regressões controladas a ponto de permitir um produtivo relaxamento das barreiras que impedem o acesso ao material situado para além da consciência. Assim, o temor do reavivamento temporário do funcionamento típico do processo primário oblitera integrações criativas, sugerindo que o funcionamento defensivo da participante serve essencialmente para proteger seu ego de ataques superegóicos. Deixar-se levar pela atividade imaginativa representa, nesse contexto, uma ameaça à integridade emocional de Quitéria.

Em função do controle restritivo exercido pela participante sobre sua dinâmica psíquica, o conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT revela apenas indiretamente a ocorrência de indicadores tipicamente depressivos, o que contrasta com os achados decorrentes

da entrevista psicológica. Porém, cumpre assinalar que os impulsos sexuais dos heróis das estórias coligidas são contidos com excessivo rigor. O enredo das narrativas sugere não apenas que Quitéria tende a procrastinar demasiadamente ou até mesmo impedir satisfações dessa natureza, mas também que o faz por conta de um marcante sentimento de menos-valia. A tonalidade depressiva de sua problemática, assim, se mostra com maior clareza.

Como já mencionado, nas estórias elaboradas por Quitéria em que se observa diferença de gerações entre o herói e seus pares há uma agressividade latente. Os fatores associados a tal agressividade não são explicitados, o que sugere que a representação mental de suas figuras parentais possui uma valência negativa cujos desdobramentos são intoleráveis à consciência. Referendam essa hipótese as críticas apresentadas pela participante às pranchas 6MF, 7, 12F e 18MF visando a atribuir a imprecisão das estórias a elas referentes à ambivalência dos estímulos. De qualquer forma, a biografia de Quitéria atesta a associação existente entre sua atual intolerância à ausência do outro e o desempenho inadequado da função de pára-excitação por parte daqueles que assumiram as responsabilidades maternas e paternas em sua infância.

Exemplo 7: Estória elaborada por Quitéria mediante a apresentação da prancha 1

T.L.: 0:12'

T.T.: 3:05'

Esse menino aqui tá triste... Acho que ele tá com dor de cabeça... Não, eu acho que... Isso aqui eu não sei o que é... É alguma coisa em cima da mesa... Não dá pra entender direito, dá a impressão que... Aqui tá parecendo... Eu não sei... Ah, não! É um violino que tá em cima da mesa, né? É um instrumento de música. É um violino, né? E eu acho que o menino tá com algum problema que deixa ele meio cabisbaixo, com o olhar meio triste. Acho que ele não vai conseguir tocar, aprender a tocar, alguma coisa assim. E ele não vai conseguir... Queria aprender a tocar uma música e pelo jeito que ele tá aqui ele não vai conseguir.

Título: *Situação difícil*

Quando eu lhe mostrei essa prancha a senhora disse que esse menino está com dor de cabeça e triste... Certo.

A senhora falou que ele queria aprender a tocar uma música... É...

Em que ele está pensando? Ai, ele tá pensando: “Meu Deus, será que eu vou parar, será que eu vou conseguir?”.

E o que ele vai fazer? Como assim?

Agora ele está olhando para o violino e pensando, não é? E depois, o que vai acontecer? [Risos] Ai eu não sei! Ai, ele vai... Sei lá, ele vai ficar aí até... [risos]. Sei lá, ele vai ficar aí vendo o violino, depois ele vai sair daí, vai tomar uma atitude e seguir pra frente.

E como vai terminar essa estória? Pelo jeito que ele tá, ele não vai conseguir tocar, não.

E aí? E aí ele desiste e vai fazer outra coisa. Só que ele vai ficar chateado por não ter conseguido tocar.

8.1.8. Ifigênia

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica aponta que a história de vida de Ifigênia é marcada por pelo menos dois reveses potencialmente desestruturantes. Afinal, a mesma repentinamente perdeu o pai aos dez anos de idade⁵⁸ e, por esse motivo, abandonou a escola e passou a trabalhar na linha de montagem de uma indústria para contribuir com o orçamento doméstico. Ademais, descobriu, já com seu primeiro casamento marcado, que vinha sendo traída por seu noivo, o que a motivou a romper o relacionamento. Não obstante, as tensões mobilizadas por esses acontecimentos aparentemente foram elaboradas psiquicamente, o que sugere sua aptidão no estabelecimento de conexões associativas intrapsíquicas.

Exteriorizando seus sentimentos sem temer invasões ao longo de toda a entrevista psicológica, a participante forneceu elementos para a corroboração da hipótese precedente, dado que demonstrou ser dotada dos recursos necessários para a expressão de conteúdos internos em referência à realidade externa. A propósito, Ifigênia aparentemente encontra equilíbrio análogo quando se depara com circunstâncias adversas, de maneira que executa remanejamentos libidinais que favorecem a modificação das bases de suas relações com o ambiente, e, conseqüentemente, evitam tanto a submissão passiva quanto a transgressão radical dos limites pelo mesmo impostos.

A reação emocional apresentada por ela ao diagnóstico do câncer de mama⁵⁹ testemunha esse potencial adaptativo, tal como a seguinte afirmação torna patente: “Eu perguntei pro médico

⁵⁸ O pai de Ifigênia foi hospitalizado após sofrer um enfarto. Horas depois de receber alta, sofreu um novo enfarto e faleceu diante da filha.

⁵⁹ A confirmação do diagnóstico de Ifigênia ocorreu em 1996.

como ia ser o tratamento. Foi a primeira coisa que eu fiz. Ele me explicou direitinho. Claro que eu fiquei assustada no começo, né? Só que eu fiz tudo o que eu tinha que fazer [...]. Uma vez eu conheci uma senhora que não aceitou fazer o tratamento. E ela não fez mesmo. Tanto é que ela morreu. Nossa, isso nunca passou pela minha cabeça, sabe? Porque por mais difícil que possa ser, por mais assustada que a gente possa ficar, a gente tem que enfrentar”. Vale destacar que a expressão facial e a tonalidade de voz de Ifigênia quando dessa afirmação conferem-lhe credibilidade e tornam insustentáveis eventuais suspeitas de uma neutralização dos afetos.

As relações interpessoais da participante são, em seu conjunto, avaliadas de forma extremamente satisfatória por ela. “Eu me dou bem com todo mundo. A relação com o meu marido é ótima⁶⁰ [...]. Todo final de semana eu tô com os meus irmãos e com a minha mãe, a gente faz um churrasquinho, almoça junto. Eu também tenho muita amizade com as minhas vizinhas, tenho minhas companheiras do curso de pintura. E até hoje eu tenho amizade com umas senhoras que eu conheci quando eu tava fazendo o tratamento, sabe? [...] Meus filhos são bem fechados, eles não são de muita conversa, não⁶¹. Nesse ponto eles não são parecidos comigo. Só que eu não tenho nenhum problema de relacionamento com eles”, referiu com franqueza.

Deve-se salientar que certas características de Ifigênia identificadas no decorrer da entrevista psicológica – empatia, sensibilidade, ponderação, iniciativa e expressividade emocional – podem ser entendidas como pré-requisitos para o estabelecimento de interações saudáveis com seus pares, o que referenda a qualidade de seus vínculos. Assim, é possível propor que a participante tende a relações capazes de proporcionar gratificação a ambas as partes, visto que as características em questão permitem o reconhecimento dos contornos pessoais e,

⁶⁰ Ifigênia se casou aos 29 anos com seu segundo namorado. O casal havia comemorado bodas de prata um mês antes da coleta de dados.

⁶¹ O filho mais velho de Ifigênia somava 22 anos de idade quando da coleta de dados, ao passo que o mais novo somava 20 anos.

concomitantemente, viabilizam um envolvimento prazeroso, impedindo, como consequência, a ocorrência de identificações de natureza fusional que, não raro, culminam com a simbiose e a despersonalização.

As palavras utilizadas por Ifigênia para descrever seus pais apontam que os referidos achados se encontram intimamente associados à valência positiva das figuras parentais da mesma, tal como ilustra a seguinte afirmação: “Meus pais sempre foram muito carinhosos comigo e com os meus irmãos⁶². Eu me espelho muito neles, sabe? E olha que eles não eram de falar ‘amém’ pra tudo. Se eles tinham que dar uma dura ou um puxão de orelha, eles davam [...] Mas eles não perdiam a razão, faziam as coisas com jeito. Por isso eu até ficava chateada na hora, se eles me chamavam a atenção, só que logo depois ficava tudo bem de novo”. Ou seja: a influência das primeiras relações familiares sobre as relações atuais esclarece que sentimentos diversos podem ser naturalmente experimentados no contato com o outro e que, a despeito disso, dissociações e conflitos não se perpetuam.

A tônica da organização afetiva da participante parece ser a solidez de sua auto-estima, a qual aparentemente decorre de uma proximidade entre o conceito que a mesma conscientemente tem de si e seus ideais inconscientes formados a partir da convergência do narcisismo com a interiorização da censura parental. Por essa razão, sua estabilidade emocional tende a se manter mesmo sem a presença de contínuo suporte externo. A mobilidade do trabalho psíquico de Ifigênia viabiliza a superação de eventuais perdas mediante o empreendimento de integrações criativas que ensejam a figuração das tensões a partir de oportunas aproximações com o universo dos sentimentos. Nesse contexto, não há lugar para defesas de natureza maníaca. O ego não necessita negar as dores que experimenta para tolerá-las.

⁶² Ifigênia tem cinco irmãos e ocupa o terceiro lugar na fratria.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT indica que Ifigênia é dotada de uma notável integração lógica, já que os indicadores referentes aos aspectos formais de suas histórias foram avaliados de maneira positiva. Vale destacar também que, ao longo de toda a testagem, a participante se mostrou espontânea e criativa, o que subsidiou a elaboração de personagens cujas experiências possuem ressonâncias subjetivas com nuances diversificadas. Ainda assim, não foi observada invasão de conteúdos emocionais. Atesta-se, portanto, a adequação não apenas de sua consciência de interpretação, mas também de sua expressividade afetiva.

A regressão permeou o desenvolvimento da maioria das histórias de Ifigênia. Todavia, tal operação defensiva cumpriu um papel essencialmente adaptativo, dado que permitiu à mesma deixar-se guiar serenamente por sua imaginação, favorecendo, como consequência, a execução da tarefa. Deve-se reconhecer que em certos momentos a regressão promoveu um retorno a elementos funcionais correlativos de pontos de ancoragem mais remotos. Esse fenômeno causou um leve desconforto à participante e a levou a empregar – proveitosamente, ressalte-se – o isolamento com o intuito de inviabilizar a reprodução maciça no decorrer da atividade do pensamento das representações evocadas a partir do processo de relaxamento das contigências impostas pelo processo secundário.

A inteligibilidade das histórias de Ifigênia revela que a mesma tende a submeter a oportunas transformações as tensões decorrentes da apreensão dos estímulos externos. Assim, consegue apresentar às demandas com as quais se depara respostas que favorecem seu ajustamento ao meio. Por outro lado, essas respostas trazem a marca dos conteúdos internos que regem seu psiquismo. Partindo desse princípio, pode-se propor que, durante a testagem, a

participante executou um trabalho mental que combina imaginação e organização. Suas narrativas são mais controladas do que um devaneio e, ao mesmo tempo, mais reveladoras do que um produto cognitivo, tal como se vê no Exemplo 8.

Os heróis das histórias de Ifigênia se mostram aptos a planejar e executar com sensibilidade e coordenação uma significativa gama de condutas, ensejando, dessa maneira, a ocorrência de desfechos positivos. Cumpre assinalar que, a despeito disso, há verossimilhança. Esse fato sugere a inexistência de uma intensificação de investimentos narcísicos da qual se poderia suspeitar à primeira vista. Não parece haver uma preocupação da participante em se apresentar como uma imagem pseudo-identificatória, já que apenas a prancha 16 eliciou auto-referência. Nesse sentido, a manutenção de um distanciamento interpretativo no desenvolvimento das histórias aponta que situações conflituais usualmente são contornadas mediante a operacionalização de remanejamentos libidinais, o que confere um selo de qualidade à sua capacidade adaptativa.

A propósito, as estratégias utilizadas por Ifigênia quando do surgimento das situações conflituais produzidas pela ambigüidade das pranchas veiculadas durante a testagem ilustram como a participante tende a transitar entre seus registros conscientes e inconscientes. Esse movimento inclusive parece ser decisivo para sua organização afetiva. Afinal, na dialética entre o latente e o manifesto viabilizou-se a integração de incongruências pontuais das histórias. Talvez a principal delas esteja associada a uma oscilação entre as necessidades de proteção exercida e proteção reclamada. Há uma expectativa de intensa reciprocidade nas relações, aparentemente oriunda da vivência subjetiva de uma ameaça inespecífica de separação, tal como aquela que se revela na história obtida com a apresentação da prancha 10.

A inespecificidade de tal ameaça sugere que sua determinação deve-se essencialmente ao temor da ação do destino. Esse achado poderia ser entendido como uma referência indireta à situação edípica, pois, conforme mencionado na análise da entrevista psicológica, Ifigênia perdeu o pai subitamente durante a infância. Todavia, as interações da maioria dos heróis das histórias com seus pares são pautadas pela gratidão. As pressões exercidas pelo meio visivelmente são propícias a essa conjuntura, dado que, de modo geral, vão ao encontro das necessidades dos heróis. Assim, uma autonomia relativa é preservada, possibilitando, conseqüentemente, o estabelecimento e a manutenção de relacionamentos pautados pelo respeito à existência alheia.

Nas histórias em que há diferença de gerações entre os personagens, certos conflitos decorrem de uma insubordinação implícita do herói à figura de autoridade do sexo feminino. Entretanto, os desfechos sinalizam que os pensamentos e sentimentos dos heróis se conformam à norma social. Essa operação, deve-se destacar, não parece custosa em termos emocionais, de modo que possui uma natureza adaptativa. Portanto, conclui-se que a imago das figuras parentais da participante possui uma valência positiva. Ademais, denota-se que a mesma exerce um controle eficiente, porém não restritivo, sobre seus impulsos agressivos. O mesmo se pode afirmar acerca dos impulsos sexuais, já que a descarga das forças dessa natureza foi condicionada à execução de movimentos de ligação.

Exemplo 8: Estória elaborada por Ifigênia mediante a apresentação da prancha 16

T.L.: 0:05'

T.T.: 3:17'

Ai, meu Deus... Bom, vamos lá. Aqui tem um vento leve... Uma pessoa caminhando, caminhando, caminhando. É uma floresta. Essa pessoa sou eu... Aí eu encontro uma casa. Nessa casa moram duas pessoas. Um vizinho e uma vizinha. Eu vejo isso. E aí eu entro na casa. Tem um café fresquinho. Eu descanso um pouco, fico com eles...Depois eu vou embora. Antes de sair eu pergunto porque eles moram lá sozinhos. Aí eles falam que eles gostam do lugar. Realmente é um lugar maravilhoso. Isso eu posso falar... Eu... Eu vejo isso em sonho com o meu pai. Assim, eu vejo isso em sonho, essa casinha. Mas só o meu pai. O vizinho e a vizinha eu inventei agora pra estória. Eu tenho esse sonho direto. O vento batendo assim e eu andando. Eu vejo uma cabana longe. Aí eu chego lá. Na hora que eu chego, eu vejo o meu pai. Ele tá na cabana fazendo alguma coisa de madeira, assim. Só que eu não consigo chegar perto. Eu vejo ele, mas não consigo falar com ele. Parece que é como se ele não estivesse ali de verdade. Mas é um sonho lindo, sabe? Muito lindo.

Título: *O sonho*

Inquérito

Aqui a senhora contou um sonho... É, é um sonho que eu sempre tenho. E quando eu tenho esse sonho eu acordo numa paz, sabe? É um sonho muito lindo. Não sei direito porque é que eu tenho esse sonho, mas acho que é por causa das lembranças que eu tenho do meu pai. E também porque eu queria muito que ele ainda estivesse vivo... Ele morreu tão cedo... Mas pelo menos a gente se encontra nesse sonho,né?

A senhora disse que não consegue chegar perto dele no sonho... Então, isso é meio esquisito, porque é que nem se ele não estivesse ali de verdade. Não sei explicar direito. Só que vendo ele eu já fico feliz. A aparência dele no sonho é a mesma das lembranças que eu tenho dele de quando eu era pequena.

A senhora quer falar mais alguma coisa a respeito do que a senhora vê aqui nesse cartão em branco? Aqui eu me lembro desse sonho. Então acho que é só isso. Não tem assim uma estória que nem nos outros. É só a estória desse meu sonho.

8.2 Grupo 2

8.2.1 Anastácia

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que Anastácia sente profunda admiração pelos pais. Isso se torna patente levando-se em consideração que a mesma referiu que sua mãe sempre cuidou dos três filhos “com amor e carinho” e que seu pai é um “homem batalhador e de muita fé”, pois, além de ter superado honestamente diversas dificuldades financeiras que se abateram sobre sua família⁶³, conseguiu sobreviver a um grave acidente ocorrido durante o período em que trabalhava como operador de máquinas agrícolas. Diante do exposto, é possível afirmar que Anastácia possui uma representação mental positiva das figuras parentais.

O fato da participante em questão planejar e organizar seu cotidiano para, assim, conciliar o trabalho como professora com as atividades domésticas sugere a criação de complexos arranjos com a realidade externa. Cumpre assinalar, inclusive, que, referendando essa hipótese, Anastácia afirmou orgulhosamente que, em diversas oportunidades ao longo de sua vida, se “desdobrou” para desempenhar diversos papéis distintos ao mesmo tempo. Exemplificando, relatou que, durante a infância, ajudava a mãe a cuidar dos irmãos, mas não deixava de brincar e de estudar, assim como durante o início da idade adulta trabalhava em um banco e em um escritório para pagar seu curso universitário e “não abria mão” dos passeios com as amigas.

Anastácia referiu que nunca lhe faltaram amizades, uma vez que, agregando as pessoas à sua volta, “vivia em turma”. A extroversão, portanto, desempenha um importante papel em sua

⁶³ Quando da coleta de dados, o pai de Anastácia, com 73 anos, ainda trabalhava como comerciante.

dinâmica de formação e manutenção de vínculos. Tal característica, porém, tende a levá-la a buscar o controle de seus relacionamentos interpessoais, de forma que não raro enseja uma postura demasiadamente ativa. Para ilustrar essa tendência, parece pertinente mencionar que, já com o ensino superior completo, a participante em pauta, depois de “ficar apaixonada à primeira vista” pelo então jovem estudante secundarista que viria a ser seu primeiro e único marido⁶⁴, teve a iniciativa de buscar uma aproximação a despeito de saber que o mesmo mantinha há tempos um envolvimento afetivo com uma amiga em comum.

A necessidade de dominância que caracteriza Anastácia, deve-se reconhecer, se torna menos acentuada em circunstâncias adversas. Como seria de se esperar, isso ocorreu quando da confirmação do diagnóstico do câncer de mama, pois a enfermidade aparentemente a levou a assumir um papel mais passivo nos relacionamentos. “Eu só percebi realmente como certas pessoas são importantes na minha vida, como eu preciso delas, quando eu fiquei doente. Principalmente com o meu marido”, afirmou a mesma, conferindo maior sustentação a essa hipótese. Não obstante, a expressão facial e o tom de voz que acompanharam essa afirmação sugerem que Anastácia não se permite se sentir frágil, como se devesse sempre se mostrar forte e segura⁶⁵.

A participante em questão demonstra habilidade para modificar as bases de suas relações com o ambiente visando à satisfação de suas necessidades. É possível propor que justamente por conta dessa habilidade pôde, logo após concluir a graduação em História, “decretar sua independência financeira” e deixar a casa dos pais para viver sozinha, concretizando, assim, um antigo plano. Além disso, Anastácia parece capaz de enfrentar de forma adaptativa os revezes que

⁶⁴ Anastácia casou-se aos 30 anos. Na ocasião, seu marido, técnico em contabilidade, tinha 24 anos.

⁶⁵ Em que pese o fato de Anastácia ter recorrido ao atendimento psicológico que lhe havia sido assegurado como direito mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual poderia sugerir que a mesma, após a recidiva, tornou-se mais flexível nesse sentido.

o “destino” lhe reservou. O fato de ter conseguido, com a utilização de diversas estratégias paliativas, contornar problemas financeiros decorrentes de sua demissão, ocorrida inesperadamente no quarto mês de gestação de seu filho único, pode ser considerado um exemplo dessa capacidade.

A demissão, porém, não foi objeto de uma elaboração psíquica consistente, como sugere a seguinte afirmação: “Eu não aceitei, e não aceito até hoje”. Cerca de um ano após o nascimento de seu filho, Anastácia, residindo em Araraquara, voltou a trabalhar como professora. Contudo, meses depois foi transferida para uma cidade próxima, o que a distanciou de sua família. “Eu só via meu filho dormindo. Isso para mim era o fim”, referiu com a voz embargada e os olhos marejados. É possível sugerir, portanto, que esse evento também não foi devidamente elaborado⁶⁶. Ou seja: Anastácia tende a se adaptar com certo pragmatismo às mudanças, mas as frustrações impostas por essas mudanças eventualmente não encontram conexões associativas capazes de eliminar por completo seus efeitos traumáticos.

Nota-se, assim, que a necessidade de realização é preponderante em sua organização afetiva e se encontra relacionada à necessidade de dominância mencionada anteriormente. A necessidade de proteção exercida, ressalte-se, é igualmente relevante. “Quando eu descobri que estava com câncer de mama, a minha maior preocupação foi com os meus pais. Eu fiquei com medo da reação deles”, relatou referendando essa hipótese. Mas é preciso mencionar que a postura protetora de Anastácia é particularmente acentuada em relação a seu filho único, como evidencia a seguinte afirmação: “Eu amamenteei meu filho quase até ele completar quatro anos. A amamentação era o vínculo que ainda existia entre a gente”.

⁶⁶ Anastácia voltou a trabalhar em Araraquara depois de dois anos e seis meses.

Anastácia reconhece, um tanto quanto envergonhada, que o desmame foi motivado por seu adoecimento, mas afirma enfaticamente que o câncer de mama a aproximou mais de seu filho. A propósito, a participante em questão referiu que, embora tenha ficado “em choque” quando – antecipando-se ao retorno médico – abriu o envelope com o resultado dos exames que confirmavam o diagnóstico, conseguiu “não se deixar abater” em um primeiro momento, sobretudo porque “... não deu nem tempo de ficar pensando muito. Do diagnóstico para a cirurgia foram poucos dias”. Ademais, Anastácia relatou que “... a gente não tem que ficar se lamentando das coisas. Se um problema surgiu, você tem que resolver logo, não adianta ficar pensando porque esse problema veio”.

Nota-se, conseqüentemente, que, em sua organização afetiva, a intelectualização é empregada em larga escala com o intuito de subsidiar o controle das emoções e, assim, evitar uma eventual desorganização psíquica. A recidiva da doença⁶⁷, entretanto, parece ter obliterado, ainda que temporariamente, esse padrão, tendo em vista a seguinte afirmação: “Eu fiquei arrasada quando o médico confirmou a recidiva. Pela primeira vez eu pensei: ‘Meu Deus, por que isso tudo está acontecendo comigo?’ Mas logo eu falei para mim mesma: ‘Eu tenho meu marido para cuidar, tenho meu filho para criar, tenho minha casa, meu trabalho’. Sabe... Eu tenho mais é que enfrentar essa doença. Eu não tenho tempo para perder”.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT sugere que a racionalização foi, ao longo da testagem, o recurso preferencialmente utilizado por Anastácia

⁶⁷ Anastácia foi acometida por uma recidiva apresentando câncer de fígado três anos depois da conclusão do tratamento do tumor primário. A confirmação médica do retorno da doença ocorreu aproximadamente seis meses antes da coleta de dados.

com o intuito de amenizar seus conflitos, uma vez que a mesma se preocupou em apresentar razões lógicas para justificar certos acontecimentos em suas histórias que pareciam motivados por outras forças. Além disso, a veiculação de algumas pranchas eliciou relatos demasiadamente descritivos e permeados por hesitações. Esse funcionamento defensivo, porém, não pode ser considerado negativo, pois contribuiu para a manutenção da constância psíquica e não provocou a revivescência de sentimentos penosos relacionados a eventos do passado.

A elaboração de histórias coerentes e claras aponta que Anastácia é plenamente capaz de apreender os estímulos oriundos do meio e diferenciá-los de suas representações, bem como indica que sua consciência de interpretação e seu potencial associativo são apropriados. A participante também demonstrou durante toda a tarefa habilidade para planejar e executar ações complexas a ponto de permitir a conciliação das demandas externas e internas. Afinal, as respostas aos estímulos e às instruções veiculadas foram bastante satisfatórias. Diante do exposto, é possível afirmar que sua integração lógica não apresenta qualquer prejuízo.

A capacidade adaptativa de Anastácia pode ser considerada igualmente preservada partindo-se do princípio de que, antes de empreender ações voltadas diretamente à satisfação de suas necessidades, os heróis das histórias da participante se preocuparam em manter um distanciamento da situação visando à organização de seus recursos internos. Ademais, os mesmos eram dotados, na maioria dos casos, de iniciativa, coordenação e plasticidade, de modo que superaram as dificuldades impostas pelo meio. As histórias de Anastácia, portanto, apresentaram desfechos bastante positivos e, ao mesmo tempo, totalmente verossímeis.

A extroversão é outra característica importante dos heróis das histórias de Anastácia. A propósito, houve uma clara identificação da mesma com diversos deles, como ilustra o Exemplo 9. Pode-se cogitar, assim, que, conforme havia indicado a análise temática de conteúdo da

entrevista psicológica, a participante tende a assumir uma postura externalizante em suas relações interpessoais. Vale destacar ainda que, em sua maioria, os heróis demandam cuidado e atenção – não raro em excesso – daqueles que os cercam, já que as necessidades de afiliação e proteção reclamada foram as mais recorrentes no conjunto das estórias coletadas.

Elementos sugestivos das necessidades de dominância e proteção exercida ocorreram apenas com a veiculação da prancha 5. Conseqüentemente, os dados decorrentes da aplicação do TAT são, no que se refere especificamente a essa questão, divergentes daqueles obtidos mediante a execução da entrevista psicológica. Na verdade, porém, o que essa divergência indica é que Anastácia se esforça conscientemente para se apresentar como uma pessoa plenamente equilibrada e não deixar transparecer certas fragilidades e inseguranças vivenciadas como feridas narcísicas. Tal estratégia, ressalte-se, não parece ser prejudicial à participante, uma vez que se mostra essencialmente adaptativa.

Nas estórias em que os heróis de Anastácia interagem com personagens mais velhos observa-se um clima de respeito, afeição e cordialidade. Tendo em vista que a mesma se identificou claramente com muitos desses heróis, parece razoável propor que sua representação mental das figuras parentais tem valência positiva. Por fim, vale destacar que, ao longo da testagem, a participante apresentou, sempre de forma contextualizada, algumas referências a seus impulsos sexuais e agressivos. Todavia, foi capaz de tranqüilamente abandoná-los em detrimento de objetivos socialmente valorizados, evitando, assim, uma eventual invasão de conteúdos emocionais.

Exemplo 9: Estória elaborada por Anastácia mediante a apresentação da prancha 6MF

T.L.: 0:02'

T.T.: 1:53'

Outro de Hollywood. Parece que esse aqui não me é estranho. Parece que eu já vi essa cena em algum lugar. Acho que em filme, provavelmente! É um senhor, né? Com um cachimbo, conversando com uma moça. Não dá para perceber, mas ela pode ser filha ou pode ser esposa. Estão conversando... E ela se mostra meio, meio assim, não é surpresa, olhando para ele, como que com uma expressão assim... Ele parece que está perguntando algo para ela, né? Pela expressão dele, é como se estivesse tirando uma dúvida... E ela prestando muita atenção, assim, como se tivesse imaginado: “E agora, que resposta que eu dou?” [Risos]. O que eu vou falar? Ela está em um móvel. Mas eu não consigo perceber que tipo de móvel. E ela está com o braço em cima. Também são roupas, trajes antigos, penteados, batom bem vermelho. Tipo assim, anos 20. Usava muito assim, esse tipo de batom carregado vermelho.

Título: *O enigma*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha você falou que aqui vê uma outra cena. Esse homem está conversando com a moça. Você não conseguiu identificar bem o que essa moça é dele. Mas você disse que eles estão conversando. *É, é como se ele estivesse fazendo uma pergunta pra ela. E ela não está sabendo qual resposta dar, né? Acho que ele está meio que colocando ela na parede. Dando um cheque-mate* [Risos].

Como assim? *Ah, não sei explicar. Ele está perguntando alguma coisa pra ela. Ela ficou surpresa com a pergunta.*

E como ela reage? *Ela vai tirar o charuto da boca dele e vai dar uma tragada* [Risos]. *Pra pensar melhor* [Risos].

E depois? [Risos] *Ah, Rodrigo! Não sei!*

Como vai terminar essa estória? *Sei lá! Com certeza, ela, como mulher, tem muito jogo de cintura, né? Provavelmente ela vai sair dessa assim, tirando de letra* [Risos]. *Ela vai conseguir contornar a situação e vai terminar tudo bem!* [Risos]

Assim como você está contornando aqui... *É* [Risos].

8.2.2 Catarina

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que Catarina possui uma representação mental de valência extremamente negativa de sua mãe. “Ela era muito nervosa. Eu não tive infância por causa dela... Ela me obrigou a começar a trabalhar na roça com oito anos... Olha, eu não tenho nenhuma lembrança boa da minha época de criança por causa dela. Pra falar francamente, minha mãe era um monstro. Ela até tentou uma vez matar meu pai com um machado”, lembrou com rancor⁶⁸. A imago da figura paterna, em contrapartida, parece neutra. A participante referiu que seu pai, cortador de cana falecido há 20 anos, era “uma pessoa de bom coração”, mas sempre foi muito “ausente”.

Catarina salientou também que, durante a infância, o relacionamento com seus três irmãos era “péssimo” devido à ocorrência de constantes brigas. O fato de não haver qualquer contato entre eles na atualidade não deixa dúvida a respeito disso. Ao ser questionada sobre seu casamento, a participante afirmou o seguinte: “Eu só casei mesmo porque eu queria sumir da casa dos meus pais. Mas eu e o meu marido tivemos que morar na casa dos pais dele. E quando eu cheguei lá foi uma decepção. Eu sofri demais, passei fome até. Foi horrível. Eu escapei da minha mãe, só que acabei sofrendo mais na mão da minha sogra... E na mão dele também, por causa da bebida. Porque ele é doente, alcoólatra”.

Como seria de se esperar tendo em vista que o matrimônio foi uma tentativa – condenada ao fracasso tanto por sua sogra quanto por seu marido – de se evadir de um lar opressor, o relacionamento de Catarina com o homem que é seu cônjuge há mais de três décadas é avaliado como “horrível” pela mesma. “Nós não somos mais marido e mulher tem uns quinze anos”,

⁶⁸ Vale destacar que, quando da coleta de dados, a mãe de Catarina somava 87 anos e vivia em um asilo.

confidenciou. A separação, porém, aparentemente jamais foi cogitada por ela. Ressalte-se ainda que, a respeito da relação que mantém com seus três filhos, a participante limitou-se a dizer que “não é ruim, mas também não é nenhuma maravilha”. Nota-se, desse modo, que um sofrimento desalentador surge como o corolário de seus vínculos afetivos. E a única reação que esse sofrimento desperta é a resignação.

A execução de remanejamentos libidinais teria auxiliado Catarina a lidar com os conflitos decorrentes dos relacionamentos insatisfatórios que marcaram sua biografia. Contudo, sua inércia psíquica produziu um estupor melancólico favorável à perpetuação de tais conflitos. Assim sendo, é possível cogitar que a capacidade adaptativa da participante se apresenta significativamente comprometida. Em certa medida, Catarina é capaz de perceber isso, pois o tom depressivo de seu discurso revela indícios de uma culpabilidade que a conduz à auto-desvalorização. Ou seja: a participante aparentemente crê que poderia ter empreendido certas ações visando a atingir uma condição de vida mais compatível com seus anseios.

Cumprе assinalar que, mais do que uma apurada consciência crítica e além de um ataque do ego-ideal ao narcisismo, a referida culpabilidade pode ser entendida como um reflexo da vivência da inexequibilidade de um desejo ao qual Catarina se encontra fixada. Mas qual seria esse desejo? À primeira vista, é possível supor que seria o desejo de amor, já que a mesma sugere que ao longo de sua existência nunca foi amada como gostaria. A propósito, vale mencionar que a frustração provocada por esse fato leva a participante a avaliar de forma extremamente negativa seu passado, como revela a seguinte afirmação: “O maior câncer que eu tive foi a minha vida”.

Não obstante, a formulação de uma outra hipótese sobre a gênese da culpabilidade de Catarina se mostra viável. Ao falar sobre as pessoas que fizeram de sua história um calvário, a participante demonstra rancor, mas não desejo de desfrutar do prazer da vingança causando-lhes sofrimento. “Eu perdoei minha mãe. Mas os meus irmãos não perdoaram. Por isso eles quiseram

colocar ela no asilo”, referiu. Partindo desse princípio, é possível cogitar que a culpabilidade de Catarina decorre de uma identificação com sua mãe e, em menor grau, também com sua sogra e seu marido, constituindo, assim, uma resposta à representação de si como alguém que, em certo momento, foi arrebatado por uma intencionalidade agressiva cuja condenabilidade independe de ter sido ou não levada a termo.

Vale destacar que o comprometimento da capacidade adaptativa de Catarina também se faz notar tendo-se em vista que, segundo a própria, sua reação ao diagnóstico do câncer de mama foi pragmática⁶⁹. Afinal, a participante relatou que encarou a doença como algo normal, já que “todo mundo fica doente”. Possivelmente Catarina não se permitiu entrar em contato com os sentimentos mobilizados pela identificação da enfermidade porque reconhecia que uma desestruturação psíquica era iminente naquele momento. Todavia, após a conclusão do tratamento foi capaz de executar um movimento de introspecção que a levou à seguinte conclusão: “Depois eu percebi que eu fiquei doente por causa de tudo o que eu passei na minha vida. Eu tenho certeza disso”.

Isso sugere que Catarina pôde, ainda que com muito custo, estabelecer conexões associativas entre as tensões às quais havia sido submetida. Entretanto, a propósito da recidiva na coluna vertebral – cuja confirmação ocorreu um ano antes da coleta de dados – que a surpreendeu cerca de oito anos após a conclusão do tratamento do tumor primário, Catarina demonstrou incredulidade. “Eu tenho dúvida se agora eu tenho câncer mesmo. Porque esse problema na coluna só apareceu depois que eu levei um tombo”. Isso sugere que tensões dotadas de maior poder disruptivo podem obliterar seu trabalho de integração ao mundo externo.

⁶⁹ A confirmação do diagnóstico de câncer de mama de Catarina ocorreu cerca de quinze anos antes da coleta de dados.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT indica que, em sua maioria, os heróis das histórias de Catarina se submetem passivamente às forças externas e, admitindo inferioridade e fraqueza, se resignam perante as dificuldades que se impõem à satisfação de seus desejos, tal como ilustra o Exemplo 10. De qualquer forma, procuram, ainda que sem êxito, se proteger da mobilização emocional que tende a surgir como resultado desse tipo de conduta. Assim sendo, é possível afirmar que as necessidades de humilhação e autodefesa psíquica são preponderantes na dinâmica afetiva da participante em questão.

A integração lógica de Catarina se encontra preservada, tendo em vista que, de maneira geral, suas histórias se mostraram coerentes e que sua adaptação à tarefa foi adequada. Referendando essa hipótese, vale destacar que houve choque afetivo apenas em dois momentos ao longo de toda a testagem. Um deles ocorreu após a apresentação da prancha 9MF, quando se obteve uma mera descrição do estímulo. O outro foi desencadeado com a veiculação da prancha 16, pois a participante se limitou a descrever uma paisagem desiderativa. Conclui-se, portanto, que Catarina apresenta uma consciência de interpretação apropriada e um bom potencial associativo.

Catarina também se mostrou em condições de integrar ao psiquismo as tensões às quais, em função da tarefa proposta, estava sendo submetida. É preciso reconhecer, contudo, que essa operação desencadeou auto-referência em três oportunidades, caracterizando uma propensão à invasão de conteúdos emocionais. Apesar da adequação da integração lógica, a capacidade adaptativa de Catarina apresenta um importante comprometimento, pois, como já mencionado, a necessidade de humilhação a faz sucumbir diante das dificuldades impostas pelo meio.

Esse comprometimento se torna ainda mais claro levando-se em consideração que as condutas dos heróis de suas histórias tendem a ser suspensivas ou consumativas, isto é, envolvem a evitação da ação ou prescindem de qualquer preparação mais consistente. A propósito, o fato de a regressão ter sido um mecanismo recorrente em seu repertório defensivo aparentemente está relacionado a essa tendência, pois reforça que, para Catarina, o retorno a formas anteriores de pensamento e comportamento muitas vezes surge como a única saída em situações ansiógenas. Cumpre assinalar, porém, que a utilização desse mecanismo aparentemente não lhe é tolerável, visto que foi projetada nos personagens secundários de várias pranchas.

Em nenhum momento ao longo da testagem Catarina expressou, nem mesmo de forma indireta, impulsos sexuais ou agressivos, o que pode ser entendido como o resultado de um controle restritivo sobre ambos. Aparentemente esse controle conduz – como seria de se esperar – à estase libidinal, de forma que enseja a eclosão de sintomas psíquicos. Nesse caso, os sintomas possuem uma natureza essencialmente depressiva, tendo em vista a desesperança e o pessimismo que permeiam a grande maioria de suas histórias. Ressalte-se que a estase libidinal também parece obliterar o estabelecimento e a manutenção de vínculos. Afinal, na maioria das histórias a dinâmica das relações interpessoais do herói não pôde ser classificada simplesmente porque não havia interação com outros personagens.

Nas demais histórias, nota-se que o herói tende à submissão. Isso lhe acarreta uma frustração ainda maior e, conseqüentemente, retroalimenta a inclinação ao isolamento. Ou seja: as relações interpessoais invariavelmente se destacam como uma importante fonte de conflitos. É preciso salientar, por fim, que a imagem das figuras parentais de Catarina parece ser negativa, pois, nas histórias em que a mesma faz referência a qualquer uma delas, a ação do herói se torna ainda

mais difícil devido às pressões sobre ele exercidas⁷⁰. Partindo do princípio de que a imago das figuras parentais influencia de forma determinante a representação dos pares do indivíduo, conclui-se que a reclusão da participante não se deve apenas à sua estase libidinal.

⁷⁰ A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica, entretanto, indica que a imago da figura paterna é neutra.

Exemplo 10: Estória elaborada por Catarina mediante a apresentação da prancha 2

T.L.: 0:35'

T.T.: 4:12 '

Essa mulher tá triste? Eu... Eu acho que ela tá com um olhar de preocupação... Ela tá com um livro na mão... Parece que ela vai fazer alguma coisa que ela não gosta... Não sei mais. Eu acho que é basicamente isso.

Título: *Preocupação*

Inquérito

Aqui a senhora disse que a mulher está com um olhar de preocupação. Em que ela está pensando? *Ela é professora, né? Ela foi dar aula aqui. Acho que é uma escola rural. Só que ela não gosta do que ela faz. Por isso ela tá assim.*

Como ela se sente com isso? *Triste.*

E o que levou ela a ser professora? *Dever. É a única coisa que sobrou pra ela. Ela tinha que trabalhar pra ajudar os pais dela.*

Ela não tinha outra escolha? *Não.*

E o que ela vai fazer? *Ela vai ficar sempre fazendo o que os outros quer.*

E como ela vai ficar? Como vai terminar essa estória? *Ela vai continuar triste. Vai ser assim.*

8.2.3 Luzia

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que Luzia indubitavelmente se mantém atenta às demandas que o meio lhe apresenta e se esforça para satisfazê-las. Essa capacidade parece não ser afetada nem mesmo pela ação contrária produzida por forças decorrentes de eventos traumáticos. E a biografia de Luzia é marcada pela ocorrência de alguns eventos traumáticos importantes. A separação precoce da família de origem parece ter sido o principal deles. “Eu nunca ia imaginar que de repente eu ia ter que ir pra longe do meu pai, da minha mãe e dos meus irmãos. Pra mim isso foi uma coisa terrível”, afirmou, consolidando essa hipótese.

A referida separação ocorreu, segundo a participante, da seguinte maneira: a esposa de um de seus três tios paternos sofreu um acidente vascular cerebral que provocou graves seqüelas. O mesmo então pediu a João, pai de Luzia, que lhe concedesse uma de suas duas filhas para auxiliar nas tarefas domésticas. Esse pedido foi prontamente atendido por João. Assim, Luzia, aos sete anos de idade, deixou a casa de seus pais para viver com o tio e a esposa⁷¹. Com isso, mudou-se do interior da Bahia para a cidade de São Paulo, onde permaneceu até os dezenove anos. Durante todo esse período, não teve oportunidade de rever sua família de origem sequer uma vez. As únicas notícias que recebia dos pais e irmãos eram trazidas pelos cartões natalinos por eles enviados.

Luzia aparentemente assumiu a responsabilidade de todo o trabalho doméstico antes executado pela esposa de seu tio. “Eu lavava, passava, cozinhava, limpava. Servia só pra isso”,

⁷¹ Segundo a participante, seu pai a escolheu porque sua irmã mais velha já auxiliava sua mãe desempenhando uma série de atividades domésticas.

relatou com complacência. Ademais, foi obrigada, aos treze anos, a abandonar a escola para trabalhar na linha de produção de uma pequena empresa. O tio da participante se apropriava de seu salário e ainda dizia que a quantia não era suficiente sequer para pagar as despesas relativas à sua alimentação. Luzia também não podia ter amizades ou passear nos finais de semana. “Ele [meu tio] não permitia essas coisas. Minhas colegas iam ver cinema e eu nem sabia o que era isso... Ele era uma pessoa muito brava. Não tinha carinho por mim, sabe? Não demonstrava amor”, afirmou ela sem alterar sua expressão facial serena.

Luzia salientou que se queixava dessa situação para suas companheiras de trabalho e que as mesmas a incentivavam a deixar a casa de seu tio e se mudar para uma pensão. Essa opção era condizente com seu salário. Porém, não foi levada a termo. O motivo alegado para tanto foi o seguinte: “Eu achava que eu tinha que agüentar aquela situação. Eu achava que não podia deixar eles”. É possível propor, diante do exposto, que Luzia tende a se submeter passivamente às restrições que lhes são impostas, de modo que, ao invés de procurar modificar as bases de sua relação com o meio visando a obter uma condição mais satisfatória, limita-se à resignação. Sua capacidade adaptativa, portanto, se encontra comprometida por um acentuado samaritanismo.

João, o pai de Luzia, veio até São Paulo para buscá-la e levá-la de volta para a Bahia depois de receber uma carta escrita por sua irmã. Essa carta denunciava, pela primeira vez, os abusos praticados pelo tio da participante. “A maior emoção da minha vida foi poder ficar com a minha família de novo. Porque não tem ninguém pra cuidar da gente que nem pai e mãe”, relatou com a voz embargada. A imago das figuras parentais de Luzia, assim, pode ser considerada positiva⁷². A propósito, ao ser questionada se o fato de seu pai ter consentido com sua migração

⁷² Os pais de Luzia são falecidos há cerca de quinze anos.

precoce havia mudado seus sentimentos por ele, a mesma respondeu enfaticamente: “Eu nunca senti mágoa do meu pai. Porque ele fez uma caridade, né? Então eu não posso me queixar dele”.

Luzia também não demonstrou qualquer hostilidade ao falar sobre seu tio. Dessa maneira, é possível propor que um marcante sentimento de menos-valia a caracteriza. Afinal, a análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica sugere que a participante tende a se render às frustrações sem esboçar qualquer resposta de enfrentamento. Somente o referido sentimento parece capaz de justificar a suposta ausência de conflitos associados a essas frustrações. A tendência à resignação que caracteriza Luzia ainda aponta que a repressão de impulsos agressivos é um recurso utilizado de forma recorrente pela mesma com o intuito de sustentar sua homeostase psíquica. Ressalte-se, porém, que a repressão, nesse caso, pode ser considerada patológica tendo-se em vista que os impulsos sobre os quais incide parecem não encontrar qualquer possibilidade de descarga.

A participante poderia despertar reações negativas nas pessoas com as quais convive se sua suposta agressividade latente viesse à tona. Essas reações provavelmente reforçariam seu sentimento de menos-valia. Conclui-se, seguindo esse raciocínio, que a repressão de Luzia se apresenta como um reflexo da condição de inferioridade na qual sua auto-estima a coloca. Todavia, a mesma é capaz de identificar e expressar, ainda que de forma pouco elaborada, certas emoções socialmente aceitáveis. A tristeza decorrente do diagnóstico do câncer de mama é uma dessas emoções, como se nota a partir da seguinte afirmação: “Eu recebi muito mal essa notícia [o diagnóstico]. Me deu uma sensação ruim. Não sei nem explicar. Só sei que foi uma coisa muito ruim”.

A confirmação clínica da segunda recidiva de Luzia⁷³ aparentemente provocou um impacto emocional ainda mais intenso. “Depois desse tumor [no pescoço] eu não sou mais aquela pessoa feliz. Eu vivo preocupada, sabe?”, referiu, confirmando essa impressão. Conseqüentemente, levou a uma resposta menos adaptativa. Ao falar sobre o assunto durante a entrevista psicológica, à atitude conformista da participante se sobrepôs uma preocupação angustiante com o curso da enfermidade. Dos olhos de Luzia inclusive verteram algumas lágrimas durante o longo período de silêncio que sucedeu a seguinte afirmação: “Eu achava que depois do tratamento a doença não ia voltar mais. Só que ela voltou. E eu não sei se eu vou agüentar tudo de novo”.

Por fim, vale destacar que Luzia avalia de forma bastante positiva seu relacionamento conjugal⁷⁴, uma vez que quando o assunto foi abordado durante a entrevista psicológica a mesma se emocionou e afirmou o seguinte: “Ele [meu marido] é uma pessoa muito boa. A gente tá junto faz 40 anos e eu não tenho o que reclamar dele. Ele sempre foi muito companheiro. Ainda mais depois que eu fiquei doente”. Com evidente orgulho, a participante também salientou que tem uma boa relação com seus irmãos, com seus quatro filhos e com seus dois netos. O apreço de seus entes, portanto, aparentemente lhe serve como um bálsamo para o sentimento de desesperança que a tem afligido desde a recorrência de sua enfermidade.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que, de modo geral, as condutas dos heróis das estórias elaboradas por Luzia têm como características

⁷³ Luzia apresentou o tumor primário na mama direita. Dois anos depois, uma recidiva acometeu na mama esquerda. Seis anos após, um outro tumor foi identificado no pescoço. Isso ocorreu cerca de um ano antes da coleta de dados.

⁷⁴ Luzia casou-se uma única vez. Seu marido foi seu segundo namorado. O relacionamento teve início na Bahia, mas depois do matrimônio o casal se mudou para o interior do Estado de São Paulo à procura de trabalho.

principais a passividade e a fraqueza. Ademais, nos casos em que os mesmos demonstram alguma iniciativa, as ações empreendidas carecem de uma organização prévia adequada e possuem uma natureza um tanto quanto mágica. Conseqüentemente, conduzem a desfechos que, a despeito de favoráveis, se mostram pouco verossímeis. Tais achados sugerem que a capacidade adaptativa da participante se apresenta prejudicada.

Levando-se em consideração que houve, como ilustra o Exemplo 11, uma identificação consciente da participante com o herói na estória decorrente da veiculação da prancha 7MF, pode-se propor que Luzia tende a se render às pressões contrárias a seus desejos. A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que um marcante sentimento de inferioridade caracteriza sua dinâmica afetiva, o que justificaria essa tendência. No conjunto das estórias produzidas a partir do emprego do TAT, porém, esse sentimento não é tão evidente, uma vez que a necessidade de humilhação ocorreu apenas esporadicamente.

Em contrapartida, a humilhação é, ao lado da rejeição, a pressão exercida com maior frequência pelo ambiente sobre os heróis de Luzia, de modo que os mesmos acabam sucumbindo à resignação e ao abandono. As referidas pressões causam um impacto emocional importante, mas não levam à adoção de qualquer resposta de enfrentamento. Isso ocorre porque, assim como aparentemente o faz a participante, os heróis são, motivados por forças morais, propensos à repressão de sentimentos negativos. Assim, geralmente esses sentimentos são submetidos a uma espécie de censura consciente que os extermina, como também se vê na estória obtida com a apresentação da prancha 7MF. Conclui-se, diante do exposto, que os conflitos relacionados a essa problemática se destacam como os mais significativos na dinâmica psíquica da participante.

Vale destacar ainda que ocasionalmente Luzia recorre à formação reativa, executando contra-investimentos para transformar sentimentos inaceitáveis à sua consciência. Esse mecanismo de defesa parece determinante na constituição da imago das figuras parentais da

participante. Afinal, a representação mental de ambas se mostrou positiva nas histórias que remetem a essa questão, a despeito dos elementos fornecidos pela realidade externa que poderiam conduzir ao contrário. O fato de Luzia ter sido privada por seus pais do convívio com sua família de origem durante a infância evidentemente seria o principal desses elementos.

A dinâmica das relações interpessoais dos heróis das histórias coligidas não pôde ser identificada na maioria dos casos, já que não correspondia às unidades de codificação disponíveis no protocolo de avaliação. Mas, quando possível, demonstrou que a interação do personagem principal com os demais foi pautada pela extroversão. Partindo do princípio de que no decorrer de toda a coleta de dados Luzia se mostrou comunicativa e sociável, torna-se patente a ocorrência de uma projeção. Não obstante, se trata de uma projeção idealizada, uma vez que, fazendo-se valer do atributo em pauta, os heróis obtiveram a satisfação de todas as suas necessidades, o que aparentemente não acontece com a participante.

Durante a entrevista psicológica, o surgimento de referências a impulsos agressivos foi reprimido por Luzia. A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT corrobora que a participante exerce um controle restritivo sobre esses impulsos. Porém, indica que o isolamento é tão importante nesse processo quanto a repressão, tendo em vista que representações de natureza hostil eliciadas a partir da veiculação de certas pranchas – sobretudo 8RH e 18MF – foram, depois de sutilmente exteriorizadas, mantidas à margem das conexões associativas que subsidiaram a elaboração das histórias. Justamente em função disso, houve nítidas alterações do pensamento em diversas oportunidades ao longo da testagem.

Embora tenha levado o herói à adoção de um esquema comportamental pouco elaborado do ponto de vista psíquico, a expressão de impulsos sexuais ocorreu de forma contextualizada com a apresentação da prancha 4. Isso pode ser entendido como um indício de que, ao contrário do que se pensaria a partir de uma análise mais superficial, o ego de Luzia é dotado de certa

flexibilidade. Ademais, os indicadores decorrentes da análise formal no conjunto das estórias coligidas são positivos e sugerem que sua integração lógica se encontra preservada. Ou seja: a participante tende a não encontrar maiores dificuldades para apreender os estímulos externos, diferenciá-los de elementos internos e manipulá-los mentalmente.

Exemplo 11: Estória elaborada por Luzia mediante a apresentação da prancha 7MF

T.L.: 0:05

T.T.: 2:49

A mãe e uma menininha... A mãe dando conselho para a filha. Não sei se é uma boneca... Não dá para ver... Elas estão no sofá. A filha triste... Pelo jeitinho dela... A menina triste... Ela queria brincar com os amiguinhos. E a mãe não deixa.

Título: *A menina triste*

Inquérito

A senhora disse aqui que a mãe está dando um conselho para a filha. *É....*

A senhora disse que a filha está triste porque ela queria brincar com os amiguinhos, mas a mãe não deixa. *É. A mãe tá falando assim: “Minha filha, você é uma menina de família. Família de bem. Você não deve se deixar por aí. Não deve brincar com os meninos de rua”. Esse é o conselho que a mãe tá dando pra ela, entendeu?*

E porque a mãe está dando esse conselho? *Ah, porque ela se preocupa com a filha, né?*

E em que a menina está pensando aqui? *Ah, ela pensa assim: “Eu devo brincar ou devo ouvir o conselho da minha mãe?”. Ela tá na dúvida.*

E o que ela vai fazer? [...] *Ela vai ouvir o conselho da mãe.*

E aí, como vai terminar a estória? *Ah, ela vai ficar triste porque ela não vai brincar. Ela vai perder um pouco da infância dela. Como eu perdi a minha... Mas depois ela vai entender que a mãe dela tava certa. A mãe dela não queria o mal para ela. Queria só o bem.*

8.2.4 Isabel

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica sugere que, em diversas passagens de sua vida, Isabel lançou mão de estratégias pouco favoráveis a seu ajustamento. As circunstâncias em que ocorreu seu matrimônio ilustram esse achado. Afinal, a participante afirmou que, aos 19 anos de idade, tentou se casar às escondidas com seu namorado⁷⁵. Questionada sobre os motivos que a levaram a proceder dessa maneira, Isabel surpreendentemente mencionou que não havia qualquer oposição ao enlace na família de nenhuma das partes, até porque o namoro já durava cerca de quatro anos. Ademais, salientou que a idéia de oficializar a união havia sido cogitada pela primeira vez na noite anterior sem qualquer motivo especial.

Conforme relatado, o casal se encontrou ainda durante a madrugada em frente ao cartório da cidade na qual residiam. Todavia, foi flagrado no início da manhã pela mãe de Isabel a caminho de seu trabalho. Em suma: o matrimônio acabou ocorrendo naquele mesmo dia, mas contou com a presença dos pais de ambos os noivos. Deve-se destacar também que, atestando sua precipitação na ocasião, a participante afirmou que, devido a restrições financeiras, somente passou a viver com seu cônjuge dois anos após as bodas. Diante do exposto, é possível propor que sua capacidade adaptativa apresenta uma importante limitação, a qual, a propósito, provavelmente decorre dos contatos inconsistentes estabelecidos pela mesma com seus desejos.

Tal hipótese adquire maior pertinência levando-se em consideração que, encontrando uma marcante dificuldade para fornecer justificativas mais esclarecedoras para o episódio em questão, Isabel mudou de assunto abruptamente. Um discurso limitado em termos de expressividade

⁷⁵ Na ocasião, o namorado de Isabel somava 20 anos.

emocional, porém, foi constante ao longo de toda a entrevista psicológica. Denota-se, portanto, que um notável esforço é empreendido para evitar a reprodução na atividade do pensamento de suas vivências subjetivas. Aparentemente esse esforço é intenso a ponto de conduzir à criação de arranjos estereotipados entre os estímulos externos e os conteúdos internos, pois oblitera o estabelecimento de conexões associativas.

Isabel sustenta que o diálogo não era valorizado em sua família de origem, tal como se nota com a seguinte frase: “Meu pai e minha mãe não gostavam de papo, não. Eles só falavam de coisa séria”. Cumpre assinalar, entretanto, que a mesma não entrou em detalhes a esse respeito e tampouco demonstrou maiores indícios de insatisfação com relação a essa problemática. Ao contrário, evidenciou uma propensão à resignação ao afirmar que, por retornarem para casa muito cansados após o exaustivo trabalho na lavoura, seus pais não tinham condições de dar atenção aos filhos⁷⁶. Diante do exposto, é possível propor que a imago de ambas as figuras parentais apresenta uma valência positiva, porém pouco verossímil.

Um excessivo apego ao factual parece ser típico da participante, dado que a mesma associou sua orientação prática à condição econômica desfavorável com a qual conviveu ao longo de toda a sua existência. “Eu sempre fui muito pobre [...] Pobre não tem tempo de ficar sonhando muito, pensando muito na vida. A gente tem mais é que trabalhar, porque senão fica sem ter o que comer”, afirmou. Conseqüentemente, pode-se sugerir que Isabel negligencia movimentos de introspecção e, desse modo, restringe sensivelmente o alcance de sua atividade imaginativa. Ou seja: a indiferença em relação aos conteúdos internos compromete sua capacidade de elaboração psíquica, a qual tende a ser preterida no manejo das tensões.

⁷⁶ Isabel tinha 9 irmãos e ocupava o terceiro lugar na fratria. Seu pai faleceu por afogamento aos 55 anos de idade. Já sua mãe sofreu um acidente vascular cerebral letal aos 62 anos de idade.

Conclui-se, sendo assim, que o ego de Isabel não opera adequadamente no sentido de domar as ressonâncias de certas experiências dolorosas mediante o estabelecimento de ligações capazes de contrabalançar o desprazer. A reação da participante ao diagnóstico do câncer de mama inclusive reforça essa hipótese, posto que a doença foi encarada como uma fatalidade diante da qual nada lhe restava fazer⁷⁷. “No começo eu fiquei pensando assim: ‘Por que isso foi acontecer comigo?’ [...] Eu também fiquei abalada porque eu podia morrer por causa da doença, né? Só que a gente tem que se conformar, né? Às vezes, a vida guarda umas coisas pra gente que não são boas. [...] Eu acho que o melhor é se ocupar pra não ficar pensando muito. Foi isso que eu fiz”, afirmou.

Portanto, estratégias capazes de promover um escoamento mais direto das tensões – a exemplo, na ocasião, do sobreinvestimento de seu trabalho como empregada doméstica – tendem a ser privilegiadas por Isabel. Isso explicaria porque a mesma afirmou que o pior período de sua vida foi quando, após a confirmação de sua recidiva óssea, uma fratura na perna a imobilizou por aproximadamente dois meses. “Credo, foi terrível essa época. Eu não podia levantar da cama pra nada. Aí minha cabeça foi a mil, né? Eu só ficava pensando besteira”, referiu. Deve-se destacar, a propósito, que inicialmente a notícia da recidiva foi recebida com pragmatismo, de modo que seus riscos potenciais foram desconsiderados.

Por fim, cumpre assinalar que, a despeito da longevidade de seu matrimônio⁷⁸, Isabel demonstrou certa indiferença ao falar sobre seu marido. Ao ser questionada sobre seus relacionamentos com seus seis irmãos, quatro filhos e sete netos, a mesma também foi notavelmente parcimoniosa. Ademais, deu a entender que se considera uma pessoa pouco

⁷⁷ A confirmação do diagnóstico de Isabel ocorreu no final de 1999, cerca de dois meses após a identificação de um nódulo durante uma consulta médica de rotina.

⁷⁸ Quando da coleta de dados, o matrimônio de Isabel – primeiro e único – somava 35 anos.

disponível às amigadas. Em suma: como seria de se esperar tendo em vista o distanciamento que mantém de suas emoções, a participante sustenta relações interpessoais que se caracterizam pela superficialidade. Torna-se patente, portanto, que a incapacidade de responder às demandas afetivas não se restringe apenas às suas próprias, e, sim, se estende às alheias nas interações com seus pares.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que a maioria dos heróis das histórias elaboradas por Isabel adota uma postura introversiva em suas relações. A expressão de sentimentos – tanto positivos quanto negativos – é negligenciada, de modo que apenas alguns vestígios das vivências emocionais dos mesmos podem ser apreendidos pelos demais personagens. Nesse contexto, o estabelecimento de vínculos mais profundos se torna inviável. Cumpre assinalar, entretanto, que somente na história obtida mediante a apresentação da prancha 14 se nota uma referência mais clara a experiências negativas de solidão. Seguindo esse raciocínio, é possível propor que a superficialidade que parece caracterizar as interações que a participante mantém com seus pares não lhe causa maior incômodo.

A propósito, vale mencionar que, nas histórias em que a proteção reclamada se destaca como uma das pressões exercidas pelo ambiente, os heróis vêm-se diante de conflitos com os quais encontram dificuldades para lidar. Portanto, a manutenção de um significativo distanciamento daqueles que a cercam possui, para Isabel, uma natureza essencialmente defensiva. O fato do isolamento ter sido uma das operações protetoras mais utilizadas no decorrer da testagem ilustra que a mesma emprega estratégias análogas no manejo de representações que

mobilizam ansiedade. Ou seja: a evitação sistemática de tudo que é interpretado como uma ameaça ao equilíbrio psíquico pode ser considerada um padrão recorrente.

A anulação retroativa e a denegação também se prestaram a essa finalidade defensiva. Todavia, a ocorrência de tais mecanismos sugere que o distanciamento pretendido nem sempre é exequível, dado que acusa a emergência para o plano consciente de representações que conseguiram contornar as interdições impostas pelo rompimento de conexões associativas na atividade do pensamento. Esse achado é compatível com outras facetas de sua organização afetiva identificadas a partir da análise dos demais indicadores das histórias. Afinal, a autodefesa psíquica e a passividade foram as necessidades mais significativas dos heróis. É preciso esclarecer que, nesse caso, a passividade traduz não apenas uma propensão à resignação, mas sobretudo uma força que opera com o intuito de manter uma condição de estase libidinal.

Como resultado da ação dessa força, a dinâmica psíquica se apresenta destituída de maior mobilidade. As histórias coletadas trazem a marca da obviedade e não revelam, salvo exceções pontuais, uma dupla inscrição manifesta e latente. Houve, deve-se reconhecer, uma razoável adaptação tanto aos estímulos quanto às instruções. Ademais, Isabel demonstrou ser dotada de uma boa consciência de interpretação apreendendo os estímulos externos e diferenciando-os de conteúdos internos, bem como utilizando uma linguagem apropriada do ponto de vista formal. A capacidade de integração lógica da participante, assim, se encontra preservada.

Isabel pouco se permitiu recorrer à atividade imaginativa, já que prevaleceram mecanismos perceptivos ao longo da testagem. Em função disso, a resolução das problemáticas colocadas em cena não decorreu da criação de arranjos entre as demandas internas moldadas por sua organização afetiva e as balizas externas determinadas pelos estímulos veiculados. Os heróis, em sua maioria, se sujeitaram às pressões oriundas do meio. Essa tendência inclusive pode ser

considerada decisiva no funcionamento emocional da participante, o que referenda a existência de déficits de comunicação entre as estruturas inconscientes. Partindo desse princípio, é possível propor que a capacidade adaptativa de Isabel apresenta prejuízos associados à inoperância das regressões que, em situações de conflito, impulsionariam reorganizações posteriores.

O controle restritivo exercido pela participante sobre suas fantasias aparentemente também se estende a seus impulsos agressivos. A estória elaborada a partir da apresentação da prancha 18MF o atesta, pois, como se vê no Exemplo 12, houve uma importante distorção do estímulo com a introdução de uma injustificada diferença de gênero entre os personagens. Ademais, o enredo da narrativa se distancia totalmente do conteúdo sugerido, o que caracteriza a ocorrência de choque afetivo. Conclui-se, portanto, que, para Isabel, a vivência de sentimentos hostis costuma ser perturbadora. Cumpre assinalar ainda que algumas das estórias coligidas tratam de temas sexuais. Porém, a postura dos heróis sugere indiferença, o que sinaliza que a participante procura sustentar que a sexualidade não lhe rende satisfações e tampouco frustrações.

O Exemplo 12 também aponta que a imago da figura materna possui uma valência positiva pouco verossímil. É possível considerar esse achado um indício de que a participante, qual seja o gênero de seus pares, encontra acentuadas dificuldades para conjugar sentimentos ambivalentes sem experimentar culpabilidade no contexto de suas relações interpessoais. Tais dificuldades parecem ser influenciadas essencialmente pelo temor do abandono. Contudo, não remetem diretamente à questão edípica, já que processos identificatórios observados em outras estórias pressupõem a renúncia às inclinações incestuosas arcaicas. De qualquer maneira, cabe uma ressalva que conduz à relativização dessa hipótese: o conjunto dos dados não fornece elementos para uma caracterização precisa da imago da figura paterna.

Exemplo 12: Estória elaborada por Isabel mediante a apresentação da prancha 18MF

T.L.: 0:11'

T.T.: 1:18'

Aqui... Não sei... Aqui eu acho que... É a mãe corrigindo o filho. Assim... Ela pegou na orelha dele e tá falando: 'Não faça mais isso'. Entendeu? É uma dura que ela tá dando nele... Quero dizer, não é assim uma dura... É mais um conselho. É que ele foi em algum lugar que a mãe não gostou.

Título: *Conselho de mãe*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora falou que aqui tem uma mãe corrigindo o filho... *É.*

Primeiro a senhora falou que ela estava dando uma dura nele... *É, só que depois eu pensei melhor e achei que era mais um conselho. Ela tá puxando a orelha dele porque ele foi num lugar que ela não gostou.*

Em que lugar ele foi? *Ah, isso eu já não sei. Só o que eu sei é que ela não gostou.*

Em que ela está pensando? *Ela tá pensando que ele não devia ter feito o que ele fez.*

E o que ela sente? *Nada, assim. Ela só ficou meio brava.*

E o filho? O que ele está sentindo? *Não sei, mas eu acho que é arrependimento, porque ela tinha avisado antes que não queria que ele fosse naquele lugar.*

Em que ele está pensando? *É, acho que ele tá pensativo ... Ele tá pensando na mãe dele. 'Ai mãe, eu não vou fazer mais isso'. É assim que ele tá pensando.*

E o que vai acontecer depois? *Depois? Ah, depois ele vai se comportar melhor. Ai a mãe não vai mais ficar brava. Ela vai falar uma vez só e ele vai entender.*

8.2.5 Bárbara

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica aponta que a organização afetiva de Bárbara se encontra prejudicada por um rebaixamento crônico do humor, o qual, embora possa ter se acentuado após o adoecimento⁷⁹, parece ter origens muito mais remotas. O tom predominantemente lamurioso do discurso da participante reforça essa hipótese, uma vez que ruminções sobre o passado foram recorrentes. Além disso, a participante evidenciou que vivencia o presente com pesar e aguarda o futuro com desesperança. Idéias de inadequação completam a sintomatologia de natureza distímica, mas não conduzem à culpabilidade, tal como revela a seguinte afirmação: “Minha vida sempre foi ruim. Só que a minha parte eu nunca deixei de fazer”.

Ainda assim, depreende-se a existência de uma significativa ferida narcísica, dado que o adequado funcionamento do aparelho psíquico de Bárbara aparentemente é inviabilizado por uma marcante estase libidinal. “Eu já me desgostei de tudo, sabe? Então eu, sinceramente, não espero mais nada da minha vida...”, referiu com franqueza. A participante mencionou que, de ponta a ponta, sua biografia é marcada por inúmeros eventos adversos. Alguns foram relatados com detalhes durante a entrevista, tais como as recorrentes brigas nos relacionamentos familiares e amorosos. Bárbara, contudo, sugeriu que não entende nenhum desses eventos como fatores precipitantes de sua condição emocional atual. Dessa maneira, sua incapacidade de investir energias em novas metas se apresenta destituída de um objeto em particular.

A dinâmica das relações da participante com sua família constituída revela que, devido a uma limitada capacidade de tolerância às frustrações, cobranças excessivas são direcionadas

⁷⁹ Bárbara recebeu a confirmação do diagnóstico de câncer de mama em Fevereiro de 1998.

àqueles com quem a mesma divide seu lar. Bárbara inclusive admitiu que se considera uma pessoa “rígida, severa e difícil”. Contudo, experimenta sentimentos hostis quando suas expectativas não são satisfeitas nesse contexto, o que aparentemente acontece com regularidade. O fato de termos pejorativos terem sido utilizados por ela para fazer referência a seu marido e seus dois filhos adolescentes torna patente a intensidade dos sentimentos em questão, bem como sugere a ocorrência, motivada pelo estabelecimento de cadeias associativas que reavivam frustrações arcaicas, de deslocamentos e condensações.

Tais frustrações remetem aos problemas que Bárbara relatou ter vivenciado durante a infância e a adolescência. “Eu não tenho lembranças boas, não [...] Meus pais eram muito ignorantes. Eu não podia ter uma amiga. Tive que parar de estudar pra trabalhar na roça e botar dinheiro em casa [...] Namorar, então, nem pensar! Tanto é que meu primeiro namorado eu tive com 23 anos. Por causa deles eu só trabalhava, trabalhava, trabalhava. Nossa, só de pensar nessas coisas eu fico revoltada”, afirmou elevando o tom de voz e alterando a expressão facial. É provável que a valência negativa tanto da imago materna quanto da imago paterna da participante se encontre intimamente associada a esses problemas⁸⁰. Porém, o rigor dos pais parece ter sido internalizado de modo integral por Bárbara, fornecendo, assim, as bases para a estruturação de um superego demasiadamente inflexível.

Parece coerente propor até mesmo que, como resultado de suas experiências arcaicas, Bárbara se viu forçada a abandonar seu narcisismo infantil e a empreender uma identificação primária – análoga, em certo sentido, a uma incorporação oral – com a suposta onipotência parental. Essa identificação criou condições propícias para o desenvolvimento de uma instância que forja modelos inatingíveis aos quais a participante inconscientemente determina que não

⁸⁰ O pai de Bárbara faleceu cerca de dez anos antes da coleta de dados. Em contrapartida, a mãe de Bárbara – com a qual a mesma raramente mantém contato – somava 84 anos.

apenas ela mesma, mas também aqueles que a cercam, deveriam constantemente tentar se adequar. As implicações do processo em questão, por se fazerem sentir essencialmente em relações duais, sugerem que acontecimentos anteriores à problemática edípica podem esclarecer aspectos importantes do funcionamento do aparelho psíquico de Bárbara.

É preciso salientar que a participante é capaz de apreender os estímulos oriundos do meio, mas aparentemente encontra severas dificuldades para elaborá-los psiquicamente. Ao ser questionada sobre as circunstâncias em que ocorreu seu matrimônio, Bárbara apresentou uma argumentação que ilustra essa hipótese: “Foi assim: eu casei com trinta anos. Então eu já namorava fazia sete anos, entendeu? E foi isso: eu casei porque tinha que casar. Porque meu pai e minha mãe ficavam falando na minha cabeça que se eu não casasse ia ficar feio pra eles. Eu ia ficar falada, né? E tem outra... Passou dos trinta e não casou é enalhada [...] Meu marido sabe que eu nem tinha aquela paixão assim por ele, como não tenho até hoje. Eu gostava de outro antes, quando eu era mais nova. Só que como eu não podia botar a cara na rua acabou que não virou nada”.

Diante do exposto, presume-se que o potencial adaptativo da participante se caracteriza por uma importante restrição. Uma tendência à resignação parece levá-la a encarar sua vida como uma sucessão de fatalidades diante das quais a única atitude possível é a aceitação passiva. Ao surgimento de seu tumor primário, entretanto, essa tendência não se aplicou. Bárbara demonstrou revolta ao afirmar que, a seu ver, adoeceu devido à “irresponsabilidade” de seu ginecologista, dado que, cerca de um ano antes da confirmação do diagnóstico do câncer de mama, o mesmo receitou-lhe hormônios para o tratamento da endometriose que a acometia. “Eu não me conformo... Porque eu acredito que foi esses hormônios que causou tudo isso”, mencionou com evidente agressividade.

Por fim, cumpre assinalar que Bárbara se recusou a responder algumas perguntas alegando que falar sobre certos assuntos a faz sentir “muita raiva”. Assim, não foram obtidas informações acerca de suas relações fraternas, de seu histórico ocupacional e tampouco dos fatores atribuídos por ela ao surgimento de suas metástases⁸¹. De qualquer maneira, a participante sugeriu que associa a evolução negativa de seu quadro clínico a tensões vivenciadas durante o tratamento de seu tumor primário. “Eu acho que pra se curar do câncer a pessoa tem que receber apoio. Mas se quem devia ajudar só põe ela mais pra baixo não tem jeito”, sentenciou. As referidas tensões, conforme se depreende nas entrelinhas dessa afirmação, podem ter sido precipitadas por uma crise conjugal, a qual aparentemente vinha de longa data e se acentuou a partir do adoecimento de Bárbara.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que a capacidade de integração lógica de Bárbara se encontra preservada, dado que, a despeito de sinais de ansiedade e tensão terem sido observados durante a testagem, a adaptação às instruções foi satisfatória. Ademais, as histórias produzidas pela participante se mostraram, em sua maioria, coerentes, claras e lógicas. Possivelmente tais características foram garantidas à custa das alterações de pensamento ocorridas imediatamente após a emergência para o plano consciente de conteúdos mobilizados no processo associativo disparado pela apresentação de certos estímulos, dentre os quais se destacam as pranchas 1, 7, 9MF e 18MF.

Portanto, o funcionamento defensivo de Bárbara foi, em certo sentido, produtivo, evitando choques afetivos devidos à eclosão de angústias desestruturantes. Em contrapartida, revelou a

⁸¹ Bárbara apresentava metástases no fígado e no cérebro quando da coleta de dados.

prevalência de modalidades discursivas ancoradas em um investimento excessivo do exterior, as quais sinalizam que muitos estímulos foram experimentados como objetos reais, e não como potenciais fontes de reativação da atividade onírica. Os mecanismos mais utilizados para tanto foram o isolamento, a denegação e a intelectualização. Ainda que de maneiras distintas, ambos impediram a reprodução na atividade do pensamento de representações dotadas de algum poder disruptivo, minimizando as oportunidades de identificação de conflitos nas entrelinhas das histórias.

Pode-se propor, diante do exposto, que o mundo interno de Bárbara não serviu como cenário para a dramatização de suas angústias, acusando, conseqüentemente, uma importante desertificação da vida imaginativa. O impacto negativo das pressões exercidas pelo ambiente nas condutas dos heróis das histórias da participante sustenta essa hipótese. Afinal, um importante rebaixamento do tônus vital dos mesmos surgiu na maioria das situações em que obstáculos foram impostos à satisfação de suas necessidades. Além disso, nas demais situações arranjos estereotipados foram executados, mas se mostraram insuficientes para conduzir a um desfecho favorável das histórias.

A despeito de serem decorrentes da aprendizagem social, as condutas dos heróis oscilaram da passividade à rigidez, o que os levou a ora se submeterem às restrições externas e ora a buscarem transgredi-las. Em alguns casos, a primeira tendência proporcionou um distanciamento inicial da situação-problema e precipitadamente se converteu na segunda, de maneira que inviabilizou o momento de preparação da ação do qual dependia seu êxito. Revela-se, assim, como a inoperância dos remanejamentos libidinais executados por Bárbara compromete seu potencial adaptativo. A história obtida mediante a aplicação da prancha 4 ilustra

esse comprometimento, pois tem como herói uma empregada doméstica que, cansada de se sujeitar ao autoritarismo de sua patroa, se rebela fugindo repentinamente da casa onde trabalhava.

O fato de não ter havido nenhuma tentativa de diálogo anterior à fuga sugere uma tendência à introversão, a qual, cumpre assinalar, se manifestou também em outras histórias. Em maior ou menor grau, tal tendência prejudicou os relacionamentos interpessoais dos heróis. Isso ocorreu porque a explicitação de suas demandas internas envolvia um complexo processo de codificação a ser executado por seus pares. Talvez por essa razão alguns heróis se mostraram demasiadamente dependentes. Não obstante, outros apresentaram uma autonomia contrafóbica decorrente da insuportabilidade do sentimento de frustração experimentado quando suas necessidades mais prementes não se faziam compreender. Conforme já mencionado na análise dos dados obtidos mediante a execução da entrevista psicológica, fenômeno análogo parece ocorrer com Bárbara no convívio com sua família constituída.

O reconhecimento e a dominância se destacaram como as aspirações mais frequentes dos heróis. Porém, foi possível identificar também a presença da necessidade de autodefesa psíquica. Os recursos protetores dos quais Bárbara lançou mão no decorrer da testagem não permitiram a identificação precisa dos fatores que causaram o sofrimento emocional do qual seus heróis procuraram se defender. De qualquer forma, é possível cogitar que esses fatores não têm origem externa. Os títulos das histórias obtidas a partir da veiculação das pranchas 1, 2, 3RH, 12F e 14 – “O menino e seus pensamentos”, “A professora e seus pensamentos”, “O corcunda e seus pensamentos”, “A senhora e seus pensamentos” e “O homem e seus pensamentos” – reforçam essa hipótese.

O enredo das histórias também sugere que a preocupação é o sentimento desencadeado pelo contato dos heróis com seus pensamentos e, em um sentido mais amplo, com todos os seus conteúdos internos. A tendência de Bárbara a evitar sua realidade psíquica, embora

compreensível nesse contexto, tem efeitos marcantes em sua organização afetiva. A estória decorrente da apresentação da prancha 16, como se vê no Exemplo 13, revela o principal desses efeitos: o apagamento da dinâmica mental da participante. Além disso, aponta como a inadequação qualitativa e quantitativa de representações inviabiliza a execução de investimentos libidinais consistentes, contribuindo, em última instância, para a manutenção de um tônus vital demasiadamente rebaixado.

Deve-se salientar ainda que, em contraste com o que ocorreu durante a realização da entrevista psicológica, Bárbara executou um controle restritivo sobre seus impulsos ao longo da testagem. Possivelmente em função desse controle a imago das figuras parentais da participante possui uma valência positiva pouco verossímil, uma vez que nas estórias em que há uma clara diferença de gerações entre o herói e seus pares se nota a existência de uma agressividade latente que não encontra qualquer oportunidade de exteriorização. Essa agressividade inclusive ensejou sentimentos de inadequação nos heróis das estórias obtidas com a veiculação das pranchas 7 e 17MF. Entretanto, não conduziu à culpabilidade.

Exemplo 13: Estória elaborada por Bárbara mediante a apresentação da prancha 16

T.L.: 0:21'

T.T.: 1:22'

Isso é pegadinha, né? Ai, ai... Sei lá.... Eu... Eu... Eu gostaria de ver alguma coisa muito bonita. Um jardim cheio de árvores, cheio de flores coloridas. Com crianças correndo e brincando. Eu gostaria de ver alegria no olhar das pessoas. Só que agora o mundo está tão triste que a gente não vê felicidade em ninguém. No olhar das pessoas... O mundo está triste. Eu gostaria de imaginar que as pessoas estão felizes, fazendo o que gostam. No meio de um jardim muito lindo como eu gostaria de ver aqui.

Título: O jardim da felicidade

Inquérito

Bom, aqui a senhora falou que gostaria de ver um jardim bonito, colorido, crianças brincando...
É, é isso mesmo que eu falei. Eu gostaria de ver isso. Só que na verdade não é o que eu vejo. Eu gostaria de ver felicidade, mas eu só vejo aqui um papel branco. Então aqui não tem uma estória pra mim, entendeu? Nem adianta ficar nesse mais, viu?

8.2.6 Úrsula

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que a imago das figuras parentais de Úrsula possui uma valência essencialmente positiva. A participante inclusive salientou que guarda ótimas recordações de sua infância porque recebeu muito carinho de seus pais⁸². Entretanto, uma ressalva foi apresentada a respeito da figura materna, a qual, segundo Úrsula, passou a se mostrar excessivamente rigorosa a partir do ingresso dos quatro filhos na adolescência. “Quando a gente era criança ela era mais boazinha. Depois ela começou a pegar muito no pé da gente [...] Sabe o que ela fazia? Ela marcava uma hora pra gente chegar em casa quando a gente ia numa festa, numa quermesse. Se a gente não chegava na hora, ela não deixava a gente entrar em casa. A gente tinha que dormir na área do lado de fora”, exemplificou.

Úrsula mencionou que viveu até a puberdade na zona rural no interior do Estado de São Paulo com sua família de origem. Além disso, esclareceu que, por haver uma significativa diferença de idade entre ela e o irmão que a antecede na fratria, sentia-se muito sozinha em casa. Esse sentimento parece tê-la motivado a solicitar, aos 15 anos de idade, a autorização de seus pais para se mudar para a casa de uma tia na zona urbana. Vale destacar, porém, que, também havia uma justificativa mais concreta para essa solicitação: a participante pretendia cursar o Ensino Médio, o qual não era oferecido na escola rural. Apoiando-se nesse fato, parece razoável propor que prematuramente Úrsula se mostrou apta a criar arranjos entre as demandas internas e externas com o intuito de favorecer seu ajustamento.

⁸² O pai de Úrsula faleceu após a mesma completar 30 anos de idade. Já sua mãe somava 93 anos de idade quando da coleta de dados.

Com o consentimento de seus pais, a participante concluiu seus estudos secundários vivendo na casa de sua tia e posteriormente se mudou para a capital do Estado para trabalhar em um banco após ter sido aprovada em um concurso público. Exigências profissionais levaram Úrsula a migrar diversas vezes, o que aparentemente foi encarado com naturalidade. Nesse sentido, é possível propor que a mesma foi capaz de, em distintas passagens de sua vida, modificar uma dada relação com o ambiente mediante a execução de remanejamentos libidinais. Denota-se, assim, um bom potencial adaptativo. A propósito, cumpre assinalar que a reação emocional de Úrsula ao câncer de mama constitui um exemplo ilustrativo desse potencial⁸³.

A seguinte afirmação esclarece qual foi o procedimento utilizado pela participante para não se deixar dominar pelos temores desencadeados pelo diagnóstico: “Claro que na hora você leva um choque. Só que eu sempre procurei ser realista. Não adianta ser pessimista nem otimista. Tem que ser realista. E o médico falou que tinha tratamento. Então eu fui me informando com ele pra saber direitinho como iam ser as coisas”. A postura ativa e racional adotada por Úrsula diante do adoecimento aparentemente possui um caráter reparatório, ou seja, representa uma tentativa de retomar as rédeas da própria vida. Não obstante, a necessidade de se sentir no controle dos acontecimentos que lhe sucedem não deve ser considerada circunstancial. Trata-se possivelmente de uma necessidade determinante para a manutenção da organização afetiva da participante, o que conduz à relativização do alcance de seus remanejamentos libidinais.

Essa sensação de controle pode ter-lhe sido subtraída de modo incontornável pela recidiva pulmonar que a surpreendeu cerca de três anos após a identificação do tumor primário na mama. Afinal, Úrsula se mostrou persecutória ao falar sobre o assunto, tal como atesta a afirmação a seguir, apresentada em um tom de voz elevado: “Eu não me conformo [...] O tratamento tava

⁸³ A confirmação do diagnóstico de Úrsula ocorreu em Janeiro de 1999.

dando resultado, sabe? Eu tava fazendo tudo direitinho. Aí acontece isso... Só que eu já tava sentindo umas dores nas costas antes. Eu falei pro médico e ele disse que não era nada. Isso foi em Fevereiro de 2002. Ele descobriu a recidiva só em Agosto de 2002. Quer dizer... Se ele tivesse me ouvido... Não custava fazer uns exames pra ter certeza, né? Se ele tivesse feito, hoje eu não tava nessa situação. Então é por isso que eu tô assim, revoltada”.

A aflição passou a dominar o discurso da participante nesse segmento da entrevista psicológica, de modo que a mesma referiu que considera a recidiva pulmonar o auge de uma fase “muito difícil” de sua vida, a qual foi marcada por diversos eventos estressantes. “Meu filho sofreu um acidente gravíssimo de carro [...] E também a gente tava mudando do Mato Grosso pra cá e o nosso caminhão de mudança foi roubado. A gente perdeu quase tudo! [...] Depois meu marido foi demitido [...] A gente teve que morar de favor na casa de uns parentes. E pra acabar comigo de vez veio a recaída”. Contudo, ao ser questionada se acreditava que tais acontecimentos haviam favorecido o ressurgimento da doença, Úrsula evasivamente respondeu que sempre teve uma saúde frágil.

Na seqüência da entrevista psicológica, a participante citou outras doenças pelas quais já foi acometida e despercebidamente as situou em termos temporais fazendo menção a perdas que marcaram sua biografia, referindo, por exemplo, que começou a apresentar problemas gástricos após deixar a casa de seus pais e a sofrer dificuldades respiratórias alguns meses depois da morte de seu primeiro filho⁸⁴. Pode-se cogitar, portanto, que, nas circunstâncias em que os encargos do trabalho de luto lhes são intoleráveis, a mesma tende a postergar excessivamente sua expressão afetiva. Esse procedimento, embora tenha o mérito de prevenir um dilaceramento egóico que poderia ser provocado por uma mobilização emocional mais vívida quando da ocorrência da

⁸⁴ Úrsula teve seu primeiro filho aos 28 anos de idade. Porém, o mesmo faleceu antes de completar o primeiro ano de vida por ter contraído meningite.

perda, é dotado de uma faceta negativa, posto que sua insustentabilidade enseja a substituição da reação psíquica pela resposta orgânica.

Por fim, faz-se necessário mencionar que Úrsula avalia de maneira positiva seus relacionamentos familiares, já que afirmou que encontra em seu filho e em seu marido a motivação que eventualmente lhe falta para continuar lutando pela própria vida. Paradoxalmente, a participante fez poucas referências a ambos ao longo da entrevista psicológica⁸⁵. Em contrapartida, discorreu em detalhes sobre o estabelecimento comercial que fundou e mantém com o auxílio dos mesmos. Seria pouco prudente supor, a partir desse dado, que as trocas que Úrsula estabelece com aqueles com quem divide seu lar se caracterizam pela superficialidade, mas parece plausível cogitar que, por favorecer a união familiar em torno de um ideal, um sobreinvestimento da realidade externa permeia essas trocas.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que, nas interações com os demais personagens das histórias elaboradas por Úrsula, os heróis tendem ao domínio. Ressalte-se que essa tendência resulta da necessidade dos heróis manterem seus pares sob controle para não correrem o risco de perdê-los. Não se trata, portanto, de um controle sádico, dado que, em última análise, o objetivo é preservar, e não destruir os vínculos. O fato da dependência também caracterizar os relacionamentos dos heróis reforça essa hipótese. Ademais, vale destacar que a proteção reclamada é, por projeção, a pressão externa exercida com maior veemência em diversas histórias. Pode-se propor, assim, que a participante é propensa à vivência de conflitos associados à ameaça da perda do amor alheio.

⁸⁵ Úrsula já havia completado, quando da coleta de dados, mais de duas décadas de matrimônio.

Seguindo esse raciocínio, constata-se que Úrsula se projetou em seus heróis. A projeção, contudo, não deve ser entendida nesse contexto como uma defesa, mas, sim, como um fenômeno produzido pela situação de testagem que consiste na exteriorização de conteúdos internos mediante a atribuição de características pessoais aos heróis das histórias. Os recursos protetores utilizados com mais frequência pela participante foram outros: a sublimação e a intelectualização. O primeiro conduziu a significativos deslocamentos libidinais em prol de conteúdos socialmente valorizados nas histórias obtidas com as pranchas 8RH e 18MF. Já o segundo levou à substituição da tonalidade afetiva pelo pensamento abstrato nas histórias referentes às pranchas 2, 5, 9MF e 12F.

O Exemplo 14 inclusive acusa que a veiculação da prancha 12F provocou uma conexão associativa que, a despeito de circunscrita por uma operação defensiva, coloca em relevo elementos constitutivos da representação mental da figura materna de Úrsula, pois, como vale lembrar, a participante sugeriu durante a entrevista psicológica que foi educada por sua mãe à custa de métodos intrusivos. Partindo desse princípio, é possível cogitar que o incômodo experimentado pelo herói da história em questão ao ter seu espaço na fotografia bruscamente usurpado corresponde a um resquício da desorganização identitária aparentemente vivenciada por Úrsula quando das tentativas de aproximação não consentida praticadas por sua mãe. Ou seja: a representação mental da figura materna, em sua essência, é dotada de uma valência negativa.

O contrário poder-se-ia cogitar a respeito da imago da figura paterna levando-se em consideração o enredo da história oriunda da veiculação da prancha 8RH, mas no conjunto do material não ocorreram elementos capazes de confirmar ou refutar tal hipótese. A propósito,

deve-se salientar que, salvo exceções pontuais⁸⁶, um investimento desmesurado das representações foi empreendido ao longo da testagem. Tal expediente, embora tenha favorecido a adaptação de Úrsula aos estímulos, conferiu às narrativas uma marcante insipidez simbólica, visto que se traduziu no emprego abusivo de precauções verbais e resultou em uma notável homogeneidade temática. Assim, atestou a preservação de sua integração lógica e concomitantemente evidenciou uma limitação da mobilidade de seu trabalho psíquico.

Na maioria das histórias, os heróis, em um contexto factual, se deparam com obstáculos impostos pela realidade externa à realização de seus objetivos. Os desejos subjacentes a esses objetivos não são claros. Em contrapartida, os afetos vivenciados pelos heróis correspondem exatamente ao que seria esperado para a situação, o que sugere uma espécie de banalização dos conflitos associada a uma dificuldade de transitar entre conteúdos conscientes e elementos inconscientes. Ocorre a seguir um breve distanciamento do problema, mas nenhum remanejamento libidinal importante é esboçado. Demonstrando iniciativa, os heróis buscam a resolução dos impasses em que se encontram. A rigidez das condutas torna o êxito pleno inviável. Contudo, o êxito parcial tende a satisfazer os heróis.

Deve-se salientar que alguns heróis experimentaram uma frustração mais acentuada, a qual ensejou o apelo ao suporte alheio. Assim, recursos adaptativos próprios, cuja existência em nível latente pode ser suposta, não foram mobilizados nem mesmo nas situações mais críticas. Algo semelhante parece ocorrer com Úrsula. É possível propor que a participante estabelece relações complexas com o ambiente visando a seu ajustamento. Conexões associativas entre as demandas internas e as interdições externas servem como ponto de partida para tanto. Porém, o

⁸⁶ A curiosa história decorrente da veiculação da prancha 12F e a descrição de uma paisagem desiderativa obtida com a apresentação da prancha 16 seguramente exigiram importantes reservas da atividade imaginativa.

fato de a evocação dos conflitos ter sido inibida sugere alguma restrição do potencial adaptativo, pois tende a ensejar uma subordinação passiva aos imperativos oriundos do meio.

A tenacidade que caracteriza a maioria dos personagens das histórias de Úrsula aparentemente resulta da derivação da agressividade da participante para atividades produtivas. A desmedida valorização dessas atividades, entretanto, aponta que o referido movimento se presta mais à anulação do que à substituição dos impulsos primitivos. O que seria um sinal de flexibilidade do ego se revela, então, um indicador de sua rigidez, posto que as defesas adotadas nesse contexto incidem frontalmente – e não angularmente, como seria natural – sobre as forças que as originaram. Dessa forma, a execução de contra-investimentos motivados por exigências superegóicas tende a conter a esperada descarga das tensões, o que lhe confere uma feição essencialmente reativa.

Um expediente distinto é utilizado por Úrsula no manejo de seus impulsos sexuais, uma vez que o enredo de algumas histórias revela a expressão de uma sutil propensão à erotização dos vínculos. Porém, os personagens masculinos e femininos das pranchas 4 e 6MF claramente assumem posições antagônicas, sinalizando a ambivalência de desejos face à evocação de um envolvimento sexual. O fato de ocorrer um rompimento em ambos os casos pode ser entendido como uma retaliação praticada pelo superego. Ainda assim, a existência de um relacionamento prévio sugere que gratificações periódicas associadas à satisfação dos impulsos sexuais são autorizadas. Ademais, ressalte-se que a menção à triangulação edípica observada nas histórias referentes às pranchas 2 e 7 não mobilizou defesas. Em última análise, esse achado representa uma evidência da primazia genital na organização libidinal.

Exemplo 14: Estória elaborada por Úrsula mediante a apresentação da prancha 12F

T.L.: 0:38'

T.T.: 1:18'

Ai, ai... Nessa eu vou caprichar, viu? [Risos] Aqui é uma jovem que está fazendo uma pose pra foto. Aqui na frente. E aqui atrás é a avó dela que quis sair na foto. Entendeu? É a avó que não quis perder a oportunidade de sair na foto.

Título: *Uma foto a dois*

Inquérito

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora falou que a avó da moça quis sair na foto... *Isso, essa era uma oportunidade pra ela sair na foto. Então ela quis sair na foto da neta [Risos].*

Por que ela fez isso? *Ah, porque ela é enxerida. Sabe aquelas mulheres enxeridas? Então, é o jeito dela.*

E a neta, o que ela achou disso? *Ela ficou meio chateada porque ela queria sair sozinha na foto. A foto era dela.*

E o que acontece depois? *Ah, a neta ficou meio chateada, né? E a avó ficou satisfeita... Pela fisionomia dela... Ela tá “toda-toda” aqui. Ela ficou satisfeita com o resultado.*

E o que mais? *Ah, mais nada. Acaba assim essa estória.*

8.2.7 Emília

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica sugere que Emília se empenha em se adequar ao meio, dado que sua biografia sinaliza o empreendimento de operações psíquicas favoráveis ao ajustamento às demandas externas em diversas ocasiões. Tais operações possibilitaram até mesmo a assimilação de tensões dotadas de maior poder disruptivo, as quais, vale destacar, parecem ter sido freqüentes desde o início de sua adolescência. Afinal, Emília referiu que, por ser a primogênita de uma prole de dez filhos, precisou abandonar os estudos aos nove anos de idade para auxiliar nas tarefas domésticas, o que modificou drasticamente sua rotina.

Ademais, a participante mencionou que, aos doze anos de idade, começou a trabalhar como empregada doméstica para contribuir com as despesas de casa. “Minha mãe teve um filho atrás do outro, sabe? Aí precisava entrar mais dinheiro [...] Então eu fui trabalhar pra fora de empregada doméstica. Eu era menina, mas fazia tudo direitinho, sabe? Até porque eu já lavava, passava, cozinava, já fazia de tudo em casa antes”, relatou. Porém, Emília admitiu, ainda que com certo embaraço, que sua inserção precoce no mercado de trabalho foi impulsionada por um motivo mais concreto: a prisão de seu pai após o envolvimento em uma briga que culminou com a paraplegia de um homem⁸⁷.

A participante enfatizou que o acontecimento em questão a privou de uma série de experiências, tal como ilustra a seguinte afirmação: “Depois que o meu pai foi preso, o dia que tinha almoço não tinha janta em casa. Minha mãe com dez filhos pra criar [...] Então... Da hora que eu acordava até a hora que eu dormia eu tava ocupada... Trabalhando fora ou ajudando a

⁸⁷ O pai de Emília foi condenado a sete anos de prisão por ter sido considerado culpado de tal crime.

minha mãe, né? Eu não tinha, assim, tempo pra fazer as coisas, né? As coisas que a mocidade faz [...] Minha infância foi boa, só que a minha juventude... Foi assim, desse jeito, né? [...] Mas eu consegui dar conta do recado”. Diante do exposto, constata-se que, quando da vivência dessa situação, Emília encontrou na resignação um modo de preservar em nível latente um sentimento de revolta cuja existência pode ser presumida considerando-se a ocorrência de hesitações nesse segmento da entrevista psicológica.

Paradoxalmente, a expressão facial e o tom de voz da participante denotam que não houve uma simples aceitação passiva de tais infortúnios. Na verdade, uma atitude combativa parece ter sido adotada. O enaltecimento narcísico exteriorizado por Emília ao encerrar o assunto reforça essa hipótese. Ainda assim, indícios de ressentimento são evidentes, uma vez que as demandas subjetivas foram preteridas. A propósito, tal expediente não deve ser considerado circunstancial. A participante sugeriu que essa foi a tônica de suas condutas diante de uma série de adversidades com as quais se deparou ao longo de sua vida. Constata-se, portanto, uma significativa dificuldade na criação de arranjos entre o princípio de prazer e o princípio de realidade e, conseqüentemente, uma restrição do potencial adaptativo.

Seguindo esse raciocínio, é possível propor que Emília apresenta uma marcante intolerância às excitações que, em maior ou menor grau, seriam provocadas por tentativas de constituição de um cenário mais favorável à sua satisfação emocional. Com efeito, a participante tende a abrir mão de uma eventual conciliação entre as forças internas e externas que pressionam seu aparelho psíquico, o que a leva a substituir, quase invariavelmente, a busca do prazer pela evitação do desprazer. A despeito de possuir um caráter defensivo e contribuir para a manutenção da organização afetiva de Emília, essa tendência produz desequilíbrios que não permitem a coordenação de metas racionalmente escolhidas com necessidades irracionalmente determinadas

e, assim, inviabiliza a regozijante vivência dos contrastes que se produzem mentalmente quando da contínua alternância de momentos de tensão e períodos de relaxamento.

A preocupação da participante com a evitação do desprazer também pode estar associada, no contexto das relações com sua família de origem, ao temor da perda do afeto paternal e fraternal, uma vez que aparentemente ensejou uma abnegação excessiva quando da morte de sua mãe. A seguinte frase esclarece a fundamentação dessa hipótese: “Meu pai ficou preso cinco anos. Ele acabou saindo antes porque teve aquele rolo todo que eu te falei⁸⁸ [...] Minha mãe morreu mais ou menos um ano e meio depois, de complicação de diabetes. Aí é que apertou de vez. Eu comecei a cuidar que nem mãe dos meus irmãos e das minhas irmãs. O meu irmão mais novo tinha acho que uns sete, oito anos [...] Eu, como irmã mais velha, não podia deixar eles na mão. Eles precisavam de mim. E o meu pai contava comigo também, sabe?”.

Vale destacar que Emília levou ao extremo seu altruísmo, uma vez que referiu que foi a última da fratria a se casar porque não se sentiria “tranquila” para fazê-lo enquanto todos não estivessem “encaminhados”. Tamanho sacrifício parece ter-lhe rendido a incondicional estima paterna⁸⁹, mas seguramente não garantiu o reconhecimento fraternal esperado, uma vez que, com notável consternação, a participante afirmou que não recebeu sequer uma visita de seus irmãos ou de suas irmãs durante o período em que permaneceu hospitalizada para o tratamento do câncer de mama que a acometeu em 1999. Ademais, Emília reativamente enfatizou que recebe do homem com que se casou há cerca de quinze anos todo o amor de que necessita.

A imago da figura paterna da participante possui, tendo em vista o que precede, uma inegável valência positiva. O mesmo não se pode afirmar a respeito da imago da figura materna,

⁸⁸ Em outro segmento da entrevista psicológica Emília afirmou, sem qualquer sinal de indignação, que seu pai não necessitou cumprir integralmente sua pena porque o verdadeiro responsável pelo crime se entregou espontaneamente às autoridades.

⁸⁹ O pai de Emília somava, quando da coleta de dados, 89 anos.

pois Emília sugeriu, em diversas passagens da entrevista psicológica, que considera insuficiente o afeto que sua mãe lhe dedicou durante a infância. Todavia, nenhum sinal de agressividade foi observado, o que possivelmente se deve ao empreendimento de esforços no sentido de conter uma eventual revivescência de arcaicas fantasias matricidas. Assim sendo, é plausível entender o desprendimento que a participante se impôs depois da morte de sua mãe como o subproduto de um sentimento de culpa intolerável à consciência, o qual, inclusive, pode ter conduzido à renúncia definitiva de pretensões edípicas.

Por fim, deve-se mencionar que Emília assumiu o papel de cuidadora não apenas em sua família de origem, mas também no exercício de suas atividades profissionais, tal como revela a seguinte afirmação: “Eu trabalho de empregada na mesma casa já tem cinquenta anos. Falando ninguém acredita, mas é verdade. Então eu praticamente criei as filhas da minha patroa, sabe⁹⁰?”. Não obstante, a participante aparentemente não cuidou de si como deveria, uma vez que referiu que nunca havia se submetido à mamografia ou ao auto-exame das mamas antes da descoberta de seu tumor primário. Essa negligência com o próprio corpo inclusive se converteu em uma preocupação hipocondríaca após o adoecimento, a qual foi reforçada pela recidiva mamária que a acometeu em 2004.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT aponta que a capacidade de integração lógica de Emília se encontra preservada, uma vez que, apreendendo satisfatoriamente os estímulos, a mesma demonstrou uma razoável consciência de interpretação. Entretanto, a maioria de suas histórias é permeada por hesitações e prescinde de detalhes.

⁹⁰ Emília não tem filhos.

Justamente em função disso, muitas intervenções se fizeram necessárias durante a testagem para que os elementos formais esperados pudessem ser contemplados. Nesse sentido, é possível propor que a participante apresenta um discreto bloqueio do processo associativo, o qual tende a produzir automatismos e, conseqüentemente, a minimizar sua expressividade emocional.

Já a capacidade adaptativa de Emília parece apresentar uma restrição mais significativa, pois, tendo-se em vista que suas estórias correspondem excessivamente ao conteúdo manifesto das pranchas, presume-se uma ancoragem demasiada ao concreto e objetivo. De modo geral, a participante somente se permitiu atender – parcialmente, ressalte-se – às solicitações latentes da testagem durante a aplicação do inquérito, o que reforça a hipótese precedente. Portanto, a contenção da atividade imaginativa tende a obliterar a operacionalização dos remanejamentos libidinais dos quais depende a criação de estratégias favoráveis à superação funcional das interdições impostas pelo ambiente à satisfação das demandas oriundas do aparelho psíquico.

O funcionamento defensivo de Emília também serviu a um investimento desmesurado da realidade externa. Afinal, a utilização recorrente da sublimação conduziu a enredos de conotação moral que não viabilizaram a plena evocação de conflitos. As referências literárias – “Corcunda de Notre Dame” na prancha 3RH e “Drácula” na prancha 15 – inseriram as produções em um registro de ficção que conduziu a um distanciamento de conteúdos afetivos, de modo que podem ser entendidas como um reflexo da intelectualização. Além disso, o isolamento fez com que detalhes, como a figura feminina em segundo plano na prancha 4 e o rifle na prancha 8RH, fossem identificados pela participante, mas não inseridos nas estórias, ensejando, conseqüentemente, uma cisão entre percepção e emoção.

Em diversas narrativas, Emília não esclareceu qual é a natureza dos laços que unem o herói a seus interlocutores. Assim, os mesmos permaneceram, desprovidos de *status* familiar ou

social, em anonimato. Levando-se em consideração que tal fenômeno foi observado sobretudo nas histórias obtidas com a apresentação de pranchas nas quais uma proximidade entre os personagens femininos e masculinos é nítida, pode-se cogitar que a participante tende a exercer um controle restritivo sobre seus impulsos sexuais. O Exemplo 15, além de sustentar essa linha de raciocínio, demonstra que a participante optou por descrever – não sem oscilar entre duas interpretações distintas – o estímulo com o intuito de coibir a emergência de conteúdos agressivos. Ademais, o desânimo do herói se afigura como o produto de uma formação reativa frente à frustração mobilizada pela fragilidade de seu par.

Na história produzida a partir da veiculação da prancha 7, o herói se submete passivamente a uma figura de autoridade feminina com a qual seu parentesco não é especificado. Embora se entristeça com tal situação, o mesmo, por uma “questão de respeito”, não esboça qualquer protesto. Contudo, o emprego de termos pejorativos – sem motivo concreto no contexto da narrativa – para a caracterização do personagem em segundo plano na prancha 12F se apresenta como uma crítica incisiva à figura materna, o que indica a valência essencialmente negativa de sua representação mental. A preocupação do herói da história referente à prancha 18MF com a iminência da morte de sua mãe após um acidente doméstico, inclusive, poderia ser entendida como a revivescência de um sentimento arcaico de culpa associado à disputa edípica.

Deve-se destacar que a imago da figura paterna de Emília é idealizada, porém não parece ser sexualizada, posto que a triangulação sugerida pelas pranchas 2 e 4 mobilizou defesas que não comprometeram a coerência de seu pensamento. A propósito, uma parcela importante dos heróis das histórias criadas pela participante se insere em cenários relacionais favoráveis à satisfação de suas necessidades, o que aponta o empreendimento de processos identificatórios que testemunham o declínio de ambições incestuosas. Não obstante, é possível propor que Emília

tende a encontrar dificuldades para integrar sentimentos opostos nas interações com seus pares, uma vez que, provavelmente por serem vivenciadas como ameaças à continuidade objetal e narcísica, manifestações de desagrado são evitadas a todo custo por seus heróis.

Portanto, a compatibilidade inverossímil entre pressões e necessidades que se observa na maioria das histórias talvez represente uma tentativa de negação de incongruências cuja existência ocasional se presume dada a recorrente demanda dos heróis por reconhecimento. Essa demanda, ressalte-se, influencia diretamente as condutas dos mesmos, as quais se caracterizam, de modo geral, pela iniciativa, pelo controle e pela força. Todavia, os desfechos positivos das histórias soam pouco convincentes. Na maioria das situações, isso aparentemente ocorre porque os heróis, agindo com total objetividade, não são capazes de levar em consideração certas nuances subjetivas indispensáveis para um consistente ajustamento ao meio.

Diante do exposto, constata-se que a organização afetiva de Emília se sustenta à custa de um contato restrito com o universo das emoções, tanto próprias quanto alheias. A determinação corporal dos sentimentos dos personagens de suas histórias é ilustrativa nesse sentido, uma vez que é notável a carência de formações cuja origem inconsciente é genuína. O choque decorrente da veiculação da prancha 16, contudo, atesta a vivacidade dos movimentos pulsionais e, como consequência, sugere uma dinâmica mental que pode subverter pontualmente a primazia da retenção sobre a expulsão. Afinal, a narrativa saturada de elementos autobiográficos torna patente que o entorpecimento defensivo de representações potencialmente desestruturantes não é intransponível.

Exemplo 15: Estória elaborada por Emília mediante a apresentação da prancha 13HF

T.L.: 0:09'

T.T.: 2:12'

Ai, ai... É uma moça deitada, numa cama, num colchonete, parece. E um moço com a mão no rosto. Quero dizer, o braço no rosto. O pé ali perto da cama... Um quadro na parede, uma mesa com um livro. Uma coisa meio rústica... Será que ele fez alguma coisa para a moça ou ela tá doente? Parece que ele tá cansado, tá com um ar de cansado. Porque ele tá segurando o rosto com o braço, assim, né? A outra mão esticada... Até parece que ele tá cansado de fazer as coisas para ela e ela nada de reagir. E parece que ele tá desanimado. “Poxa vida, eu já cuidei tanto dela, eu já fiz isso, já fiz aquilo. E ela não reage”. Parece que ele tá falando assim. E ele tá assim limpando o rosto, assim como braço. Parece que ele tá meio cansado.

Título: *Desânimo*

Aqui a senhora contou a estória de um moço que está cansado de tanto ajudar a moça, não é? É. E parece que ele tá cansando, desanimado. Ele já cuidou muito dela.

Por que ela precisa de cuidados? Eu acho que ela é doente. Então eu não sei se ele é um médico, se ele é um irmão que cuidava dela... Agora eu tenho mais a impressão que ele é um médico.

Em que ele está pensando? Ele tá desanimado. Ele tá falando assim: “Eu tô fazendo tanta coisa e não tá resolvendo o problema. O que eu devo fazer?”.

E o que ele vai fazer? Aqui eu acho que ele vai limpar uma lágrima no rosto. Pela posição do braço dele no rosto é o que eu tô pensando.

E a moça, como está se sentindo? Eu acho que ela tá dormindo.

Mas como ela se sente por estar doente? Ah, ela fica triste, né? Ela também vê que não tá melhorando.

E como vai terminar essa estória? O que vai acontecer? A estória vai terminar que ele vai... Ele vai conseguir cuidar dela. Ela vai melhorar, vai sarar da doença dela e vai ficar tudo bem.

8.2.8 Madalena

Entrevista psicológica

A análise temática de conteúdo do material oriundo da entrevista psicológica indica que a imago da figura paterna de Madalena é idealizada ao extremo, o que possivelmente se deve ao fato da mesma tê-la perdido aos sete anos de idade⁹¹. Afinal, as lacunas das escassas recordações que a participante ainda guarda de seu pai são preenchidas por criações fantasiosas que o colocam próximo à perfeição. “Eu quase não lembro nada dele. Mas eu sei que ele era muito amoroso comigo [...] Pra mim, ele foi o melhor pai do mundo”, referiu, esclarecendo a fundamentação da hipótese precedente. A valência negativa da imago da figura materna de Madalena pode ser entendida como o corolário desse processo, dado que a inveja da posição ocupada por sua mãe na triangulação edípica foi reativada e intensificada com a frustração súbita e definitiva das pretensões incestuosas.

Contudo, deve-se destacar que a participante nutre sentimentos hostis por sua mãe por entender que a mesma a privou não apenas do amor paterno, mas também do amor fraterno. Isso se torna claro levando-se em conta a seguinte afirmação, apresentada em tom lamurioso: “Mais ou menos uns dois anos depois que o meu pai morreu, minha mãe começou a namorar um tranqueira aí. Eu não gostava dele porque ele bebia demais. E a coisa complicou de vez quando ele foi morar lá em casa, porque, além de tudo, ele tinha três filhos. Eles brigavam muito comigo [...] Então minha mãe mandou eu ir morar com a minha avó, mãe do meu pai. Meus irmãos ficaram e eu fui embora de casa. Era pra evitar briga, que nem ela falou. Só que eu acho que isso não é coisa que se faz com uma filha”.

⁹¹ O pai de Madalena faleceu em decorrência de um enfarto.

A morte da avó paterna, ocorrida três anos depois, levou Madalena a se mudar de Fernandópolis para São Paulo, onde passou a viver com uma de suas tias e a trabalhar como costureira. Aceitando o convite de uma colega de trabalho, já aos 20 anos, retornou para o interior paulista e se estabeleceu em São Carlos. Aparentemente, isso ocorreu graças ao declínio do temor da perda de provisões externas de amor e suporte, as quais, na verdade, sempre lhe faltaram. Porém, em contraste com o que se poderia imaginar, esse processo não provocou maiores prejuízos à sua auto-estima. Madalena inclusive deu a entender que, quando dessa situação, experimentou pela primeira vez um prazer associado à descarga de tensões que há tempos se encontravam acumuladas.

Pode-se cogitar que expectativas angustiantes que inviabilizavam a plena utilização da imaginação preparatória da participante se tornaram menos operantes após o evento em questão. É preciso reconhecer, entretanto, que Madalena parece ter desenvolvido uma fixação a um tipo específico de gratificação, o qual envolve não a satisfação de seus desejos, mas, sim, o controle das excitações mobilizadas pelo emprego de recursos egóicos básicos. Essa fixação possivelmente conferiu aos esforços por ela empreendidos nas transações entre os clamores internos e as exigências externas uma feição mais arcaica e promoveu a contenção de seu potencial adaptativo em diversas passagens de sua vida.

A postura de Madalena em seus relacionamentos reforça essa hipótese, uma vez que a tendência à passividade que a caracteriza nitidamente decorre da atualização de demandas que remetem a etapas anteriores do desenvolvimento. Além disso, a inevitável frustração dessas demandas enseja uma acentuada intransigência, a qual, como revela a seguinte afirmação, motivou o rompimento de seus dois vínculos amorosos mais estáveis: “Eu fui morar junto com um rapaz quando eu tinha 22 anos. Eu acabei ficando grávida [...] Ele pediu pra eu tirar o nenê.

Aí eu falei que não queria mais ele. Onde já se viu isso? [...] Eu larguei do meu outro companheiro, o que eu tava até pouco tempo, porque ele arrumou um rabo-de-saia depois que eu fiquei doente. Ele falou que tava arrependido, que tinha saído com ela duas vezes só e que queria ficar comigo. Mas eu não aceitei, não. Não quis nem saber⁹²”.

A referida intransigência pode ser entendida como o resultado do deslocamento da energia psíquica de certas representações inicialmente associadas a afetos da esfera da tristeza e da agressividade – sobretudo desamparo, desesperança, rancor e raiva – contidos quando da vivência das situações que os eliciaram. Esse processo parece permanecer, na maioria das vezes, no domínio mental, dado que resulta no aumento da intensidade de energia psíquica de representações que apenas vagamente se aproximam da situação conflitiva original. Afinal, ao tratar de assuntos potencialmente pouco ansiógenos Madalena abandonou o discurso monossilábico e, de súbito, passou da hipomodulação à incontinência emocional⁹³.

Cumprе assinalar que, contrariando o que seria esperado, em determinados segmentos da entrevista psicológica – tais como aqueles referentes ao diagnóstico e ao tratamento da recidiva pulmonar que a acometeu cerca de um ano antes da coleta de dados, no início de 2005 – Madalena demonstrou um acentuado distanciamento afetivo. Levando-se em consideração que a participante referiu que desde a morte de sua mãe⁹⁴ sente um cansaço crônico provocado por freqüentes contraturas musculares destituídas de causa orgânica, é possível cogitar que o déficit da capacidade de simbolização que a caracteriza pode conduzir a uma mudança do domínio mental para o registro somático da energia psíquica derivada de representações ligadas a acontecimentos que mobilizaram emoções intoleráveis à consciência.

⁹² Madalena tem um filho de seu primeiro companheiro e duas filhas de seu segundo companheiro.

⁹³ Esse fenômeno ocorreu, por exemplo, quando a participante mencionou as dificuldades que passou a encontrar para executar tarefas domésticas após a cirurgia à qual se submeteu, em 2001, como parte do tratamento de seu tumor primário.

⁹⁴ A mãe de Madalena faleceu no início de 1989.

Teste de Apercepção Temática

A análise do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT sugere que Madalena encontra severas dificuldades para conciliar desejos contraditórios. Essa característica se revela de forma mais clara no contexto das relações, dado que é marcante a flutuação de atitudes dos heróis de suas histórias. Afinal, os mesmos não hesitam em excluir – por vezes com indiferença e sarcasmo – seus interlocutores quando se sentem frustrados. Em contrapartida, se empenham ao extremo em mantê-los próximos quando gratificados, ainda que necessitem, para tanto, assumir uma postura submissa. Assim, os vínculos que a participante estabelece com aqueles que a cercam podem ser considerados pré-ambivalentes.

A coexistência de intenções afetivas contraditórias em uma mesma relação tende, portanto, a impor a clivagem do objeto como defesa preponderante. A aplicação dessa tendência pode ser identificada sobretudo nas histórias em que há diferenças tanto de gerações quanto de gênero entre os personagens. Em tais casos, o representante masculino de autoridade se destaca como a principal referência para o desenvolvimento de introjeções, o que atesta a valência positiva da imagem da figura paterna da participante. O oposto ocorre nas histórias em que há diferença de gerações entre os personagens femininos. O medo de uma retaliação posterior impede atitudes agressivas, mas é inquestionável a atribuição por parte dos heróis de características negativas a seus pares. Constata-se, portanto, a valência negativa da imagem da figura materna.

Deve-se esclarecer que, durante a testagem, outros mecanismos de defesa se mostraram mais operantes, tais como o isolamento e a denegação. A primeira, cuja ocorrência pode ser identificada levando-se em consideração a significativa frequência de hesitações e o emprego constante de frases feitas, tornou as histórias elaboradas por Madalena pobres em termos

simbólicos. Já a segunda, envolvendo essencialmente a reiterada contestação de afirmações prévias, comprometeu a coerência e a lógica das produções, uma vez que ensejou drásticas alterações de pensamento. Esse comprometimento inclusive parece ter ficado evidente até mesmo para a participante, pois invariavelmente à utilização da denegação se seguiam críticas às pranchas e indícios de ansiedade e tensão.

A evitação de conteúdos ansiógenos provocou, em níveis variados, a banalização das histórias. Justamente em função disso, as pressões exercidas pelo ambiente e suas influências sobre as condutas dos heróis não puderam ser classificadas na maioria delas. Há uma mínima expressão de sentimentos por parte dos heróis devido ao bloqueio da emergência da realidade interna imposto pela aderência à realidade externa. Esforços descritivos sustentados em elementos perceptivos, assim, provocaram enquadramentos que imobilizaram as narrativas em instantes do cotidiano, o que impediu ressonâncias emocionais consistentes. A história obtida mediante a apresentação da prancha 17MF, tal como se vê no Exemplo 16, pode ser considerada ilustrativa nesse sentido.

Vale destacar também que a postura corporal dos heróis usualmente serve como a única referência para seus estados emocionais. Madalena estabeleceu relações lineares de causa e efeito entre o que se observa externamente em seus personagens e o que os mesmos vivenciam internamente. Afinal, a seu ver o menino da prancha 1 está triste porque se encontra cabisbaixo, a jovem da prancha 2 está pensativa porque olha o horizonte e a senhora da prancha 12F está feliz porque traz um sorriso em seus lábios. Há ainda uma ênfase nas qualidades sensoriais dos estímulos, a qual, embora injustificada em certos casos, não parece ser o efeito de mecanismos projetivos, mas sim o resultado de uma reação estereotipada ao apelo perceptivo da tarefa.

O fato da temática sexual associada à escoptofilia ter sido, em um primeiro momento, sutilmente sugerida por Madalena na estória obtida com a apresentação da prancha 17MF e, em um segundo momento, abandonada à custa do recurso ao factual sugere a oscilação entre desejos e interdições. Somando-se a isso as referências a conteúdos sexuais provocadas pela veiculação das pranchas 4, 6MF, 10 e 13HF, conclui-se que movimentos libidinais não são totalmente suprimidos. A propósito dos impulsos agressivos, uma hipótese análoga pode ser formulada, já que as características atribuídas aos pares dos heróis nas estórias elaboradas a partir da veiculação das pranchas 7 e 18MF se afiguram basicamente como projeções de traços destrutivos. Ou seja: a agressividade da participante, embora dificilmente encontre descarga direta, não parece ser controlada de modo restritivo.

Ainda assim, um importante déficit da mobilidade do trabalho psíquico da participante é incontestável tendo-se em vista o conjunto de suas estórias. Essa restrição não compromete sua capacidade de integração lógica, dado que a boa adaptação de Madalena aos estímulos atesta sua consciência de interpretação. Todavia, o alcance das conexões associativas estabelecidas pela mesma é parco. Sua adaptação às instruções inclusive foi considerada insatisfatória, pois nem mesmo a execução de uma quantidade significativa de intervenções durante o inquérito auxiliou na criação de estórias com começo, meio e fim.

Por fim, deve-se mencionar que, a despeito de desempenhar um papel importante na manutenção da organização psíquica de Madalena, a utilização vacilante da atividade imaginativa desfavorece seu ajustamento às demandas externas, uma vez que oblitera os remanejamentos libidinais dos quais depende a alteração funcional das relações com o ambiente. Possivelmente por esse motivo as condutas dos heróis das estórias coligidas apresentam alternadamente dois pares de características, sendo um deles composto pela iniciativa e pela rigidez e o outro pela

passividade e pela fraqueza. Tais características obviamente pouco contribuem em termos adaptativos, de modo que os desfechos favoráveis das estórias dependem de obras providenciais do destino.

Exemplo 16: Estória elaborada por Madalena mediante a apresentação da prancha 17MF

T.L.: 0:13'

T.T.: 0:39'

Aqui é uma casa na beira do rio... Parece que tem uns homens trabalhando... E tem uma mulher olhando eles... Tá um dia bonito... O sol tá bem radiante. Essa aqui até que dá uma impressão boa.

Título: *O rio*

Quando eu lhe apresentei essa prancha a senhora disse que vê uma casa na beira do rio... *É...*

E tem uns homens trabalhando e uma mulher olhando. *Isso.*

A senhora falou também que o dia está bonito, que o sol está brilhando. A senhora descreveu bem o desenho, mas eu gostaria que a senhora tentasse contar uma estória, com começo, meio e fim. *Ai, ai... Aí eu já não sei. Acho que... Acho que esses homens estão descarregando um navio, né? Assim... Numa praia, num porto, né? Estão descarregando.*

E a mulher esta olhando para eles? *É.*

O que exatamente ela está olhando? *Nada. Nada não. É só uma coisa comum, uma coisa do dia-a-dia.*

Os homens estão fazendo o trabalho deles... *É, tá tudo certo... É só isso.*

E a mulher, o que ela sente? *Também tá tudo bem com ela. Pra mim é só isso. Não sei mais. O desenho até que é mais bonito que aqueles outros de hoje, mas eu não vejo mais nada.*

9. SÍNTESE GERAL

Conforme esclarecido anteriormente, o material oriundo das entrevistas psicológicas foi submetido pelo pesquisador a uma leitura pautada nos procedimentos da análise temática de conteúdo. Vale também reforçar que no Anexo F se encontra a seleção dos resultados decorrentes dessa leitura. Tal seleção, organizada em função dos principais tópicos dos roteiros semi-estruturados empregados na coleta de dados, possibilita o delineamento de importantes elementos da história de vida de cada uma das participantes do presente estudo. Os elementos mais frequentes entre as mulheres em remissão e entre as mulheres em recidiva podem ser vistos, respectivamente, no Quadro 13 e no Quadro 14.

A utilização, por parte dos juízes, de um protocolo sistematizado pelo pesquisador para a avaliação do material obtido a partir da aplicação do TAT já foi mencionada, assim como a apresentação, no Anexo G, das unidades de classificação admitidas para cada uma das participantes nas categorias de análise que compõem o referido protocolo. O Quadro 15 foi elaborado com o intuito de colocar em relevo as unidades de classificação mais importantes no contexto do Grupo 1. O Quadro 16 cumpre o mesmo papel no âmbito do Grupo 2. Observando-os, portanto, tem-se o delineamento de convergências e divergências no que se refere ao desempenho no instrumento em questão.

Além disso, foi executada, para melhor compreensão, uma síntese dos resultados como um todo. Fundamentada nos estudos de caso, essa síntese foi tabulada e dividida em duas partes, facilitando a comparação, em termos das diferentes variáveis consideradas no presente estudo, entre as participantes que constituíram o Grupo 1 e as participantes que constituíram o Grupo 2. Desse modo, no Quadro 17 se podem visualizar os principais aspectos de personalidade das mulheres que não apresentavam, quando da coleta de dados, indícios clínicos de qualquer

neoplasia maligna há mais de cinco anos. O Quadro 18, em contrapartida, refere-se às mulheres acometidas por recidiva do câncer de mama ou outro tipo de neoplasia maligna.

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude ($n=5$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos sociais com colegas de escola e trabalho ($n=7$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos afetivos com parceiros, focalizando o atual, quando houver ($n=4$)
	Avaliação negativa dos relacionamentos afetivos com parceiros, focalizando o atual, quando houver ($n=4$)
	Satisfação com o trabalho ou com as atividades domésticas ($n=6$)
História familiar	Ocorrência de perdas importantes relacionadas à morte de um dos pais durante a infância ou juventude ($n=5$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária ($n=6$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída ($n=7$)
	Atmosfera calorosa na família originária ($n=5$)
	Atmosfera calorosa na família constituída ($n=7$)
Diagnóstico e tratamento	Adaptação baseada em uma postura ativa ($n=3$)
	Adaptação baseada na desconsideração dos riscos da doença ($n=3$)
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento ($n=5$)
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial, sem ressalvas importantes ($n=6$)
	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento ($n=4$)
Vida atual e futuro	Desdobramento positivo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento ($n=3$)
	Avaliação positiva da vida atual, sem ressalvas importantes ($n=5$)
	Manutenção de planos para o futuro ($n=7$)

Quadro 13: Elementos significativos da história de vida conforme a avaliação do conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica (Grupo 1)

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude ($n=6$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos sociais com colegas de escola e trabalho ($n=5$)
	Trabalho precoce ($n=5$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos afetivos com parceiros, focalizando o atual, quando houver ($n=4$)
	Avaliação negativa dos relacionamentos afetivos com parceiros, focalizando o atual, quando houver ($n=4$)
	Satisfação com o trabalho ou com as atividades domésticas ($n=5$)
	Ocorrência de perdas importantes relacionadas a mudanças drásticas da condição de vida na infância ou juventude ($n=5$)
História familiar	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária ($n=5$)
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída ($n=4$)
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família constituída ($n=4$)
	Atmosfera pouco calorosa na família constituída ($n=4$)
	Atmosfera calorosa na família constituída ($n=4$)
Diagnóstico e tratamento	Adaptação baseada em uma atitude conformista ($n=4$)
	Dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento ($n=5$)
	Avaliação negativa do suporte familiar e psicossocial ($n=4$)
	Desdobramento negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento ($n=4$)
Vida atual e futuro	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário ($n=6$)
	Avaliação negativa da vida atual ($n=4$)
	Manutenção de planos para o futuro ($n=4$)
	Comprometimento de planos para o futuro ($n=4$)

Quadro 14: Elementos significativos da história de vida conforme a avaliação do conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica (Grupo 2)

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude dos sujeitos	Ausência de sinais de ansiedade e tensão (<i>n</i> =4)
Adaptação aos estímulos	Boa (<i>n</i> =6)
Adaptação às instruções	Razoável (<i>n</i> =8)
Elaboração e estruturação das histórias	Estória lógica (<i>n</i> =7)
	Estória coerente (<i>n</i> =6)
	Estória clara (<i>n</i> =6)
	Linguagem adequada (<i>n</i> =6)
	Não-classificável (<i>n</i> =5)
Mecanismos de defesa	Anulação retroativa (<i>n</i> =3)
	Negação (<i>n</i> =3)
Necessidades dos heróis	Afiliação (<i>n</i> =8)
	Passividade (<i>n</i> =4)
	Extroversão (<i>n</i> =3)
Relações interpessoais dos heróis	Submissão (<i>n</i> =3)
	Não-classificável (<i>n</i> =3)
Nível evolutivo das condutas	Condutas de aprendizagem social (<i>n</i> =4)
	Condutas instintivas (<i>n</i> =4)
Nível de performance das condutas	Condutas suspensivas (<i>n</i> =8)
	Condutas consumativas (<i>n</i> =7)
	Iniciativa (<i>n</i> =6)
Estilo das condutas	Controle (<i>n</i> =3)
	Fraqueza (<i>n</i> =3)
	Coordenação (<i>n</i> =3)
	Afiliação (<i>n</i> =5)
Tipos de pressão do ambiente	Passividade (<i>n</i> =3)
	Favorece a ação dos heróis (<i>n</i> =5)
Influência das pressões	Sucesso (<i>n</i> =8)
Desfecho das histórias	Total (<i>n</i> =7)
	Involuntário (<i>n</i> =5)

Quadro 15: Unidades de codificação mais frequentes conforme a avaliação do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT (Grupo 1)

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude dos sujeitos	Ausência de sinais de ansiedade e tensão (<i>n</i> =5)
Adaptação aos estímulos	Razoável (<i>n</i> =5)
Adaptação às instruções	Razoável (<i>n</i> =7)
Elaboração e estruturação das histórias	Estória lógica (<i>n</i> =7)
	Estória coerente (<i>n</i> =7)
	Poucos detalhes (<i>n</i> =7)
	Linguagem adequada (<i>n</i> =6)
	Isolamento (<i>n</i> =6)
Mecanismos de defesa	Recalque (<i>n</i> =3)
	Denegação (<i>n</i> =3)
	Intellectualização (<i>n</i> =3)
Necessidades dos heróis	Afiliação (<i>n</i> =4)
	Autodefesa psíquica (<i>n</i> =4)
	Não-classificável (<i>n</i> =5)
Relações interpessoais dos heróis	Dependência (<i>n</i> =4)
Nível evolutivo das condutas	Condutas de aprendizagem social (<i>n</i> =6)
Nível de performance das condutas	Condutas suspensivas (<i>n</i> =7)
	Condutas consumativas (<i>n</i> =6)
Estilo das condutas	Iniciativa (<i>n</i> =5)
	Passividade (<i>n</i> =5)
	Não-classificável (<i>n</i> =4)
Tipos de pressão do ambiente	Oposição (<i>n</i> =3)
	Proteção reclamada (<i>n</i> =3)
Influência das pressões	Dificulta a ação dos heróis (<i>n</i> =5)
Desfecho das histórias	Sucesso (<i>n</i> =6)
	Parcial (<i>n</i> =5)
	Voluntário (<i>n</i> =5)

Quadro 16: Unidades de codificação mais frequentes conforme a avaliação do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT (Grupo 2)

<div>Participantes</div>	Variáveis	Integração lógica	Capacidade adaptativa
Cecília	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Preservada parcialmente, pois, a despeito da coordenação das condutas, um considerável pragmatismo dificulta a efetiva elaboração das frustrações	
Ângela	Preservada, a despeito de limitação do trabalho associativo	Preservada parcialmente, uma vez que os remanejamentos libidinais prévios às condutas possuem alcance restrito	
Paula	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Preservada parcialmente, uma vez que os remanejamentos libidinais prévios às condutas possuem alcance restrito	
Mônica	Preservada, a despeito de incoerências pontuais	Comprometida devido a movimentos regressivos disfuncionais associados à adesividade libidinal	
Ester	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Comprometida devido a uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa	
Joana	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Preservada parcialmente devido à recorrente delegação de responsabilidades associada ao enfrentamento baseado na religiosidade	
Quitéria	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Comprometida devido a uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa	
Ifigênia	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Preservada, visto que o relaxamento temporário das contingências impostas pelo processo secundário promove movimentos regressivos funcionais	

Quadro 17 - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 1)

Variáveis Participantes	Funcionamento Defensivo	Controle dos impulsos
Cecília	Apropriado devido à utilização contextualizada da intelectualização e repressão	Apropriado parcialmente, impossibilita exteriorização de impulsos agressivos, mas possibilita exteriorização controlada de impulsos sexuais
Ângela	Apropriado parcialmente devido à utilização ora contextualizada e ora descontextualizada da negação	Apropriado, possibilita exteriorização controlada
Paula	Apropriado parcialmente devido à utilização ora contextualizada e ora descontextualizada da anulação retroativa	Restritivo, impossibilita exteriorização
Mônica	Inapropriado devido à utilização descontextualizada da negação e anulação retroativa	Inapropriado, possibilita mínimo controle
Ester	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada da intelectualização e à utilização descontextualizada do isolamento	Restritivo, impossibilita exteriorização
Joana	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada da racionalização e à utilização descontextualizada da introjeção	Restritivo, impossibilita exteriorização
Quitéria	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada da negação e da intelectualização e à utilização descontextualizada da formação reativa	Restritivo, impossibilita exteriorização
Ifigênia	Apropriado devido à utilização contextualizada da regressão e do isolamento	Apropriado, possibilita exteriorização controlada

Quadro 17 (continuação) - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 1)

Participantes	Variáveis	Imago das figuras	Dinâmica das relações
		Parentais	interpessoais
Cecília		Valência positiva para ambas	Baseada na sociabilidade e extroversão, influenciada por modelos parentais internalizados
Ângela		Valência positiva para ambas	Baseada na submissão, sociabilidade e extroversão, influenciada por identificações especulares
Paula		Valência positiva para ambas	Baseada na extroversão e dependência, influenciada por motivações morais e interdições parentais internalizadas
Mônica		Valência negativa para ambas	Baseada na dominância, influenciada por tendência à erotização dos vínculos
Ester		Valência negativa para a figura materna e positiva, porém à custa de intensa idealização, para a figura paterna	Baseada na dominância, influenciada pela dificuldade de conjugar sentimentos ambivalentes
Joana		Valência positiva para ambas	Baseada na submissão e dependência, influenciada por motivações morais e interdições parentais internalizadas
Quitéria		Valência negativa para ambas	Baseada na dependência, influenciada pela fixação à gratificação proporcionada pela satisfação de demandas arcaicas
Ifigênia		Valência positiva para ambas	Baseada na sociabilidade, extroversão e gratidão, influenciada por modelos parentais internalizados

Quadro 17 (continuação) - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 1)

Variáveis	Organização
Participantes	afetiva
Cecília	Necessidades de realização, afiliação e reconhecimento, expressividade emocional apropriada, conflitos relacionados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez e à insustentabilidade de ideais narcísicos
Ângela	Necessidades de afiliação, passividade e proteção exercida, expressividade emocional apropriada, conflitos relacionados à insustentabilidade do desejo de indiferenciação
Paula	Necessidades de reconhecimento, oposição e afiliação, expressividade emocional limitada, sentimentos de inferioridade e culpabilidade, conflitos relacionados à insustentabilidade de ideais narcísicos
Mônica	Necessidades de afiliação, mudança e autonomia, expressividade emocional exacerbada, baixo limiar de tolerância às frustrações, conflitos relacionados à não-aceitação de interdições
Ester	Necessidades de passividade e afiliação, expressividade emocional limitada, conflitos relacionados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez
Joana	Necessidades de passividade, afiliação e mudança, expressividade emocional limitada, tendência a atitudes expiatórias, conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio
Quitéria	Necessidades de oposição, passividade e afiliação, expressividade emocional limitada, sentimento de inferioridade, conflitos relacionados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez e à insustentabilidade de ideais narcísicos
Ifigênia	Necessidades de afiliação, proteção reclamada, proteção exercida e autodefesa psíquica, expressividade emocional apropriada, conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio

Quadro 17 (continuação) - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 1)

<div>Variáveis</div> <div>Participantes</div>	<div>Integração</div> <div>lógica</div>	<div>Capacidade</div> <div>adaptativa</div>
Anastácia	Preservada, com profícuo trabalho associativo	Preservada, uma vez que a iniciativa, a coordenação e a plasticidade definem a postura diante de adversidades
Catarina	Preservada, com consciência de interpretação apropriada	Comprometida devido a um marcante conformismo motivado por estupor melancólico
Luzia	Preservada, a despeito de recorrentes alterações de pensamento	Comprometida devido a uma acentuada tendência à resignação associada a atitudes de samaritanismo
Isabel	Preservada, a despeito de restrição da consciência de interpretação	Comprometida devido a uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa
Bárbara	Preservada, a despeito de recorrentes alterações de pensamento	Comprometida devido a uma restrita capacidade de tolerância às frustrações associada à inflexibilidade superegóica
Úrsula	Preservada, a despeito de limitação do trabalho associativo	Preservada parcialmente, uma vez que os remanejamentos libidinais prévios às condutas possuem alcance restrito
Emília	Preservada, a despeito de limitação do trabalho associativo	Comprometida devido a uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa
Madalena	Preservada, a despeito de recorrentes alterações de pensamento	Comprometida devido a uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa

Quadro 18 - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 2)

Variáveis Participantes	Funcionamento defensivo	Controle dos impulsos
Anastácia	Apropriado devido à utilização contextualizada da intelectualização e da racionalização	Apropriado, possibilita exteriorização controlada
Catarina	Inapropriado devido à utilização descontextualizada da negação, da repressão e da projeção	Restritivo, impossibilita exteriorização
Luzia	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada do isolamento e à utilização descontextualizada da repressão e da formação reativa	Apropriado parcialmente, impossibilita exteriorização de impulsos agressivos, mas possibilita exteriorização controlada de impulsos sexuais
Isabel	Inapropriado devido à utilização maciça do isolamento, da denegação e da anulação retroativa	Restritivo, impossibilita exteriorização
Bárbara	Inapropriado devido à utilização maciça do isolamento, da denegação e da intelectualização	Restritivo, impossibilita exteriorização
Úrsula	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada da intelectualização e à utilização maciça da sublimação	Apropriado parcialmente, impossibilita exteriorização de impulsos agressivos, mas possibilita exteriorização controlada de impulsos sexuais
Emília	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada da intelectualização e da sublimação e da utilização maciça do isolamento	Restritivo, impossibilita exteriorização
Madalena	Apropriado parcialmente devido à utilização contextualizada do isolamento e da utilização descontextualizada da denegação	Restritivo, impossibilita exteriorização

Quadro 18 (continuação) - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 2)

Variáveis Participantes	Imago das figuras	Dinâmica das relações
	parentais	Interpessoais
Anastácia	Valência positiva para ambas	Baseada na sociabilidade, extroversão e dominância, influenciada por modelos parentais internalizados
Catarina	Valência negativa ao extremo para a figura materna e neutra para a figura paterna	Baseada na passividade, influenciada por uma suposta identificação com a intencionalidade agressiva alheia
Luzia	Valência positiva para ambas, porém à custa de intensa idealização	Baseada na sociabilidade, extroversão e submissão, influenciada por motivações morais e interdições parentais internalizadas
Isabel	Valência positiva para a figura materna devido a déficit na comunicação com conteúdos inconscientes e não-classificável para a figura paterna	Baseada na independência e introversão, influenciada pela dificuldade de conjugar sentimentos ambivalentes
Bárbara	Valência negativa para ambas	Baseada na introversão e dominância, influenciada por uma suposta identificação primária com a onipotência parental
Úrsula	Valência negativa para a figura materna e neutra para a figura paterna	Baseada na dependência e dominância, influenciada por identificações especulares
Emília	Valência negativa para a figura materna e positiva, porém à custa de intensa idealização, para a figura paterna	Baseada na submissão e dependência, influenciada por motivações morais e interdições parentais internalizadas
Madalena	Valência negativa para a figura materna e positiva, porém à custa de intensa idealização, para a figura paterna	Baseada na dependência, influenciada pela fixação à gratificação proporcionada pela satisfação de demandas arcaicas

Quadro 18 (continuação) - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 2)

Variáveis	Organização
Participantes	afetiva
Anastácia	Necessidades de realização, afiliação, proteção exercida e proteção reclamada, expressividade emocional apropriada, conflitos relacionados à insustentabilidade de ideais narcísicos
Catarina	Necessidades de humilhação e autodefesa psíquica, estase libidinal, sentimentos de inferioridade, desesperança e culpabilidade, conflitos relacionados à insustentabilidade de ideais narcísicos
Luzia	Necessidades de autodefesa psíquica e autodefesa física, sentimentos de inferioridade, conformidade social dos afetos, conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio
Isabel	Necessidades de autodefesa psíquica e passividade, estase libidinal, conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio, sobreinvestimento da realidade externa
Bárbara	Necessidades de reconhecimento e autodefesa psíquica, estase libidinal, rebaixamento crônico do humor, sentimentos de inferioridade e desesperança, conflitos relacionados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez e à insustentabilidade de ideais narcísicos, sobreinvestimento da realidade externa
Úrsula	Necessidades de afiliação, realização, proteção reclamada e proteção exercida, conformidade social dos afetos, conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio, sobreinvestimento da realidade externa
Emília	Necessidades de afiliação, realização, reconhecimento e proteção exercida, expressividade emocional limitada, conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio, sobreinvestimento da realidade externa
Madalena	Necessidades de afiliação e dominância, expressividade emocional limitada, conflitos relacionados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez, sobreinvestimento da realidade externa

Quadro 18 (continuação) - Síntese dos resultados obtidos em função das variáveis avaliadas (Grupo 2)

10. DISCUSSÃO

O Quadro 15 ilustra que a maioria das participantes do Grupo 1 apresentou uma boa adaptação aos estímulos durante a aplicação do TAT, apesar do mesmo não ter ocorrido em relação às instruções. Por outro lado, o Quadro 16 demonstra que, de modo geral, as participantes do Grupo 2 responderam tanto aos estímulos quanto às instruções de modo razoável. Não obstante, as unidades de classificação predominantes nas categorias de análise “atitude do sujeito” e “elaboração e estruturação das histórias” foram basicamente compatíveis. Justamente em função disso, pode-se supor que todas as participantes do presente estudo se caracterizaram, de acordo com o Quadro 17 e o Quadro 18, pela preservação da integração lógica.

Trata-se de um resultado esperado, uma vez que a inexistência de antecedentes psiquiátricos foi tomada como um critério de inclusão para a composição da amostra em questão. E a integração lógica é, conforme Loureiro e Romaro (1987), um elemento básico da estruturação psíquica, de forma que, por influenciar a planificação, a exploração e a coordenação da ação do indivíduo sobre o meio, se encontra prejudicada, sobretudo, em pacientes psiquiátricos. Além disso, vale mencionar que tanto Marty (1993) quanto McDougall (1991), embora aproximem a somatização da psicose em certos aspectos dinâmicos e estruturais, salientam que psicóticos geralmente apresentam uma acentuada resistência imunológica.

É necessário esclarecer que, contrariando o que se poderia cogitar a partir de uma análise mais superficial, houve alguma heterogeneidade entre o Grupo 1 e o Grupo 2 a propósito da variável em pauta. Como se vê no Quadro 17, ressalvas foram feitas à integração lógica de apenas duas mulheres em remissão. O contrário ocorreu entre as mulheres em recidiva, segundo o Quadro 18. Ou seja: somente duas delas – Anastácia e Catarina – não apresentaram qualquer dificuldade no processo de apreensão da realidade externa. Somando-se a isso, as ressalvas feitas

às primeiras podem ser consideradas brandas se comparadas àquelas feitas às segundas, as quais têm um aspecto mais desabonador.

Afinal, no Grupo 1, identificou-se em Ângela uma limitação do trabalho associativo e em Mônica uma propensão a incoerências devido, sobretudo, à expressividade emocional exacerbada que a caracterizou. Já no Grupo 2, Luzia, Bárbara e Madalena apresentaram recorrentes alterações de pensamento. As conexões estabelecidas por Úrsula e Emília entre conteúdos internos e elementos externos não foram plenamente satisfatórias. Além disso, à Isabel pode-se atribuir uma importante restrição da consciência de interpretação. Diante do exposto, conclui-se que, a despeito da preservação da integração lógica das mulheres em recidiva avaliadas, a maioria delas tende a deixar a desejar, em maior ou menor grau, no que se refere à adequação ao ambiente.

Diversos autores – tais como Massie e Holland (1991) e Santos et al. (2005) – defendem que a recidiva é um evento potencialmente desestruturante para a mulher acometida por câncer de mama, dado que muitas vezes é vivenciado não apenas como uma nova ameaça ao corpo já fragilizado, mas também como a evidência da inoperância dos esforços envidados no controle da doença. Partindo desse princípio, poder-se-iam associar de antemão as limitações da integração lógica da maior parte das mulheres que constituíram o Grupo 2 ao impacto emocional subsequente à descoberta de mais um tumor maligno. Porém, é válido reiterar que, como esclarecido anteriormente, as mesmas haviam tomado conhecimento da recorrência da enfermidade há pelo menos um ano quando da coleta de dados. Isso atesta a fragilidade da referida associação e ainda sugere a existência de déficits em outras funções psíquicas nas participantes em questão.

Maior sustentação a essa nova linha de raciocínio pode ser atribuída tendo-se em vista que a capacidade adaptativa se mostrou, de modo geral, melhor desenvolvida entre as participantes do

Grupo 1 do que entre aquelas do Grupo 2. É representativo nesse sentido o fato, evidenciado com a comparação do Quadro 15 com o Quadro 16, das condutas dos heróis das histórias elaboradas a partir da aplicação do TAT terem se revelado mais diversificadas no que diz respeito ao estilo entre as mulheres em remissão do que entre as mulheres em recidiva. Igualmente importante é um achado oriundo das entrevistas psicológicas mencionado no Quadro 13 e no Quadro 14: as primeiras, em contraste com as segundas, apresentam uma trajetória pessoal capaz de evocar essencialmente boas lembranças.

Mônica, Ester e Quitéria destoaram das demais participantes do Grupo 1 por terem demonstrado, de acordo com o Quadro 17, um comprometimento importante da capacidade adaptativa. No caso de Mônica, esse comprometimento se deve principalmente à execução de movimentos regressivos disfuncionais associados à adesividade libidinal. Nos casos de Ester e Quitéria, observou-se mais especificamente uma significativa dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa, a qual parece decorrer de uma manobra defensiva extrema, empreendida de modo inconsciente com o intuito de evitar um colapso afetivo vivenciado como um perigo iminente diante da emergência de angústias refratárias à simbolização.

O Quadro 18 ilustra que, no Grupo 2, Isabel, Emília e Madalena igualmente se caracterizaram por esse déficit, apresentando, portanto, comprometimento análogo. Além disso, a capacidade adaptativa de Catarina, Luzia e Bárbara também se revelou claramente prejudicada. Foram determinantes para tanto o conformismo motivado pelo estupor melancólico da primeira, a acentuada tendência à resignação associada a atitudes de samaritanismo da segunda e a restrita capacidade de tolerância às frustrações associada à inflexibilidade superegóica da terceira. Esse cenário psicodinâmico sugere que, com exceção de Catarina, as mulheres em recidiva

mencionadas não deixam de empreender iniciativas no sentido de obter um ajustamento ao meio. Porém, o fazem de modo ineficiente.

O que parece condenar ao fracasso essas iniciativas é o fato das mesmas serem pouco pautadas na retomada provisória de posições anteriores do desenvolvimento mental. De acordo com Marty (1993), tal procedimento conduz a movimentos psíquicos de organização evolutiva e favorece a adaptação à realidade externa mediante a execução de remanejamentos libidinais capazes de conciliar as restrições impostas pelo meio e as demandas internas. Por se vincularem excessivamente à materialidade dos fatos, Luzia, Isabel, Bárbara, Emília e Madalena se mostraram propensas a substituir a simbolização pela ação e, como consequência, a privilegiar condutas que promovem um escoamento direto das tensões à custa do aparelho sensório-motor, mas impedem elaborações integradoras da vida pulsional.

Possivelmente isso se deve à indisponibilidade de pontos de fixação secundários – dotados, portanto, de valor positivo – capazes de sustentar o resgate temporalmente circunscrito de estados primitivos, o qual, a propósito, se faz necessário para o rearranjo de elementos funcionais que antecede os movimentos de organização evolutiva. A referida indisponibilidade, para Marty (1976), conduz à instalação de um processo patológico que envolve a ascensão do ego ideal à coordenação do psiquismo e culmina com a destruição da organização libidinal do indivíduo, inviabilizando, assim, a formação de sintomas mentais e aumentando sua vulnerabilidade somática. A ele o referido autor, como se sabe, deu o nome de desorganização progressiva.

Desenvolvendo as hipóteses precedentes, pode-se afirmar que Luzia, Isabel, Bárbara, Emília e Madalena, no Grupo 2, bem como Mônica, Ester e Quitéria, no Grupo 1, são especialmente suscetíveis ao desenvolvimento de uma desorganização progressiva. Ademais, Catarina aparenta já estar em uma etapa avançada desse processo patológico, pois a desesperança

que a vitimiza resulta, sobretudo, da insustentabilidade das pretensões forjadas por seu ego ideal. No caso da participante em questão, deve-se mencionar que uma identificação primária com a suposta onipotência materna talvez tenha sido tão determinante quanto o reinvestimento narcísico do próprio ego na gênese do ego ideal. Isso explicaria os sentimentos de inferioridade diante da inevitável frustração decorrente da quebra das ilusões por ela cultivadas.

McDougall (1991) defende que muitas vezes um apego excessivo ao meio resulta de iniciativas empreendidas de modo inconsciente com o intuito de evitar o contato do indivíduo com sua própria realidade interna. Tal princípio também se mostra proveitoso para a análise da capacidade adaptativa das participantes citadas, dado que, tomando-o como eixo norteador, se torna possível presumir que há, na base das relações estabelecidas pelas mesmas com a realidade externa, uma restrição da atividade imaginativa que as impossibilita de enriquecer suas ações com qualquer sentido metafórico. Essa restrição inclusive remete à concretude desta passagem do poema “O guardador de rebanhos”, de Alberto Caeiro, heterônimo de Fernando Pessoa⁹⁵:

*Porque o único sentido oculto das cousas
É elas não terem sentido oculto nenhum
É mais estranho que todas as estranhezas
E do que os sonhos de todos os poetas
E os pensamentos de todos os filósofos
Que as cousas sejam realmente o que parecem ser
E não haja nada que compreender*

A evitação da própria subjetividade está, de acordo com McDougall (1991), a serviço da prevenção de uma eventual desestruturação psíquica, de modo que possui um objetivo defensivo, em que pesem seus principais desdobramentos, a saber: o empobrecimento da expressividade

⁹⁵ PESSOA, F. **O guardador de rebanhos e outros poemas**. São Paulo: Cultrix, 1988.

emocional e a conseqüente potencialização da expressividade somática. O corpo se torna, então, o palco de um drama sem palavras. É nesse sentido que McDougall afirma que “podemos perceber que as manifestações psicossomáticas situam-se no contexto de uma história que é preciso reconstituir” (1991, p.46). Talvez o fracasso desse processo de reconstrução seja uma explicação plausível para o fato de os discursos de Isabel, Bárbara, Emília não revelarem, salvo exceções pontuais em alguns momentos da testagem, a marca de uma dupla inscrição manifesta e latente.

Faz-se necessário salientar que, no que tange a essa questão, os achados do presente estudo são compatíveis com aqueles reportados por outras pesquisas dedicadas ao assunto já citadas anteriormente. Em uma delas, Wanderley (1994), apoiando-se nos relatos apresentados em sessões de psicoterapia por brasileiras mastectomizadas, salienta que negligenciar as emoções no ajustamento à realidade externa é comum nessa população. Já em uma pesquisa mais recente, Rossi e Santos (2003) verificaram que uma tendência à negação de sentimentos e pensamentos mobilizados em situações adversas caracteriza mulheres acometidas por câncer de mama. Essa tendência inclusive se revelou antes mesmo do diagnóstico, conforme informações extraídas de entrevistas psicológicas.

A revisão sistemática executada para os fins do presente estudo sinaliza que, no âmbito internacional, diversas pesquisas também sustentam a existência de uma estreita ligação entre expressividade emocional e capacidade adaptativa em mulheres acometidas por câncer de mama. Piro et al. (2001), por exemplo, observaram, a partir da aplicação de uma bateria de instrumentos psicológicos, que a utilização de estratégias de enfrentamento pouco resolutivas se torna freqüente quando do bloqueio dos próprios sentimentos. Segundo um estudo semelhante em termos da metodologia de coleta de dados, desenvolvido por Bleiker et al. (1999), nessas circunstâncias ainda surgem comportamentos de evitação recorrentes, os quais se tornam

insustentáveis e, conseqüentemente, improdutivos diante de estressores dotados de maior poder disruptivo.

Antes de avançar para a discussão de outros achados do presente estudo, deve-se mencionar que Nascimento (1991), além de identificar uma acentuada tendência à pseudo-adaptação baseada no rígido controle da afetividade em pacientes mastectomizadas, fornece elementos para a compreensão de suas origens no desenvolvimento precoce da personalidade de tais mulheres. A referida autora se apóia na articulação de dados obtidos com uma técnica projetiva – o Teste das Relações Objetais (TRO) – e informações oriundas de entrevistas psicológicas para propor que as pacientes que constituíram sua amostra vivenciavam severas dificuldades para conciliar demandas internas e pressões externas basicamente porque durante a infância assumiram responsabilidades que não lhes cabiam e, assim, pouco puderam desfrutar de experiências lúdicas e prazerosas.

Nascimento (1991) esclarece que encontrou respaldo para essa associação na teorização kleiniana, a qual destaca que o brincar, por possibilitar tanto a elaboração de fantasias inconscientes quanto a apreensão do ambiente, tem um papel de extrema relevância no desenvolvimento da capacidade de simbolização. Os parâmetros utilizados na idade adulta no processo de adaptação à realidade externa, portanto, seriam instituídos na infância como resultado dos movimentos pendulares entre o subjetivo e o objetivo que se produzem com a exploração de brinquedos e brincadeiras. A despeito de não adotar essa mesma fundamentação teórica, o presente estudo referenda, ao menos parcialmente, tal linha de raciocínio.

Afinal, a maioria das participantes avaliadas cuja capacidade adaptativa se mostrou deficitária referiu com intenso ressentimento durante a entrevista psicológica que foi precocemente privada da oportunidade de brincar durante a infância. Quitéria, Luzia, Emília e Madalena mencionaram que, quando crianças, eram responsáveis por executar praticamente todas

as atividades domésticas. Já Catarina e Bárbara afirmaram que desde cedo trabalhavam na zona rural com seus pais. Não obstante, é preciso mencionar que Joana e Ifigênia também relataram que pouco puderam gozar da infância, mas aparentemente encontraram meios de elaborar essa vicissitude. Talvez isso tenha contribuído para a manutenção da capacidade adaptativa das mesmas.

Ademais, cumpre assinalar que, entre as participantes do presente estudo, a utilização de estratégias pouco favoráveis ao próprio ajustamento não deve ser entendida como um desdobramento do adoecimento, dado que, como também revelaram as entrevistas psicológicas, era freqüentemente vivenciada antes do diagnóstico. Caso contrário, Mônica talvez não teria se casado no início da vida adulta simplesmente para se evadir de um lar opressor. Luzia possivelmente não teria se resignado estoicamente às privações que lhe foram impostas por seu tio, sobretudo durante a adolescência. Catarina não deixaria de cogitar a separação ao vislumbrar a decadência incontornável de seu matrimônio. E Ester não teria postergado por tanto tempo a execução de exames diagnósticos ao notar a presença de um nódulo palpável em sua mama.

Conforme se vê no Quadro 15, a avaliação do conjunto do material obtido mediante a aplicação do TAT no Grupo 1 revela que a unidade de codificação “não-classificável” foi a mais freqüente na categoria de análise “funcionamento defensivo”, ou seja, predominou nas histórias elaboradas pela maioria das mulheres em remissão. Entretanto, seria ingenuidade afirmar que as mesmas prescindiram de operações psíquicas capazes de contribuir para a redução das tensões ao longo da coleta de dados. Houve, na verdade, uma dificuldade por parte dos juízes na classificação de tais operações. A partir das interpretações apresentadas nos estudos de caso, é possível associar esse fenômeno à aparente justaposição de certas estratégias que denotam uma consistente estruturação egóica e outras que sugerem o oposto. Ou seja, observou-se a

coexistência de recursos evoluídos com elementos mais imaturos, não-desenvolvidos, da personalidade.

Vale ressaltar também que, reforçando a hipótese precedente, uma significativa diversificação de mecanismos de defesa caracterizou o Grupo 1, o que, a propósito, inviabilizou o delineamento de convergências mais expressivas do ponto de vista quantitativo no que se refere a esse aspecto. Tal diversificação não gera estranhamento considerando-se que a categoria de análise “funcionamento defensivo” conta, no protocolo de avaliação adotado pelos juízes, com 15 unidades de codificação distintas. A despeito disso, a anulação retroativa e a negação despontaram em segundo lugar em termos de prevalência no Grupo 1, dado que, ainda conforme o Quadro 15, parte das mulheres que o constituíram as utilizaram recorrentemente.

Por outro lado, o Quadro 16 demonstra que, no Grupo 2, o isolamento se afigurou como a principal operação psíquica mobilizada a partir da veiculação das pranchas do TAT. Ademais, o recalque, a denegação e a intelectualização também foram empregados com uma regularidade considerável. Pode-se deduzir, portanto, que, entre as participantes do presente estudo em recidiva, houve uma menor variação de mecanismos de defesa, ensejando, conseqüentemente, uma maior saturação de determinadas unidades de codificação elencadas no protocolo de avaliação para essa categoria de análise. A restrição do repertório protetor pode, inclusive, ser relacionada à inadequação do funcionamento defensivo de Catarina, Isabel e Bárbara, pois conduz ao uso excessivo de automatismos e estereotipias.

Se tomados de forma geral, os resultados obtidos no presente estudo acerca da variável ora abordada confirmam parcialmente as conclusões procedentes de duas pesquisas nacionais – ambas citadas na introdução – semelhantes no que tange às características básicas da amostra. Em uma delas, Barbosa (1991) observou que a negação, a intelectualização e a formação reativa foram, nessa ordem, os mecanismos de defesa mais atuantes em um grupo de mastectomizadas

submetidas a uma bateria de testes psicológicos. Vale destacar que, embora tenha privilegiado técnicas projetivas na coleta de dados, a autora investigou o funcionamento defensivo de suas pacientes exclusivamente mediante o emprego de um instrumento psicométrico: o Inventário de Estilos de Vida (IEV). Ou seja, lançou mão de um procedimento metodológico distinto daquele adotado no presente estudo.

Já em uma pesquisa mais recente, Bandeira e Barbieri (2007) buscaram a identificação de similaridades e especificidades em termos de feitiço de personalidade em mulheres portadoras de dois tipos diferentes de neoplasia. Para tanto, recorreram à realização de entrevistas psicológicas e à aplicação de uma versão reduzida do TAT. Os resultados revelam que pacientes acometidas por câncer de mama tendem à projeção e à negação, ao passo que pacientes acometidas por câncer do aparelho digestório são mais propensas ao isolamento e à racionalização. Ademais, apontam a prevalência da repressão em ambos os grupos. Diante desse cenário, tais autoras caracterizaram o funcionamento defensivo das primeiras como psicótico e o das segundas como neurótico.

Ao longo da obra freudiana é possível observar tentativas de identificação de mecanismos de defesa típicos de certas psicopatologias, até porque os mesmos claramente variam de estratégias de natureza essencialmente instintual a recursos que envolvem atividades intelectuais sofisticadas. Porém, Kusnetzoff (1982) alerta que as contribuições de diversos psicanalistas contemporâneos sustentam que, em última instância, qualquer operação voltada ao resgate da homeostase psíquica, em que pese sua associação com o ego, pode ser apresentada por qualquer sujeito, dependendo da situação. Seguindo esse raciocínio, o referido autor defende que há, na base dos processos psicopatológicos, não apenas o emprego de uma ou outra defesa especificamente, mas sim sua adoção compulsiva e descontextualizada.

É justamente a partir desse critério que se torna possível o mapeamento de diferenças no que tange ao sistema defensivo entre as mulheres em remissão e as mulheres em recidiva avaliadas no presente estudo. Afinal, como se vê no Quadro 17, Cecília e Ifigênia, por utilizarem de modo ponderado a intelectualização, a repressão, a regressão e o isolamento, se caracterizaram pela adequação dessa função. O oposto pode-se afirmar sobre Mônica devido a seu apelo constante à negação e à anulação retroativa. As demais participantes do Grupo 1 – Ângela, Paula, Ester, Joana e Quitéria – apresentaram um funcionamento defensivo cuja adequação se mostra parcial, sobretudo por conta do emprego apropriado da intelectualização e racionalização e inapropriado da negação, anulação retroativa, introjeção e formação reativa.

Em contrapartida, o Quadro 18 revela que, considerando-se as participantes que constituíram o Grupo 2, têm-se uma situação distinta. Somente Anastácia se mostrou capaz de se proteger com êxito das tensões que ameaçam abalar o equilíbrio de seu aparelho psíquico, recorrendo, para tanto, à intelectualização e à racionalização de maneira pertinente. A compulsão de Catarina, Isabel e Bárbara à negação, ao isolamento, à denegação e à anulação retroativa reflete a inadequação do funcionamento defensivo das mesmas. Por fim, Luzia, Úrsula, Emília e Madalena adotaram contextualizadamente a intelectualização e o isolamento, bem como descontextualizadamente a repressão, a formação reativa, sublimação e denegação.

Diante do exposto, conclui-se que a intelectualização se mostrou associada a um funcionamento defensivo mais apropriado. Tal resultado não provoca surpresa, pois, como destacam Laplanche e Pontalis (2000), a intelectualização, ao promover o controle dos afetos e das fantasias intoleráveis mediante a utilização em larga escala do pensamento abstrato, pressupõe a existência de um ego organizado que lhe sirva de suporte. Por se afigurar essencialmente como a exacerbação de uma função normal adquirida em uma etapa tardia da infância, a operação psíquica em questão pode até ensejar a revivescência de experiências

anteriores, mas esse processo tende a se limitar às experiências das quais, quando da situação inicial, o ego encontrou meios de se proteger. Isso contribui de forma substancial para a preservação do processo secundário.

Em contrapartida, a negação, a denegação e a anulação retroativa conduziram a um funcionamento defensivo pouco adequado. Para Morval (1982), a negação envolve, por parte do sujeito, a recusa de pertencimento de representações que inconscientemente são reproduzidas na atividade do pensamento a partir de estímulos que se originam do exterior, ao passo que a denegação consiste na contestação de conteúdos recalçados que conseguem retornar – mas não de modo pleno – para a consciência à custa de imperativos internos. A anulação retroativa, conforme a mesma autora, envolve a utilização de certas representações com o intuito de retratar os desdobramentos de representações anteriores, de sentido oposto, que foram capazes de contornar as barreiras a elas impostas inconscientemente.

Ou seja: a negação, a denegação e a anulação retroativa possuem uma natureza arcaica, em contraste com a intelectualização. Por conta desta ter sido mais freqüente no Grupo 1 e aquelas no Grupo 2, deduz-se, à luz da teorização de Marty (1993), uma maior insuficiência funcional do aparelho psíquico entre as mulheres em recidiva do que entre as mulheres em remissão. Além disso, cumpre assinalar que o referido autor sustenta, como já mencionado, que, quanto mais acentuada for tal insuficiência, maior a vulnerabilidade à somatização, principalmente após a ocorrência de eventos traumáticos. Essa associação conduz diretamente ao conceito de mentalização, definido como o conjunto de representações que determina a dinâmica mental integralmente, desde a formação de vínculos à manutenção do funcionamento do sistema defensivo.

Portanto, pode-se afirmar que, excetuando-se Anastácia, o pré-consciente das participantes do Grupo 2 é povoado sobretudo por “más mentalizações”. Aprofundando esse

raciocínio, torna-se incoerente qualquer tentativa de compreensão do funcionamento psíquico das mesmas sob a ótica das neuroses clássicas e se impõe o recurso a uma categoria nosológica descrita originalmente por Marty, a saber: neurose mal mentalizada. Afinal, trata-se de uma modalidade particular de psicopatologia em cuja essência se identificam fenômenos “de ausência, de limitação e de superficialidade das representações, desprovidas dos valores afetivos e simbólicos que se encontravam relacionados a elas, anteriormente” (1998, p.44).

Tomando como base seus movimentos defensivos, as participantes do Grupo 1 apresentaram, em sua maioria, uma dinâmica psíquica com aspectos relativamente mais favoráveis, análoga à dinâmica psíquica típica da chamada neurose de mentalização incerta. Conforme Marty (1998), nessa condição há uma variação expressiva no funcionamento do pré-consciente, de modo que representações altamente associativas e representações marcadamente insípidas se alternam. Assim, a capacidade de simbolização se mantém operante graças a um equilíbrio ameaçado por fragmentações psicóticas e resguardado por entrelaçamentos sofisticados de afetos e idéias, sendo, portanto, ora desoladora, ora promissora.

Não obstante, exceções a essas formulações gerais devem ser admitidas. Cecília, no Grupo 1, e Anastácia, no Grupo 2, podem ser consideradas neuróticas bem mentalizadas, dado que aparentemente são dotadas de representações enriquecidas por valores simbólicos, o que garante maior fluidez ao pré-consciente. Além disso, Mônica, entre as mulheres em remissão, e Catarina e Bárbara, entre as mulheres em recidiva, apresentaram características que remetem à neurose de comportamento. Nessa condição, uma falha básica no desenvolvimento do pré-consciente potencializa a substituição de representações por traços mnésicos puros e inviabiliza a estruturação de um sistema defensivo consistente, já que conduz a expressões diretas, traduzidas na atualidade, do inconsciente por meio do aparelho sensório-motor.

Cumpra assinalar ainda que as objeções apresentadas por McDougall à teorização de Marty subsidiam o delineamento de análises distintas no que se refere ao sistema defensivo das participantes do presente estudo. É possível, pautando-se na autora em questão, entender a utilização de estratégias arcaicas, quer seja por parte das participantes que constituíram o Grupo 1 ou das participantes que constituíram o Grupo 2, como o resultado de iniciativas extremas, empreendidas com o intuito de evitar uma possível desestruturação emocional diante de ameaças mentalmente irrepresentáveis. Essas tentativas conduziriam a uma espécie de curto-circuito no aparelho psíquico e, conseqüentemente, criariam barreiras, por meio de atos-sintomas, contra a manifestação do inconsciente.

Os atos-sintomas são, segundo McDougall (1983), procedimentos de descarga voltados a reduzir a dor psíquica à custa do emprego dos caminhos mais curtos proporcionados pelo aparelho sensório-motor. Embora potencializem somatizações, não se afiguram como manifestações do inconsciente, mas sim como o desdobramento de obstáculos a elas impostos. Com isso, pode-se diferenciar os atos-sintomas da propensão à ação em detrimento da simbolização associada às más mentalizações. Logo, conclui-se que, conforme essa perspectiva, o funcionamento defensivo da maioria das participantes do presente estudo não se definiria somente em negativo, até mesmo porque, se assim o fosse, “tentativas de cura” – como o são, em última análise, os atos-sintomas – tornar-se-iam inviáveis.

Mas a utilização recorrente de mecanismos de defesa primitivos revela, para McDougall (1991), que a parte infantil da personalidade se encontra “encapsulada” na parte adulta e se mostra sempre pronta a entrar em cena. Tal condição enseja a retomada de modalidades primitivas de comunicação e denota a ocorrência de perturbações nas fases iniciais do desenvolvimento, mais especificamente no âmbito da relação com a figura materna. Afinal, à mãe cabe a tarefa de inserir a linguagem pré-verbal da criança em um código lingüístico e lhe

atribuir valor simbólico. Essa hipótese parece especialmente proveitosa para compreender a organização afetiva de diversas participantes do presente estudo, como será detalhado mais adiante.

Por ora, dar-se-á continuidade à discussão dos resultados contemplando a questão do controle dos impulsos. Conforme ilustra o Quadro 17, Cecília se caracteriza pela adequação parcial dessa função, dado que tende a viabilizar apropriadamente a exteriorização de conteúdos sexuais, mas não de conteúdos agressivos. Já Ângela e Ifigênia parecem manifestar ambos de maneira contextualizada, o que denota um manejo refinado. O oposto pode-se afirmar sobre Mônica devido a dificuldades evidenciadas durante a coleta de dados. Já as demais participantes do Grupo 1 – Paula, Ester, Joana e Quitéria – se mostraram propensas a assumir uma postura restritiva, a qual torna escassas as oportunidades de expressão de qualquer tipo de material sexual ou agressivo.

Anastácia destoa das demais participantes do Grupo 2 por ser a única, como se vê no Quadro 18, cujo controle dos impulsos pode ser considerado adequado. Embora viabilizem oportunamente a exteriorização de conteúdos sexuais, Luzia e Úrsula tendem a vetar conteúdos agressivos, de modo que é possível classificar como parcialmente adequada a função em questão para as mesmas. Além disso, Catarina, Isabel, Bárbara, Emília e Madalena demonstraram ao longo da coleta de dados que se empenham desmesuradamente em impedir a reprodução na atividade do pensamento de temas capazes de remeter tanto à agressividade quando à sexualidade.

Nascimento (1991) também identificou na maioria de suas pacientes mastectomizadas uma acentuada propensão à excessiva contenção de impulsos agressivos e sexuais. Estes pareciam ser percebidos pelas mesmas como algo destrutivo e aqueles como algo proibido, de modo que as respostas obtidas com a apresentação das pranchas do TRO que sugerem conteúdos

dessa natureza foram permeadas por omissões e distorções. Fenômeno análogo foi observado nos dados oriundos da aplicação do TAT no presente estudo, pois, conforme mencionado nos estudos de caso, uma parcela importante das histórias coletadas – sobretudo aquelas decorrentes da veiculação das pranchas 4, 6MF, 8RH, 13HF e 18MF no Grupo 2 – não se mostrou condizente com os estímulos.

Além disso, Nascimento (1991) salienta que, analisando o material procedente das entrevistas psicológicas às quais suas pacientes foram submetidas, nota-se que o rígido controle exercido sobre os impulsos sexuais as levou a associar o matrimônio exclusivamente à maternidade. Como consequência, a procriação se tornou a única finalidade do ato sexual. Tal hipótese se aplica a determinadas participantes do presente estudo, dentre as quais se destacam, no Grupo 1, Mônica, Joana e Quitéria e, no Grupo 2, Catarina, Isabel e Bárbara. Afinal, as mesmas sugeriram durante as entrevistas psicológicas que entendiam que somente os filhos conferiam sentido ao casamento, bem como por eles não se permitiam sequer cogitar a possibilidade do divórcio nem mesmo diante de crises conjugais incontornáveis.

Alguns autores defendem, a partir de uma perspectiva psiconeuroimunológica, que dificuldades no manejo da agressividade se encontram relacionadas ao adoecimento, sobretudo em pacientes oncológicos. Essa relação inclusive é levada em conta na descrição da chamada personalidade tipo C, pois, como já mencionado na introdução do presente estudo, indivíduos cujo funcionamento psíquico pode ser entendido à luz desse conceito se caracterizam por um rígido controle emocional. Embora indiscriminado, tal controle se aplica especialmente à raiva, à inveja, à ira, ao ciúme, ao desprezo e a outros sentimentos associados à agressividade, o que, para Temoshok (1987) e Marszał-Wisniewska e Zakrzewska (2004), potencializa a carcinogênese mediante o comprometimento de histiócitos e imunoglobinas.

Deve-se salientar que é possível desenvolver uma outra faceta dessa linha de raciocínio a partir de uma perspectiva psicodinâmica. Isso é o que Lilja et al. (2003) demonstram, em uma das pesquisas localizadas a partir da revisão sistemática executada para os fins do presente estudo, ao reportar que mulheres acometidas por câncer de mama capazes de exteriorizar de maneira contextualizada a própria agressividade tendem a apresentar tumores com indicadores prognósticos mais favoráveis. A pesquisa em questão, ainda que indiretamente, remete à concepção econômica do aparelho psíquico, a qual, desde os primórdios da psicanálise, coloca em relevo seu papel regulador do equilíbrio psicossomático.

Esse papel, a propósito, foi redefinido com clareza por Marty ao propor que “... o fluxo das excitações instintuais e pulsionais, de essência agressiva e erótica, constitui o problema central das somatizações” (1993, p.31). O referido autor parte do princípio metapsicológico de que o aparelho psíquico opera no sentido de suprimir o estado de tensão criado por tais excitações, mas tende a falhar nas circunstâncias em que o jogo de investimentos e desinvestimentos não é capaz de manter a balança energética sem maiores oscilações. Além de uma insuficiência fundamental do pré-consciente, uma eventual ascendência do ego ideal à coordenação do aparelho psíquico também pode contribuir para que isso ocorra, fazendo-o por meio da imposição de obstáculos à transformação de energia livre em energia ligada (VIEIRA, 1997).

Quando as excitações superam os recursos dos quais o aparelho psíquico dispõe para manejá-las, as possibilidades de adaptação do indivíduo são ultrapassadas. Em essência, isso é o que caracteriza um trauma. Marty (1993) esclarece que um trauma atinge inicialmente o sistema mental por ser ele o mais recentemente estabelecido e, portanto, o mais suscetível a reestruturações. Se não for obstruído ou moderado no sistema mental à custa de movimentos de organização evolutiva, um trauma tende a se propagar até atingir o sistema somático. Em que

pese sua flexibilidade adaptativa em termos biológicos, a indisponibilidade de se distanciar do *modus operandi* que lhe é típico faz com que o sistema somático se deixe influenciar pelo efeito desorganizador de um trauma, de modo que se criam, assim, condições propícias para o adoecimento.

McDougall (1991) assume posição semelhante nesse sentido, pois defende que os impulsos idealmente devem ser compensados no âmbito das relações interpessoais e atividades profissionais. Porém, por serem impregnados de pré-genitalidade, podem ser mantidos defensivamente à distância da consciência, tornando-se matéria-prima privilegiada para os mais diversos tipos de formação de compromisso. Nessas condições, cedo ou tarde retornam à consciência, embora deformados a ponto de se tornarem irreconhecíveis. Trata-se de uma outra forma de compensação, uma vez que não permite ao psiquismo permanecer totalmente privado de algo que chegou a ser parte dele em outro momento.

Não obstante, quando o investimento ou o desinvestimento de conteúdos agressivos e sexuais é impedido por completo pela utilização de medidas homeostáticas radicais, qualquer espécie de compensação se mostra inexecutável. A eclosão de sintomas psíquicos não é possível nesse cenário, o que enseja fenômenos somáticos que podem ser entendidos como respostas primitivas a conflitos que, excluídos de cadeias de significação, não encontram possibilidade de representação. Afinal, restará ao indivíduo vitimado por esse processo patológico apenas a memória da qual é dotado o funcionamento automático do corpo. Conclui-se, portanto, que a autora em questão também reconhece os perigos inerentes ao exercício de um controle restritivo sobre os impulsos.

No que se refere às imagos parentais, o cenário obtido no Grupo 1 foi o seguinte: Cecília, Ângela, Paula, Joana e Ifigênia se mostraram dotadas de representações mentais de valência essencialmente positiva tanto para a figura materna quanto para a figura paterna. O oposto foi

possível apreender a respeito de Mônica e Quitéria. Ester, por sua vez, aparentemente se encontra em uma posição intermediária por ter associado autoritarismo à figura materna e benemerência à figura paterna. Porém, deve-se destacar que a segunda claramente se distingue da primeira por ter sido objeto de evidente idealização. Esse processo também foi empreendido, no Grupo 2, por Emília e Madalena.

Mas no Grupo 2 houve maior heterogeneidade em termos dessa variável. Anastácia e Bárbara podem ser consideradas antagonistas, dado que para esta prevaleceram imagos de valência negativa e para aquela imagos de valência positiva. Luzia idealizou com intensidade semelhante as figura materna e paterna. Para Catarina e Úrsula, entretanto, características desprezíveis cabem à figura materna, ao passo que uma improvável neutralidade marca a figura paterna. Já Isabel destoa das demais participantes em recidiva porque um acentuado déficit na comunicação com conteúdos inconscientes conferiu à figura materna uma valência positiva e impossibilitou a classificação da valência da figura paterna.

As diferenças entre as imagos parentais das participantes do Grupo 1 e das participantes do Grupo 2 podem ser vislumbradas a partir da análise dos dados obtidos com as entrevistas psicológicas. Afinal, a história de vida da maioria das primeiras – com exceção, sobretudo, de Mônica e Ester – sugere que as mesmas foram capazes de integrar as dimensões gratificantes e frustrantes das figuras materna e paterna. Ou seja, aproveitaram as oportunidades das quais dispuseram, quer seja na infância, na adolescência ou na idade adulta, para elaborar ressentimentos experimentados nesse contexto, de modo que, conforme o Quadro 13, o caráter caloroso da atmosfera familiar pôde se manter minimamente preservado.

Aparentemente o mesmo não ocorreu com as segundas, dado que a figura materna da maioria delas foi caracterizada durante as entrevistas psicológicas como agressiva e fria. À figura paterna, porém, se atribuiu, de maneira geral, um aspecto evidentemente mais positivo, em que

pese o fato de, ao menos para Luzia, Emília e Madalena, poder-se situar na base desse achado uma intensa idealização. O Quadro 14, assim, ilustra que somente para Anastácia e Bárbara a figura materna e a figura paterna são equivalentes afetivamente. Deduz-se, portanto, que entre as mulheres em recidiva avaliadas foi mais freqüente do que entre as mulheres em remissão a emergência de duas atitudes diametralmente opostas acerca dos primeiros objetos pulsionais, ambas correlativas de deformações fantasísticas que dificultaram a internalização de objetos tranquilizadores.

É preciso mencionar que as histórias elaboradas mediante a veiculação das pranchas que compõem o TAT também se prestaram à exploração das imagens parentais das participantes do presente estudo. Como seria de se esperar em função do caráter de suas solicitações latentes, algumas pranchas se mostraram especialmente pertinentes para tanto, a saber: 2, 6MF, 7MF, 12F e 18MF. Para Murray (1973) e França e Silva (1984), a primeira dessas pranchas contempla a questão edipiana e a vivência da interdição, ao passo que a segunda aborda a relação com a figura paterna em uma situação potencialmente conflitiva e as três últimas tendem a remeter a ambivalências arcaicas acerca da figura materna.

Cumprе assinalar, todavia, que, em última instância, a pertinência das histórias obtidas com o emprego das referidas pranchas para a análise da variável ora em pauta não se deve somente à mobilização de certas problemáticas, mas sim ao impacto emocional que lhe é subsequente. Conforme Chabert (2004), tal impacto pode ser constatado basicamente quando não ocorre uma expressão da realidade interna em referência à realidade externa ou quando os conflitos não se integram em uma rede de associatividade capaz de permitir a criação de uma obra original. Ambos os fenômenos atestam que o sujeito não encontrou meios de tratar diferencialmente os conflitos evocados utilizando os mecanismos de defesa de modo estruturante.

São especialmente representativos nesse sentido alguns achados referentes ao Grupo 2, a saber: a utilização maciça do pensamento abstrato por Úrsula quando da apresentação da prancha 2, a mobilização de afetos circunstanciais em Catarina pela prancha 6MF, a evitação do conflito na estória elaborada por Luzia frente à prancha 7MF, a ocorrência de sinais de ansiedade e tensão em Emília após a visualização da prancha 12F e a distorção do estímulo da prancha 18MF por Isabel. Todos eles revelam, em última instância, uma marcante intolerância à atualização de aspectos das figuras parentais ambivalentemente dissociados em etapas anteriores do desenvolvimento.

Deve-se admitir que no Grupo 1 achados análogos foram observados, porém de modo menos expressivo do ponto de vista quantitativo e qualitativo. A título de exemplo, vale mencionar que a erotização do vínculo entre os personagens da estória oriunda da apresentação da prancha 6MF à Mônica sugere que a reativação da triangulação edipiana lhe é problemática e que a severidade atribuída por Ester à figura materna nas estórias em que a mesma foi representada – o que ocorreu com as pranchas 2, 7 e 18MF – indica que processos identificatórios pouco consistentes ensejam, se não a inveja associada à interdição, uma agressividade que não pode ser exteriorizada em função de seu caráter potencialmente destrutivo.

Por outro lado, no Grupo 1 observou-se também que Joana distorceu o estímulo da prancha 9MF, interpretando como mãe e filha duas personagens femininas entre as quais não há clara diferença de gerações. Mas tal fenômeno pode ser entendido, nesse caso, como um reflexo de angústias relacionadas à perda do objeto, e não de angústias relacionadas à castração, o que confere verossimilhança à valência positiva da imago materna. Além disso, Cecília foi capaz, ao visualizar a prancha 6MF, de criar uma estória que, embora iniciada com uma referência cultural, permite a mobilização de sentimentos que tornam possível vislumbrar com clareza a valência positiva da imago paterna. Achados como esses apontam o empreendimento, entre as

participantes em remissão, de articulações mais proveitosas entre os mecanismos perceptivos e projetivos solicitados durante o emprego do TAT.

Apenas uma dentre todas as pesquisas citadas quer seja na introdução ou na revisão bibliográfica do presente estudo trata das representações de mulheres acometidas por câncer de mama acerca de seus genitores. Nessa pesquisa, Gandini (2005) avaliou pacientes italianas em diferentes etapas do período pós-mastectomia utilizando-se para tanto do *Parental Bonding Instrument* e do Teste das Relações Objetais. As respostas fornecidas ao primeiro instrumento revelaram que características ambivalentes foram atribuídas pela maioria dessas mulheres tanto à figura materna quanto à figura paterna. Não obstante, as respostas fornecidas ao segundo instrumento variaram em função do tempo transcorrido da cirurgia.

As pacientes mastectomizadas há menos de um ano demonstraram, de modo geral, o estabelecimento de uma confiança básica capaz de evitar a revivescência de sentimentos de abandono e solidão, o que pode ser considerado um indicador da qualidade das primeiras relações objetais. Já as pacientes no pós-cirúrgico tardio padeceram de angústias paranóides derivadas de uma acentuada sensação de exclusão, a qual remete ao temor da fragmentação. Gandini (2005) sugere que possivelmente isso ocorreu porque os cuidados ambientais – médicos e familiares – que naturalmente se intensificam quando do diagnóstico e declinam durante a reabilitação reforçam os cuidados parentais recebidos na infância.

Essa hipótese parece válida para a amostra da referida autora, sobretudo porque suas pacientes contaram com o apoio de um eficiente sistema de saúde pública. Em contrapartida, muitas das participantes do presente estudo – independentemente se vinculadas ao Grupo 1 ou ao Grupo 2 – se queixaram da morosidade para o agendamento de exames, consultas e cirurgias. Ou seja: os cuidados ambientais, na maioria dos casos, pouco reforçaram os cuidados parentais. Desse modo, a representação das figuras materna e paterna, tal como revelada durante a testagem,

não sofreu alterações positivas em virtude de experiências atuais, prevalecendo, portanto, os registros de vivências arcaicas, os quais, cumpre assinalar, invariavelmente decorrem tanto de relações reais quanto de relações fantasísticas que se sobrepõem às experiências concretas.

Todavia, os resultados obtidos no presente estudo acerca da variável ora em pauta não chegam a causar surpresa. Afinal, McDougall (1983) postula que, em muitos indivíduos acometidos por doenças orgânicas graves, a imago materna resulta de representações clivadas de modo sumário, ou excessivamente idealizadas ou incontornavelmente depreciativas. A história de vida de Ângela e Luzia ilustra a prevalência da idealização nesse nível. É razoável propor que isso pode ter ocorrido devido a uma prematura ascensão da figura materna à condição de objeto total, a qual possivelmente foi motivada pela relutância de sua parte em abrir mão do regozijamento narcísico proporcionado pela perpetuação da relação fusional que marca o princípio do desenvolvimento emocional infantil.

A inexequibilidade de processos identificatórios com uma figura materna onipotente, porém, conduz a acentuados sentimentos de inadequação, o que lhe confere um caráter persecutório. Deve-se salientar que tal caráter também se verifica – com mais clareza, inclusive – quando, devido ao desempenho insuficiente de suas funções, predomina a depreciação da figura materna. Nesses casos, a mesma é introjetada como objeto parcial e servirá de referência para processos identificatórios subseqüentes. Ocorre que, para McDougall (1991), tratar-se-á de uma identificação potencialmente patológica, tornando o sujeito uma espécie de mãe persecutória para si mesmo. Catarina, Úrsula, Bárbara, Emília e Madalena podem ser consideradas casos exemplares desse fenômeno.

Diante do exposto, conclui-se que, segundo essa perspectiva, a imago da figura materna, tendo como ponto de partida representações fundamentadas em variações extremas de uma atitude instintiva normal, será dotada de uma valência negativa. E a atribuição de um *quantum* de

afeto mínimo à figura paterna por parte dos demais vetores da triangulação edípica também é observada freqüentemente nesse cenário, de maneira que a mesma tende a se apresentar para a criança ao longo da estruturação de seu psiquismo “como um ser que é proibido amar ou que não merece ser estimado [...], destacado de seu papel fálico simbólico” (McDOUGALL, 1991, p.48). As origens da neutralidade que caracteriza a imago materna para Catarina e Úrsula, assim, se tornam nítidas.

A autora em questão salienta que cabe à escola francesa de psicossomática o mérito do pioneirismo na descrição preliminar da tendência, em portadores de doenças orgânicas, a uma modalidade diferenciada de relação objetal com as figuras parentais. Essa tendência, conforme proposto por Marty no final da década de 1950, decorreria sobretudo de problemas vivenciados na fase de indistinção primária da infância. Porém, originalmente era considerada típica de pacientes alérgicos. Posteriormente, Marty inclusive chegou a afirmar que, na época, “persistia a esperança de descobrir verdadeiras estruturas psicossomáticas relacionando regularmente certos sistemas psíquicos e certas afecções físicas” (1990, p.15). Embora frustrada, tal expectativa original impulsionou alguns achados extremamente relevantes a respeito da dinâmica mental de pacientes somáticos.

Tendo em vista o que precede, nota-se que tanto Marty quanto McDougall colocam em relevo o papel da figura materna no desenvolvimento emocional da criança e, conseqüentemente, no funcionamento psíquico – e na integração corpo-mente, sobretudo – do adulto. Assim, ampliam as trilhas pontualmente estabelecidas na obra freudiana para posteriores explorações dessa questão. Afinal, vale lembrar que Freud (1996/1910) cogitou, em seu clássico estudo sobre a personalidade de Leonardo da Vinci, que a figura materna pode desempenhar um papel decisivo na evolução da sexualidade antes mesmo da instalação da triangulação edípica, principalmente se a figura paterna for precocemente deslocada da posição que lhe corresponderia.

Retomando a comparação entre as mulheres em remissão e as mulheres em recidiva avaliadas em termos das variáveis contempladas no presente estudo, deve-se mencionar que, no que se refere à dinâmica das relações interpessoais, diferenças importantes foram observadas. No Grupo 1 verificou-se, conforme o Quadro 17, que Cecília e Ifigênia, pautando-se em modelos parentais, se caracterizam pela sociabilidade e extroversão. Ângela também apresenta esses traços, porém, os coloca a serviço do empreendimento de identificações especulares. Paula, Joana e Quitéria são propensas à dependência: esta pela fixação à gratificação proporcionada pela satisfação de demandas arcaicas e aquelas por motivações morais e interdições parentais internalizadas.

Mônica e Ester, em contraste, tendem a assumir uma postura dominante. Mas é preciso esclarecer que cada uma delas parece fazê-lo por distintas motivações. Mônica procura controlar seus pares com o intuito de conferir ao vínculo o caráter erotizado que lhe interessa, ao passo que Ester objetiva minimizar o impacto decorrente de sua dificuldade de conjugar sentimentos ambivalentes. No Grupo 2, essa mesma dificuldade se observa em Isabel, ensejando, porém, uma inclinação contrafóbica à independência. À luz desse aspecto, Luzia e Emília apresentam uma condição oposta à de Isabel, já que, como aponta o Quadro 18, motivações morais e interdições parentais conduzem à prevalência da submissão e da dependência, respectivamente.

É preciso enfatizar que problemas relacionados ao plano das identificações foram mais frequentes no Grupo 2 do que no Grupo 1. Afinal, Úrsula, Bárbara e Catarina, conforme salientado anteriormente, parecem ter se identificado com a figura materna enquanto objeto parcial ou, retomando a raiz etimológica da palavra “identificação”, parecem ter se tornado idem. Úrsula relatou durante a entrevista psicológica que optou por deixar a casa de seus pais ainda no início da adolescência, o que pode ser entendido como uma tentativa de adquirir um sentimento de identidade coeso, ou seja, pautado no processo de separação e individuação que, em condições

normais, é subsequente à identificação com os primeiros objetos. Tal tentativa encontrou êxito relativo, já que a levou a deixar de refletir diretamente os desejos parentais, mas a tornou propensa a encarar seus interlocutores especularmente como um mero prolongamento de si, o que coloca em questão o quanto realmente logrou em termos de diferenciação em relação às imagens parentais.

Bárbara aparentemente estabeleceu uma identificação primária com a onipotência parental nos moldes de uma incorporação oral, tornando-se, como consequência, uma pessoa rígida e severa. Isso explicaria a necessidade de dominância que a leva a direcionar cobranças excessivas à sua família constituída. Catarina, por seu turno, identificou-se especificamente com a intencionalidade agressiva peculiar à sua figura materna e a admitiu como um conteúdo interno. Entretanto, seu retorno ao exterior não ocorreu como seria esperado em um segundo momento, o que fez com que a intencionalidade agressiva se voltasse contra a própria participante sob a forma de uma autocrítica ferina que a leva à passividade e à culpabilidade que se manifesta no plano dos relacionamentos interpessoais.

Identificações análogas às aquelas apresentadas por Úrsula, Bárbara e Catarina fomentam a execução de uma operação psíquica peculiar no processo de constituição e manutenção de vínculos, a qual leva o indivíduo a negar tanto a sua própria originalidade quanto a originalidade do outro, ou seja, a apenas reconhecer naqueles que o cercam “uma imagem de si mesmo moldada por inteiro de forma idêntica” (MARTY; M’UZAN; DAVID, 1963, p.322). Ocorre, portanto, a implementação de uma modalidade relacional que dificulta a assimilação por parte do psiquismo de propriedades de certos objetos que, por atestarem sua diferenciação em referência ao sujeito, constituiriam matéria-prima proveitosa para o enriquecimento da atividade imaginativa. À operação que dispara esse processo os autores em questão deram o nome de reduplicação projetiva.

Como salientado anteriormente, uma importante restrição da atividade imaginativa caracteriza uma parcela expressiva das mulheres avaliadas. Retomando tal achado, parece razoável cogitar que a utilização da reduplicação projetiva pode ser mais freqüente do que leva a crer apenas a análise dos vínculos das participantes do presente estudo. Além disso, outro desdobramento dessa operação psíquica se mostrou recorrente entre as participantes cuja atividade imaginativa foi considerada mais limitada: a tendência à manutenção de “relações brancas”. Afinal, é possível afirmar, pautando-se em dados obtidos no decorrer das entrevistas psicológicas, que Mônica, Ester e Quitéria, no Grupo 1, e Isabel, Bárbara e Catarina, no Grupo 2, são propensas ao distanciamento e à superficialidade nos relacionamentos.

Entretanto, deve-se enfatizar que não há entre essas participantes uma supressão da possibilidade de contato provocada pela manipulação mental, análoga àquela que se observa na neurose obsessiva. Por mais que possa parecer o contrário à primeira vista, esse achado reforça a linha de raciocínio desenvolvida até aqui, pois, segundo Marty e M’Uzan, no indivíduo que se caracteriza pelo estabelecimento de “relações brancas” o distanciamento se deve sobretudo às restrições qualitativas e quantitativas de seus investimentos libidinais, de modo que “... ele está presente, só que vazio” (1962/1994, p.166). Possivelmente em função dessa condição paradoxal a maior parte dos conflitos vivenciados pelos heróis das histórias obtidas mediante a aplicação do TAT se revela com mais clareza no contexto interpessoal do que no âmbito intrapessoal.

Aparentemente tais conflitos são mais acentuados para Isabel, Bárbara e Catarina, uma vez que, considerando-se o conjunto de histórias produzidas pelas mesmas, a unidade de codificação “não-classificável” do protocolo de avaliação do TAT foi uma das prevalentes na categoria de análise “relações interpessoais do herói”. Conforme Chabert (2004), achados desse tipo sugerem que os investimentos libidinais são obliterados devido a uma marcante desconfiança nas relações objetais, a qual se encontra invariavelmente associada à fragilidade dos processos de

interiorização. E o recurso vacilante à função de apoio do objeto tem como contrapartida, nesses casos, um apego excessivo à realidade externa em seus elementos mais tangíveis.

Cumpra assinalar que Ângela, Joana e Ifigênia apresentaram características opostas a essas por buscarem total reciprocidade nas relações. Segundo McDougall (1991), isso pode ser o reflexo de uma tentativa de recriar na atualidade com seus pares uma ilusão primitiva de unidade corporal e mental compatível com aquela mantida com a figura materna na primeira infância para, assim, garantir uma maior proteção frente ao sofrimento psíquico do qual as mesmas não conseguem se defender adequadamente com seus recursos internos. No que se refere à Ângela, é possível afirmar com certa segurança que esse sofrimento decorre, em sua expressão atual, de uma crise conjugal que se arrasta há anos. Por outro lado, Joana e Ifigênia se mostraram mais marcadas pela mobilização emocional precipitada pela vivência da própria finitude após o adoecimento.

Ainda que por motivos distintos, ambas, quando da coleta de dados, aparentemente temiam o distanciamento daqueles que as cercavam por acreditar que, vivenciando-o, seriam privadas de algo que lhes é essencial para sobreviver. Para a autora em questão, esse temor tende, se potencializado pelo investimento inadequado das feridas narcísicas fundamentais, a ensejar relações simbióticas que podem induzir a uma incapacidade de distinguir a si mesmo do outro e comprometer o sentimento de identidade de modo análogo ao que ocorre com a personagem anônima do conto “Dentro de um espelho”, de Valiéri Briúsov⁹⁶. Afinal, esse sentimento, como bem define Rocha, “... apóia-se na convicção de que se vive no interior do próprio envelope carnal e na certeza de que o corpo e o eu são indissociáveis” (1988, p.38). Devido à limitação de

⁹⁶ Trata-se da narrativa delirante de uma jovem mulher que, fundindo-se com uma das “almas obscuras” que habitam as profundezas dos espelhos, se perde no entrecruzamento do mundo real com o mundo espectral.

seu funcionamento defensivo, talvez seja Joana, dentre as participantes citadas, a mais propensa a colocar em cheque tais convicções.

Tendo em vista o que precede, conclui-se que, se a superficialidade nos relacionamentos resulta essencialmente de restrições qualitativas e quantitativas dos investimentos libidinais e, em um sentido mais amplo, de uma insuficiência funcional do psiquismo, a busca de vínculos fusionais sugere uma organização mental pouco sólida, em cuja manutenção operam estratégias que revelam um acentuada intolerância a afetos dotados de maior poder disruptivo. Ou seja, ambos os fenômenos podem ser entendidos como uma extensão, para o contexto interpessoal, de um exacerbado empobrecimento da expressividade emocional que, no âmbito intrapessoal, oblitera formações de compromisso e potencializa a vulnerabilidade somática do sujeito ao manter às margens de cadeias de significação conteúdos potencialmente desestruturantes.

Tentativas de compreender os relacionamentos de mulheres acometidas por câncer de mama também se justificam a partir de uma outra perspectiva, pois, como destaca Venâncio (2004), diversas pesquisas indicam que o suporte social e familiar é um fator relevante para o êxito do tratamento. Duas dessas pesquisas, ambas já mencionadas na revisão da literatura do presente estudo, são ilustrativas nesse sentido. Na primeira, Declerk et al. (2002) observaram que mulheres casadas que referem satisfação com o apoio recebido de seus entes após o diagnóstico têm, de modo geral, menor probabilidade de recidiva. Na segunda, Carver et al. (2005) defendem que pacientes que avaliam de forma positiva suas relações sociais, em contraste com aquelas que as depreciam, freqüentemente apresentam melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Para encerrar a análise dessa questão, é preciso salientar que houve ao menos um aspecto em comum entre a dinâmica das relações interpessoais no Grupo 1 e no Grupo 2. Afinal, a afiliação foi uma das necessidades mais comuns para os heróis das histórias elaboradas a partir da aplicação do TAT por todas as participantes em remissão e por metade das participantes em

recidiva, como se vê no Quadro 15 e no Quadro 16, respectivamente. Porém, a busca de uma ligação afetiva parece ser vivenciada por algumas delas – sobretudo por Joana e Madalena – como uma tarefa inexecutável. Nascimento (1991), em uma pesquisa já mencionada, também observou esse fenômeno e o associou à perpetuação de vínculos insustentáveis por entender que um de seus desdobramentos é a intensificação de angústias relacionadas à perda do objeto.

Quando a elaboração dessas angústias primárias é obliterada, criam-se condições propícias para o sobreinvestimento da realidade externa. Isso é o que parece ocorrer com Úrsula e Emília, conforme o Quadro 18. O referido fenômeno também pode resultar, a exemplo do que se observou em Isabel, Bárbara e Madalena, de dificuldades na conjugação de necessidades e desejos incompatíveis entre si. De uma forma ou de outra, em sua origem mais remota, deduz-se uma intensa tendência à evitação da realidade interna. A propósito, Anastácia introduz uma exceção entre as participantes em recidiva por não apresentar tal característica. Justamente em função disso a mesma demonstrou uma expressividade emocional apropriada. Portanto, é razoável propor que a organização afetiva da maioria das participantes do Grupo 2 pode ser compreendida à luz do poema “Mal secreto”, de Raimundo Correia⁹⁷:

*Se a cólera que espuma, a dor que mora
N'alma, e destrói cada ilusão que nasce,
Tudo o que punge, tudo o que devora
O coração, no rosto se estampasse;
Se se pudesse o espírito que chora
Ver através da máscara da face,
Quanta gente, talvez, que inveja agora
Nos causa, então piedade nos causasse!
Quanta gente que ri, talvez, consigo*

⁹⁷ CORREIA, R. Mal secreto. In: LEÃO, M. (Org.). **Poesias completas de Raimundo Correia**. São Paulo: Nacional, 1948. (Original publicado em 1883).

*Guarda um atroz, recôndito inimigo,
 Como invisível chaga cancerosa
 Quanta gente que ri, talvez existe,
 Cuja ventura única consiste
 Em parecer aos outros venturosa*

Uma tendência à evitação da realidade interna acentuada a ponto de justificar sua comparação à utilização de uma máscara somente poderia ser motivada por conflitos absolutamente intoleráveis. Como já mencionado, Isabel, Bárbara e Madalena se revelaram pouco capazes de articular necessidades subjetivamente disparadas e imperativos objetivamente determinados. Além disso, Catarina e Luzia apresentam sentimentos de inferioridade martirizantes e Úrsula e Emília vivenciam de modo problemático a dependência do amor alheio. Todavia, seria algo exagerado atribuir a isso a estase libidinal de Catarina, Isabel e Bárbara, a conformidade social dos afetos de Luzia e Úrsula ou ainda a contenção depauperante da atividade imaginativa de Emília e Madalena.

Ou seja: o apagamento da dinâmica mental que se nota nas mesmas parece desproporcional àquilo que poderia, a princípio, ser apontado como sua causa principal. Até porque, como demonstrou originalmente a teorização freudiana, os conflitos intrapsíquicos são inerentes aos seres humanos. Tentativas de neutralizá-los por completo implicam na negligência da própria subjetividade e, conseqüentemente, sugerem uma extrema intolerância ao percurso dos tortuosos caminhos associativos que – muitas vezes somente após a emergência de sintomas psíquicos – conduzem à elaboração. Partindo desse princípio, é plausível cogitar que essa intolerância se afigura como uma faceta do funcionamento operatório, dado que, segundo Marty e M'Uzan (1962/1994), em tal condição o contato com o universo das emoções se situa aquém das primeiras associações integradoras da vida pulsional.

Cumpra assinalar que o recurso a esse conceito, embora esteja sendo explicitado no contexto da discussão dos achados referentes à organização afetiva das participantes do presente estudo, representa o ponto culminante de uma linha de raciocínio delineada desde o momento em que o funcionamento defensivo das mesmas foi abordado. Afinal, a prevalência no pré-consciente da maioria das mulheres em recidiva de representações insuficientes – as quais potencializam a utilização de estratégias arcaicas na busca da constância psíquica – se destaca como um traço operatório. E, em um sentido mais amplo, igualmente podem ser entendidas diversas outras características já apontadas no âmbito do Grupo 2, tais como o estabelecimento de relações impulsionadas pela reduplicação projetiva, a propensão a desorganizações progressivas e o emprego recorrente do aparelho sensório-motor como meio de escoamento direto das tensões.

Diante do exposto, constata-se não apenas a pertinência de compreender a personalidade das participantes em questão à luz do funcionamento operatório, mas também de propor que fatores psicológicos podem ter exercido uma influência importante no surgimento da recidiva que as acometia quando da coleta de dados. Conferindo maior sustentação a essa hipótese, vale lembrar que diversos autores salientam que o funcionamento operatório leva a reação biológica a substituir a simbolização quando da ocorrência de eventos potencialmente desestruturantes (SMADJA, 1995; VIEIRA, 1997; VOLICH, 1998). Dito com mais clareza: o retorno do câncer pode ter sido favorecido por um movimento contra-evolutivo, promovido por conta dos desdobramentos emocionais do tumor primário que não foram, devido a uma carência funcional do psiquismo, atenuados a partir do rearranjo de elementos funcionais no pré-consciente.

Algo equivalente poderia ser cogitado a partir da concepção de McDougall com o emprego do conceito de desafetação, já que o mesmo subsidia o entendimento dos mecanismos

que conduziram as mulheres em recidiva avaliadas, salvo Anastácia, ao rompimento com a própria realidade interna. Cumpre assinalar mais uma vez que a desafetação é entendida como um distúrbio da economia afetiva resultante da utilização maciça de um mecanismo de defesa comparável ao repúdio para fora do ego, porém mais radical por promover uma exclusão sumária, supostamente protetora, das emoções (BUNEMER, 1995). Ocorre que, nesse cenário, se torna inviável a formação de sintomas mentais, dado que os afetos são reduzidos a uma dimensão orgânica e, assim, buscarão expressão pela via corporal.

As manifestações somáticas decorrentes da desafetação, conseqüentemente, não apresentam significado simbólico e tampouco são investidas de sentido metafórico. Em última instância, podem ser entendidas como a tradução corporal de uma história sem palavras. Por essa razão, McDougall, aludindo à segunda teoria freudiana da angústia, afirma que a desafetação causa uma espécie de curto-circuito do aparelho psíquico e “faz com que os sinais de angústia se tornem equivalentes de uma representação de coisa destacada da representação de palavra que daria sentido à experiência” (1991, p.116). É possível que tal fenômeno tenha incidido sobre a maioria das participantes que constituíram o Grupo 2 por conta de vivências dotadas de grande poder disruptivo associadas ao diagnóstico do tumor primário e seu tratamento.

Isso se torna mais claro levando-se em consideração que, como se vislumbra no Quadro 14, a adaptação à descoberta do câncer de mama foi baseada essencialmente em uma atitude conformista, dado que Luzia, Isabel, Emília e Madalena se resignaram com passividade. Ademais, Bárbara e Catarina lançaram mão da culpabilização e da desconsideração dos riscos da doença, respectivamente, para evitar uma mobilização emocional que lhes seria insuportável. Ou seja: as referidas mulheres não ousaram empreender tentativas de atenuar o impacto emocional do contato com a própria finitude, naturalmente desencadeado a partir do diagnóstico, mediante a

utilização de mecanismos de defesa que não possibilitariam a pulverização definitiva dos afetos precipitados pelo adoecimento.

O apelo a estratégias capazes de poupar o custoso trabalho psíquico de pensar os sentimentos e sentir os pensamentos, todavia, também parece ter sido empreendido em momentos anteriores ao surgimento do câncer de mama pelas participantes em questão, pois se pode propor que perdas importantes relacionadas a mudanças drásticas da condição de vida na infância ou juventude vivenciadas, ainda segundo o Quadro 14, pela maioria delas, não foram objeto de elaboração psíquica. Partindo-se desse princípio, seria razoável propor que também o tumor primário pode ter sido favorecido pela potencialização da vulnerabilidade somática que torna o corpo um mero joguete da mente na desafetação. Porém, os resultados obtidos no presente estudo não sustentam essa generalização, uma vez que apenas Úrsula referiu histórico de problemas de saúde.

Logo, impõe-se aqui uma questão: por que o diagnóstico do câncer de mama teria, especificamente entre as participantes do Grupo 2, intensificado a tendência à utilização de medidas extremas no manejo das emoções a ponto de promover o retorno a uma modalidade corporal de expressão desprovida de valor simbólico e, assim, criado condições favoráveis para uma recidiva? Conforme revelam as reflexões de Édipo no bosque das Eumênides tal como apresentadas no desfecho da trilogia tebana de Sófocles, essa pergunta pode ser respondida com simplicidade da seguinte forma: porque a iminência da morte conduz à revisão das experiências de vida. Isto é: talvez a maioria das mulheres em recidiva não tenha suportado as dores psíquicas provocadas por esse movimento de introspecção que lhes foi inexoravelmente imposto. Afinal, a história das mesmas parece povoada de sonhos que sequer puderam ser sonhados.

Em contrapartida, aparentemente as participantes que constituíram o Grupo 1, em sua maioria, ousaram sonhar, isto é, sustentar expectativas e engendrar projetos tratando os eventos de vida a partir da figurabilidade proporcionado pelo recurso ao imaginário. Na luta pela sobrevivência, ousaram sonhar sonhos fantásticos, como a recuperação da saúde após o adoecimento. Ousaram inclusive sonhar pesadelos terríveis, como a confirmação do câncer de mama depois das suspeitas iniciais. Possivelmente por esse motivo encontraram meios para empreender – com dificuldade variável – o trabalho de luto do qual, conforme Wanderley (1994), depende a elaboração da perda do corpo “normal” e da vida “saudável” anteriores à enfermidade. Assim, remanejamentos consecutivos a um período de contenção libidinal proporcionaram o desapego em relação àquilo que foi perdido e viabilizaram novos investimentos. É ilustrativo nesse sentido o fato de Quitéria ter sido a única mulher em remissão a afirmar, durante a entrevista psicológica, que não tinha planos para o futuro.

O trabalho de luto depende essencialmente de fatores associados ao psicodinamismo individual, os quais são moldados pelos recursos e limites da personalidade e refletem a história de vida de cada um. A sucessão da emergência de lamentações à alteração de padrões de conduta é um fenômeno sem o qual a reparação egóica que culmina com a tomada de decisões – e, em um sentido mais amplo, com o crescimento pessoal – não é possível. Entretanto, se o indivíduo não dispõe dos suportes internos necessários para tolerar uma retomada provisória da posição depressiva, a elaboração de qualquer perda, até mesmo se esperada como parte do ciclo vital, terá grande chance de ser obliterada. Nessas condições, tende a se instalar um gradativo processo de deterioração física ou mental que pode se tornar crônico (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Entende-se, assim, porque Maluf et al. (2005) defendem que a execução do trabalho de luto favorece a superação, com menor impacto emocional, dos desafios inerentes a cada uma das

etapas que se sucedem do diagnóstico à reabilitação para mulheres acometidas por câncer de mama. Os resultados obtidos no presente estudo reforçam esse pressuposto, pois Cecília, Ângela e Ifigênia responderam à enfermidade com uma postura ativa, o que auxiliou no engajamento no tratamento. É preciso reconhecer que Ester, Joana e Quitéria desconsideraram os riscos inerentes ao adoecimento. Não obstante, em contraste com o que se observou em Catarina, no contexto do Grupo 2, esse fenômeno não pode ser atribuído a uma suposta condição de estase libidinal. Parece mais adequado relacioná-lo a uma exacerbação da tendência à contenção e depauperamento emocional que as caracteriza – especialmente Ester – motivada circunscritamente pela eclosão de angústias dotadas de maior poder disruptivo quando da confirmação do diagnóstico.

Ampliando esse raciocínio, vale citar aqui a seguinte afirmação de Laplanche e Pontalis: “a noção de trabalho de luto deve ser aproximada da noção mais geral de elaboração psíquica” (2000, p.510). Pautando-se em tal afirmação, é possível concluir que, de modo geral, as mulheres em remissão, por terem experimentado menor dificuldade para a execução do trabalho de luto após a ocorrência da enfermidade do que as mulheres em recidiva, se caracterizam por uma maior capacidade de elaboração psíquica. E uma maior capacidade de elaboração psíquica enseja uma organização afetiva mais consistente. Isso é o que os resultados obtidos apontam, em que pese a identificação, no contexto do Grupo 1, de limitações em termos da expressividade emocional em Paula, Ester, Joana e Quitéria, de conflitos decorrentes da insustentabilidade de ideais narcísicos em Cecília ou de um baixo limiar de tolerância às frustrações em Mônica.

Com o intuito de ilustrar algumas articulações entre o trabalho de luto, a elaboração psíquica e a organização afetiva observadas no conjunto dos resultados obtidos com a aplicação do TAT, considerou-se pertinente apresentar, no Quadro 19 e no Quadro 20, as histórias

elaboradas pelas mulheres em remissão e pelas mulheres em recidiva mediante especificamente a veiculação da prancha 3RH. Optou-se por tal prancha porque, segundo a literatura científica especializada, a mesma coloca em prova justamente o empreendimento do trabalho de luto, na medida em que, evocando associações que geralmente remetem à tristeza, ao desamparo e à solidão, reativa perdas e demanda a reversão de afetos com certo poder desestruturante a partir da renúncia daquilo que foi perdido e da renovação de investimentos libidinais (MURRAY, 1973; FRANÇA E SILVA, 1984; CHABERT, 2004).

O Quadro 19 demonstra que Cecília, recorrendo à primeira pessoa, desenvolveu a narrativa em diálogo e possibilitou a encenação de um conflito pulsional, bem como, não sem hesitação, autorizou a expressão dos afetos associados mediante a evocação de uma relação amorosa na qual os personagens ocupam posições antagônicas. Ângela também relutou inicialmente para contemplar de forma mais direta a dimensão subjetiva do herói, porém foi capaz de fazê-lo após abandonar a referência ao cotidiano em prol da inserção no registro do fictício. Algo semelhante se observa na estória de Paula. Não obstante, a mesma evoluiu para uma referência pessoal, o que atesta que, apesar de possível, a mobilização de mecanismos projetivos lhe foi extremamente custosa. Ainda assim, a noção de alteridade foi preservada.

Participantes	Estórias
Cecília	<i>“Tarde da noite... Esperei, esperei e nada. Ele não chegou... Onde andará? Não sei... Deveria já estar aqui, mas não está. E eu? Choro ou não choro? Me desespero ou não me desespero? Mas eu não agüento mais... Vou me sentar aqui no chão, botar minha cabeça nesse sofá macio e vou chorar um pouquinho. Mas eu sei que o sono vai me vencer e que eu vou acabar dormindo aqui mesmo”</i>
Ângela	<i>“Aqui é um homem... Chorando... Ele tá cansado... Não sei... Eu acho que ele saiu pra procurar emprego e não conseguiu nada. Ele tá cansado e com fome... Ele tá pedindo um emprego pra Deus. É um homem sofrido, né? Ele tá lamentando a vida que ele leva. Coitado... É uma pessoa sofrida demais”</i>
Paula	<i>“Esse perdeu alguém da família... Tá triste, sem consolo... Tá chorando... Pode ser que ele perdeu o pai que nem eu... Ah, não sei mais”.</i>
Mônica	<i>“Nossa, não poderia ser um desenho melhor? ... Esses aqui são muito feios... Bom, eu acho que é um corcunda. Ele saiu de casa desanimado... Ele é complexado por causa do defeito dele. Ele pede a Deus em oração pra se realizar como pessoa... É só isso... Tá ficando mais difícil, hein?”</i>
Ester	<i>“Nossa Senhora... Aqui é um homem corcunda, né? Ele tá chorando debruçado. Sofrendo por quê? Deve ser tristeza... Acho que ele foi abandonado pela família. E tem uma tesoura aqui no chão também, hein!”</i>
Joana	<i>“Aqui eu vejo uma mulher que tá sentada sobre as pernas, debruçada com a cabeça por cima do braço. Dá a impressão que tá dormindo ou muito cansada. Se ela tá dormindo, ela vai dormir o suficiente e vai acordar depois. Se ela tá só descansando ela vai ficar um pouco, uns minutos, e vai depois seguir a jornada dela”</i>
Quitéria	<i>“Essa aqui tá muito... Não sei... Acho que ela levou um tombo e caiu [risos]. Ela tá sentindo muita dor aqui. Ela caiu e tá chorando. Caiu e sentiu muita dor aqui... Ela aqui devia tá andando... Eu acho até que ela tava dentro de casa, deve ter tropeçado e caiu... Ela tava andando dentro de casa e caiu. E aqui ela tá triste porque ela não conseguiu achar ninguém que socorra ela. Acabou”</i>
Ifigênia	<i>“Não sei... É um mendigo ou um corcunda... Ai... Como eu posso chamar ele? ... Ele foi abandonado pela família e todas as noites ele dorme na rua. Muito triste, solitário”</i>

Quadro 19: Estórias elaboradas mediante a apresentação da prancha 3RH (Grupo 1)

Participantes	Estórias
Anastácia	<i>“Nossa, esse é meio forte... Só que não dá para perceber se é homem ou mulher, né? O que seria isso? Uma prisão... Um hospital, sei lá... Um lugar de repouso... Eu não sei... É, pelo que parece, é uma pessoa bem, assim, no seu limite, né? Parece que desacreditada da vida... Sem perspectiva... Como se fosse o fim, né? Parece que no chão tem uma tesoura. Não sei se é uma tesoura... Ou se essa foto já mostra que é um suicídio. Ao mesmo tempo parece que no fundo tem um sofá... Se não é o fim dessa pessoa, é próximo ao fim”</i>
Catarina	<i>“Meu Deus... Sofrimento... Desilusão... Desespero... Parece uma situação que não se vê saída... E nada que console... Eu já me vi nessa situação”</i>
Luzia	<i>“Aqui é um mendigo... Um homem... Dormindo na sarjeta... Mendigando o pão”</i>
Isabel	<i>“Essa tá pensando... Tá pensando de cabeça baixa... Tá pensando na vida. Ela tá triste porque... Por causa das dificuldades da vida... Depois ela vai ficar alegre de novo”</i>
Bárbara	<i>“O corcunda [risos]. É o corcunda, esse aqui! Pra mim é o Corcunda de Notre Dame. Ele tá triste, debruçado numa mesa esperando alguma coisa que eu não sei o que é. Tá esperando alguma coisa... Você não acha? É o corcunda. É uma pessoa carente, pensando em alguma coisa. Ele é rejeitado, não é verdade? Tá triste, pensando que alguém poderia estar com ele. Normalmente as pessoas são excluídas. Ele tá triste”</i>
Úrsula	<i>“Aqui é um andarilho. Uma pessoa solta no mundo. Teve problema de infância de família... E foi parar nas ruas. É uma pessoa entregue ao sofrimento. Um fim muito triste pra essa pessoa sem família. É assim que acaba essa”</i>
Emília	<i>“Esse senhor parece um corcunda... Ele tá sentando no chão. Tá debruçado, tá com a cabeça apoiada na mão. No braço... E tá num sofá, num banco. Sentado em cima das pernas. Ele tá dormindo ou tá... Será que ele tá dormindo ou será que tá preocupado, aborrecido com alguma coisa? Não sei... Acho que tá apoiando a cabeça ali pra pensar o que vai fazer”</i>
Madalena	<i>“Nossa, esse aqui tá mais pior! Esse aqui tá bem pensativo na situação dele. Ele tá achando que pra ele não tem solução no que ele tá passando. É uma situação muito difícil, viu? Muito difícil mesmo”</i>

Quadro 20: Estórias elaboradas mediante a apresentação da prancha 3RH (Grupo 2)

Com propósito claramente defensivo, Mônica criticou a prancha tão logo a visualizou. Depois, caracterizando o herói como corcunda, adotou a deficiência como único parâmetro para a definição de seu estado emocional. Ester e Ifigênia também lhe atribuíram essa condição física, mas toleraram o apelo à atividade imaginativa e, como consequência, evocaram a problemática do abandono. Por esse motivo, foram capazes, tomando-se Mônica como critério, de sustentar uma maior expressão afetiva. Vale enfatizar que Ester foi a única mulher em remissão a identificar o objeto no canto inferior esquerdo da prancha. Contudo, o objeto não foi integrado ao relato, o que possivelmente ocorreu, a exemplo da exclamação inicial por ela apresentada, como reflexo da evitação de aspectos mais delicados de um conflito sutilmente esboçado.

Já na estória de Joana o que mais se destaca é a indecisão entre duas diferentes interpretações referentes ao enredo, ambas associadas à postura corporal do herói. Entretanto, o desfecho sinaliza, em última instância, a mobilidade do trabalho psíquico, visto que permite a descarga das tensões. Por fim, deve-se mencionar que Quitéria apresentou riso imotivado, provavelmente na tentativa de amenizar afetos depressivos precipitados pelo contato com o estímulo. Encontrando êxito parcial nessa tentativa, os sentimentos do herói correspondem ao que seria esperado para a situação e, concomitantemente, remetem a uma questão mais ampla. Afinal, sugerem uma condição de desamparo cuja importância foi minimizada com a banalização da situação retratada.

É possível propor, tendo em vista o que precede, que as participantes do Grupo 1, de forma mais ou menos esquemática, delinearam o estado emocional do herói da prancha 3RH. Em que pese o fato dos conflitos suscitados terem, na maioria dos casos, recebido uma formulação abstrata capaz de proporcionar a reversão de afetos da ordem da tristeza somente a partir das intervenções executadas durante o inquérito, constata-se que a materialidade do estímulo foi

investida de significações subjetivas. Isso atesta a interlocução entre a realidade interna e a realidade externa, fenômeno do qual depende a transformação do volume de energia, via derivação ou ligação, à qual o aparelho mental é submetido. E tal transformação, por sua vez, é pré-requisito da elaboração psíquica e do trabalho de luto.

Portanto, apesar da expressividade emocional limitada que, conforme já mencionado, caracteriza Paula, Ester, Joana e Quitéria, não se justifica recorrer às noções de pensamento operatório ou desafetação para compreender a personalidade das mulheres em remissão avaliadas. As duas primeiras apresentaram um investimento excessivo do pensamento e um déficit da mobilidade do trabalho psíquico, respectivamente. Porém, um exame mais detalhado revela que essas características não atingem, nas mesmas, o nível de intensidade que se observou, no contexto do Grupo 2, em Isabel e Bárbara, por exemplo. Na verdade, parece mais oportuno entender Mônica como a única exceção no Grupo 1 em termos da expressividade emocional devido à sua tendência à teatralidade. Com certa liberdade, pode-se inclusive propor que o funcionamento psíquico de Mônica mantém um íntimo parentesco com o histrionismo de Emma Bovary, personagem principal da clássica obra de Gustave Flaubert.

O Quadro 20 fornece elementos que, tendo-se como parâmetro as articulações que podem ser estabelecidas entre o trabalho de luto, a elaboração psíquica e a organização afetiva, tornam mais nítidas as diferenças entre as mulheres em remissão e as mulheres em recidiva que constituíram a amostra do presente estudo. Afinal, revela de início que Anastácia apresentou, no desenvolvimento da estória oriunda da veiculação da prancha 3RH, diversos períodos de silêncio por hesitar entre diferentes interpretações referentes ao cenário, ao herói e ao desfecho. Somando-se a isso o fato do objeto no canto inferior esquerdo da prancha ter sido percebido, mas não integrado devidamente, nota-se que a riqueza do potencial associativo que fez com que a mesma

se sobressaísse entre as demais participantes do Grupo 2 tende a ser prejudicada quando da reativação pontual de perdas anteriores ainda não superadas.

Catarina apresentou uma exclamação inicial, mas não conseguiu com isso evitar a precipitação de afetos potencialmente desestruturantes, de modo que concluiu sua narrativa com uma referência pessoal. Tal dado indica que os mesmos escaparam a seu controle racional e testemunha a propensão à invasão de conteúdos emocionais que lhe é típica nas circunstâncias em que seu pragmatismo se torna inoperante. Luzia e Úrsula evocaram, cada uma à sua maneira, uma cena cotidiana em um contexto banalizado. Talvez a primeira o tenha feito com o intuito de obliterar uma possível identificação – motivada pela condição de inferioridade na qual sua autoestima a coloca – com o herói e a segunda devido ao sobreinvestimento da realidade externa que a caracteriza. Vale destacar, porém, que o desfecho da narrativa de Úrsula sugere a exacerbação de angústias relacionadas à perda do amor alheio.

Em um movimento representativo da recorrente evitação daquilo que é interpretado como uma ameaça a seu equilíbrio psíquico, Isabel apelou à repetição de idéias e ofereceu um desfecho abrupto à sua estória, impedindo, como consequência, a encenação de qualquer conflito. Apoiando-se em uma referência literária, Bárbara atribuiu uma deficiência física ao herói e a utilizou como pretexto para o delineamento, com marcante superficialidade e estereotipia, de sua condição emocional. As interrogações empreendidas em dois momentos distintos e a racionalização que encerra a narrativa da participante em questão procuram relativizar seu envolvimento projetivo e sugerem que o riso imotivado foi uma vã tentativa de impedir a expressão de seu rebaixamento crônico do humor. Tal envolvimento, a propósito, aparentemente se deve ao abandono que vitimiza o herói.

A figura do corcunda também foi evocada por Emília. Sua estória evoluiu de um relato predominantemente descritivo para uma hesitação cuja extensão pode ser vislumbrada com

precisão a partir da ocorrência de diversos períodos de silêncio e, principalmente, da recusa a formular uma segunda interpretação – referente, ao que tudo indica, à morte – acerca do *status* do herói. Ainda assim, a indecisão permaneceu, mantendo-o em anonimato e destituído de qualquer dimensão afetiva. Madalena, por sua vez, apresentou um enredo pobre e vago, em que pese o fato de sinalizar seu desfecho com pessimismo. O afeto depressivo do herói que se insinua com a exclamação resultante de sua comparação com o herói da estória criada a partir do emprego da prancha anterior não foi abordado, possivelmente porque a perda a ele relacionada não pôde ser representada psiquicamente.

Ou seja: as estórias oriundas da veiculação da prancha 3RH no contexto do Grupo 2 ilustram que as participantes em recidiva avaliadas encontraram maiores dificuldades, em comparação com as mulheres em remissão, para transitar entre conteúdos conscientes e elementos inconscientes, bem como para expressar a realidade interna em referência à realidade externa, de modo que podem ser consideradas dotadas de uma capacidade de elaboração psíquica deficitária. Por esse motivo, demonstraram, inclusive durante o inquérito, um apego excessivo ao factual, o qual testemunha uma sensível restrição do poder dos movimentos associativos. Remanejamentos libidinais consistentes se tornam praticamente inexequíveis nessas condições. Logo, o mesmo se pode afirmar a respeito do trabalho de luto.

Embora nenhuma pesquisa localizada a partir da revisão sistemática da literatura se tenha voltado especificamente à comparação da personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama em remissão e mulheres em recidiva, os resultados oriundos de duas delas são compatíveis com aqueles obtidos no presente estudo. Afinal, ambas apontam que os riscos da recorrência da enfermidade podem ser potencializados nos casos em que se observam sinais de que o trauma desencadeado pela descoberta do tumor primário não pôde ser superado. Deduz-se, portanto, a

existência de alguma relação entre esse fenômeno e o emprego de estratégias pouco favoráveis em termos da adaptação às perdas resultantes do vislumbrar da própria finitude.

Na primeira dessas pesquisas, Tjemslund et al. (1997) avaliaram prospectivamente 106 mulheres submetidas a tratamento cirúrgico para câncer de mama. Para tanto, recorreram à aplicação de uma série de instrumentos psicométricos e à realização de diversos exames laboratoriais com o propósito de correlacionar os resultados encontrados. De modo geral, os achados revelaram que as pacientes que, após a ocorrência da doença, demonstraram humor deprimido, pensamentos intrusivos e estratégias de enfrentamento centradas na emoção – características que atestariam uma limitação da capacidade de elaboração psíquica – apresentaram um preocupante prejuízo da condição imunológica, com níveis reduzidos de linfócitos B e células T4 no período pós-cirúrgico.

Já na segunda dessas pesquisas, Walker et al. (1999) afirmaram que mulheres acometidas por câncer de mama com sintomas clinicamente significativos de transtornos do humor quando do diagnóstico tendem a responder de forma desfavorável à quimioterapia neo-adjuvante, tendo em vista a manutenção do tamanho do tumor e a ocorrência de mudanças pouco expressivas na distribuição das células carcinomatosas. A metodologia adotada por tais autores também envolveu a utilização de um delineamento prospectivo, a avaliação de uma amostra composta por um número expressivo de pacientes (n=96) e o emprego de medidas internacionalmente reconhecidas no campo da psicologia e da oncologia.

Diversas pesquisas já citadas na introdução ou na discussão do presente estudo também fornecem respaldo para os resultados ora reportados, uma vez que apontam que certas características de personalidade são freqüentes em mulheres acometidas por câncer de mama. Desse modo, vale retomar alguns achados centrais de tais pesquisas. Porém, parece mais oportuno salientar achados decorrentes das mesmas que ainda não foram detalhados

anteriormente, para que redundâncias sejam evitadas. Partindo-se desse princípio, cumpre assinalar que Jansen e Muenz (1984) verificaram em portadoras da doença em questão uma importante propensão à introversão e à contenção excessiva da própria agressividade, o que não foi observado entre mulheres saudáveis ou portadoras de displasia mamária que serviram de comparação.

Os referidos autores trabalharam com dados coletados mediante a aplicação de uma bateria de instrumentos psicométricos voltados à avaliação de facetas da personalidade circunscritas pontualmente. Servaes et al. (1999) também recorreram a essa estratégia metodológica e notaram diferenças importantes entre pacientes acometidas por câncer de mama e mulheres saudáveis, visto que propuseram que as primeiras, em contraste com as segundas, exercem um controle restritivo sobre seus impulsos e tendem à ansiedade, ao retraimento e à ambivalência quando da expressão de sentimentos. Essas características teriam se acentuado após o surgimento da doença.

Faz-se necessário mencionar ainda que, em um estudo com enfoque diferenciado, Todarello et al. (1989) investigaram a personalidade de 200 mulheres atendidas em um serviço de mamografia para a realização de exames de rotina. Os autores constataram que aquelas com alterações sugestivas de malignidade apresentavam uma limitação da atividade imaginativa e, como conseqüência, uma adaptação à realidade externa com alto grau de conformismo social. Por essa razão tais mulheres foram consideradas portadoras de alexitimia. A propósito, Butow et al. (2000) sustentam, apoiando-se em uma extensa meta-análise, que a alexitimia se afigura como um fator de risco psicológico para o desenvolvimento do câncer de mama.

No que concerne à produção científica nacional, a pesquisa de Nascimento (1991) sobre a natureza das relações objetais em mulheres acometidas por câncer de mama se destaca pelo pioneirismo. Complementando os resultados obtidos por tal autora já abordados, deve-se salientar

que, durante a aplicação da técnica projetiva selecionada para a coleta de dados, as participantes dessa pesquisa evitaram o contato com o próprio mundo interno mediante o bloqueio da fantasia. Esse recurso, inclusive, parece ter sido amplamente utilizado pelas mesmas ao longo de toda a vida, o que pode ter dificultado a elaboração de traumas por inviabilizar a execução de remanejamentos libidinais consistentes.

A pesquisa desenvolvida por Barbosa (1991) também pode ser considerada inovadora, uma vez que aborda aspectos psicológicos de mastectomizadas a partir de um proveitoso diálogo com a poesia e o cinema. As pacientes avaliadas pela autora em questão foram consideradas habitantes de uma espécie de zona morta entre a realidade interna e a realidade externa por padecerem da incapacidade de conferir sentido à própria existência. A iminência da morte vivenciada após o diagnóstico de câncer de mama fez apenas agravar esse cenário, implementando definitivamente uma martirizante sensação de vazio, até então latente, contra a qual nem mesmo defesas extremas são capazes de demonstrar eficiência.

Mais recentemente, outra pesquisa realizada no contexto nacional forneceu subsídios complementares para a compreensão da personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama. Afinal, Bandeira e Barbieri (2007) verificaram que pacientes acometidas por tal enfermidade, em comparação com mulheres acometidas por câncer do aparelho digestório, são fortemente impregnadas por um sentimento de desamparo e, em função disso, tendem ao anaclitismo. Porém, desempenhando o papel de agente regulador do psiquismo, o ideal de ego promoveu a separação entre o afeto e a razão com o intuito de evitar a ocorrência de intoleráveis feridas narcísicas provocadas pela emergência de conflitos relacionados à ameaça da perda do amor alheio.

Diante do exposto, faz-se necessário esclarecer, em primeiro lugar, que algumas pesquisas dedicadas ao assunto em pauta avaliaram comparativamente pacientes acometidas por câncer de

mama e outras populações clínicas ou não-clínicas, mas o objetivo estabelecido para o presente estudo não encontra precedente. Não há registro, em toda a literatura científica consultada, de qualquer investigação voltada à identificação de eventuais convergências ou divergências em termos de aspectos dinâmicos e elementos estruturais de personalidade em mulheres em remissão e mulheres em recidiva, ou seja, em dois grupos distintos tomando-se como parâmetro o curso do câncer de mama.

Em segundo lugar, deve-se salientar que um número reduzido de pesquisas adotou um desenho metodológico semelhante – particularmente no que tange à utilização da psicossomática psicanalítica como base teórica e à aplicação de técnicas projetivas como estratégia de coleta de dados – àquele privilegiado no presente estudo. Considerando-se tais ressalvas, parece razoável propor que os resultados ora reportados proporcionam uma contribuição original ao conhecimento das complexas relações que podem ser estabelecidas entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva da enfermidade, as quais devem ser reconsideradas à luz de pesquisas posteriores para que possam ser devidamente refutadas ou confirmadas.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que precede, conclui-se que o presente estudo subsidia a compreensão de aspectos dinâmicos e elementos estruturais da personalidade de um grupo de mulheres acometidas por câncer de mama em remissão, denominado Grupo 1, e de um grupo de mulheres acometidas por câncer de mama em recidiva, denominado Grupo 2. Todas elas cumpriram o tratamento médico preconizado para o controle da enfermidade, o qual envolveu a combinação de terapêuticas loco-regionais e sistêmicas. A cirurgia do tipo Patey se destacou como a mais freqüente e tanto a quimioterapia quanto a radioterapia foram empregadas como adjuvantes, isto é, visando a eliminar eventuais resíduos cancerígenos após a cirurgia.

Como já mencionado, a cirurgia do tipo Patey é executada, segundo Sasaki (2000), mediante o esvaziamento axilar total, a extração da mama e a retirada do músculo peitoral menor, sendo a intervenção mais apropriada para mulheres com tumores maiores de 3 cm que não se encontram fixados à musculatura. Dessa forma, embora o estadiamento clínico e o tipo histológico do tumor primário não tenham sido adotados como critérios para a composição da amostra do presente estudo, deduz-se que, de modo geral, o perfil clínico das participantes foi equivalente. Inclusive, o reforça o fato de apenas uma delas ter relatado antecedentes familiares de câncer de mama, posto que esse dado relativiza o peso da hereditariedade no desenvolvimento da enfermidade em questão entre as participantes avaliadas.

Assim sendo, é possível propor que, no que tange aos fatores prognósticos de natureza biológica considerados clássicos pela literatura científica especializada, houve uma importante homogeneidade entre os dois grupos. Afinal, Abreu e Koifman (2002) verificaram, a partir de uma extensa revisão bibliográfica, que indicadores propostos mais recentemente – tais como a densidade vascular tumoral e a ploidia do ácido desoxirribonucléico – ainda não têm sua utilidade

devidamente comprovada na prática clínica. Ademais, os autores em questão esclarecem que a idade da paciente, embora seja um fator de risco bem estabelecido, apenas se afigura como um determinante da evolução do câncer de mama quando inferior a 35 anos ou superior a 75 anos. Não é o caso de nenhuma das participantes do presente estudo.

Ou seja: tanto a remissão da enfermidade nas mulheres que constituíram o Grupo 1 quanto a recidiva nas mulheres que constituíram o Grupo 2 não pode ser atribuída somente à presença ou ausência de certos preditores biológicos. Logo, é razoável propor que fatores psicológicos e sociais auxiliaram de modo decisivo na definição do curso do câncer de mama entre as participantes do presente estudo. Essa hipótese, cumpre assinalar, é compatível com os pressupostos do modelo biopsicossocial, o qual enfatiza o caráter multidimensional do processo saúde-doença. Porém, se apóia fundamentalmente nos resultados ora reportados. Assim, é dotada de base empírica, e não apenas de respaldo teórico.

O presente estudo contemplou um dos fatores psicológicos que, segundo a literatura científica especializada, pode influenciar o curso da enfermidade em questão: a personalidade das pacientes. Para tanto, mulheres em remissão e mulheres em recidiva foram avaliadas mediante a utilização de uma entrevista psicológica e uma técnica projetiva. Os dados obtidos foram inicialmente submetidos a análises qualitativas, descritivas e exploratórias e posteriormente organizados em estudos de caso. Além disso, foram interpretados sob a ótica da psicossomática psicanalítica a partir de uma articulação entre as proposições teóricas de Marty e McDougall. Considerando-se o estado da arte na atualidade, trata-se de um desenho metodológico inovador.

Em suma, os resultados revelam que a integração lógica da maioria das participantes que constituíram o Grupo 1 se encontra preservada. O mesmo se pode afirmar sobre a capacidade adaptativa, embora ressalvas pontuais tenham se aplicado a metade dos casos. O funcionamento defensivo que as caracteriza foi classificado predominantemente como apropriado por envolver,

sobretudo, a utilização contextualizada da intelectualização e da racionalização. Em contrapartida, o controle dos impulsos tende a ser executado de forma restritiva ou insuficiente, o que dificulta a exteriorização de material de natureza sexual ou agressiva.

No que concerne à imago das figuras materna e paterna, a valência positiva de ambas se sobressaiu como um achado recorrente. Em termos da dinâmica das relações interpessoais, porém, houve certa diversidade. A extroversão parece ser a tônica para uma parcela importante das mulheres em remissão avaliadas. As restantes se situam nos extremos de um *continuum* que tem a dominância em um pólo e a dependência em outro. Conflitos associados à oscilação entre desejos de passividade e rigidez ou à insustentabilidade de ideais narcísicos se mostraram típicos. Por fim, deve-se salientar que, de modo geral, o contato com a própria subjetividade pareceu, em maior ou menor grau, penoso, mas viável.

A integração lógica também se revelou preservada sem qualquer exceção no contexto do Grupo 2. Não obstante, a capacidade adaptativa da maior parte das mulheres que o constituíram apresentou-se comprometida, o que pode ser entendido basicamente como o desdobramento de uma veemente dificuldade na utilização da realidade interna como referência para a organização da realidade externa. O funcionamento defensivo parcialmente apropriado foi o mais freqüente em função do apelo descontextualizado, em metade dos casos, a operações psíquicas que sugerem uma estruturação egóica pouco consistente, tais como o isolamento, o recalque e a denegação.

Tomando-se como critério o controle dos impulsos, as participantes em recidiva se equivalem às mulheres em remissão avaliadas para os fins do presente estudo, pois entre estas e aquelas a exteriorização de conteúdos sexuais e agressivos tende igualmente a ser obliterada com intensidade. Todavia, a imago das figuras parentais permite diferenciá-las com nitidez, dado que em apenas uma das participantes do Grupo 2 se identificou que as representações dos genitores

são dotadas de valência positiva. Ademais, foi freqüente a emergência de atitudes opostas para com as figuras parentais, sinalizando a ocorrência de importantes deformações fantasísticas.

As relações interpessoais das mulheres que constituíram o Grupo 2 parecem ser, em metade dos casos, baseadas na dependência e na submissão e influenciadas por uma veemente necessidade de afiliação. A dominância, a introversão e a passividade são determinantes para as restantes e se associam a sentimentos de inferioridade. Mas, salvo uma única exceção, uma tendência é comum às participantes em recidiva avaliadas para os fins do presente estudo: o apego excessivo ao factual decorrente do apagamento da dinâmica mental. Essa tendência inclusive as conduziu à conformidade social dos afetos, à contenção da atividade imaginativa ou até mesmo à estase libidinal.

Portanto, no Grupo 2, em contraste com o que foi observado no Grupo 1, o contato com a própria subjetividade pode ser considerado inviável. Como consequência, os movimentos associativos da maioria das mulheres que o constituíram se mostraram bastante limitados. Justamente em função disso os conflitos que se afiguram como ameaças ao frágil equilíbrio emocional mantido pelas mesmas – relacionados principalmente à ameaça da perda do amor alheio ou à insustentabilidade de ideais narcísicos – desencadeiam recorrentemente operações voltadas à sua total neutralização. Assim, tem-se a medida do alcance da capacidade de elaboração psíquica das participantes em questão.

As noções de pensamento operatório e desafetação foram empregadas para subsidiar a compreensão da personalidade da maioria das participantes que compuseram o Grupo 2. Segundo Marty (1993), o pensamento operatório, por ser resultante de uma carência funcional do psiquismo, conduz à substituição da simbolização pela reação biológica quando da ocorrência de eventos potencialmente desestruturantes. McDougall (1991), por sua vez, defende que a desafetação oblitera a formação de sintomas mentais e potencializa a eclosão de manifestações

somáticas destituídas de significado simbólico nas circunstâncias em que o sujeito experimenta afetos que podem abalar sua homeostase.

À luz da psicossomática psicanalítica, portanto, vislumbrou-se que o retorno do câncer que incidia sobre tais mulheres pode ter sido favorecido pelo impacto emocional provocado pelos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento do tumor primário, o qual, ultrapassando a restrita capacidade de elaboração psíquica que as caracteriza, reativou uma via somática de formação de sintomas. O que se propõe, assim, é que as perdas impostas pela inexorabilidade da morte que se evidenciou com descoberta do câncer de mama não foram superadas mediante a execução do trabalho de luto que se fazia necessário na ocasião. Aparentemente isso ocorreu porque a vivência da própria finitude, ao desencadear a revisão das experiências de vida, trouxe à tona uma série de perdas que se mostraram refratárias ao remanejamento dos investimentos libidinais.

Entretanto, mais do que de sonhos que não puderam ser realizados, a existência da maioria das participantes em recidiva revela marcas de sonhos que não puderam sequer ser sonhados. O movimento de introspecção disparado pelo adoecimento aparentemente tornou essas marcas inegáveis e os sentimentos suscitados como resultado desse processo foram reduzidos à sua dimensão orgânica e encontraram no corpo a única possibilidade de expressão. Nesse sentido é que os desdobramentos do diagnóstico e do tratamento do câncer de mama foram considerados traumáticos e, não sendo devidamente contidos no sistema mental, podem ter se estendido ao funcionamento somático.

Conclui-se, então, que os resultados ora reportados permitem situar a recidiva do câncer na trama do trauma ensejado pelos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento do tumor primário. Afinal, tal trauma fomentou, entre as participantes que constituíram o Grupo 2, a revivescência de conteúdos internos dos quais as mesmas até então procuravam se alienar.

Metaforicamente, portanto, pode-se sugerir que as mulheres em questão padeceram de um fenômeno sobre o qual Fernando Pessoa⁹⁸ versa no famoso poema que segue abaixo, intitulado “Há doenças piores que as doenças”. Talvez essa seja a principal contribuição do presente estudo para o mapeamento dos fatores psicológicos capazes de, somando-se a outros determinantes, favorecer a recidiva.

*Há doenças piores que as doenças
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz
Há sensações sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida
Há tanta coisa que sem existir
Existe, existe demoradamente
E demoradamente é nossa e nós...*

Faz-se necessário esclarecer que a recidiva não está sendo entendida como uma doença psicossomática, ou seja, decorrente majoritariamente de fatores psíquicos. Uma conclusão dessa natureza seria incoerente não apenas com o modelo biopsicossocial, mas também com a postura monista preconizada pela psicossomática psicanalítica, pois, como sustenta Marty (1993), a indissociabilidade que caracteriza o funcionamento mental e o funcionamento orgânico faz do homem um ser psicossomático por definição. Portanto, a utilização do termo “psicossomática” como adjetivo encerra uma falácia na medida em que remete ao antigo dualismo cartesiano.

A psicossomática psicanalítica defende que tanto a eclosão quanto a evolução de qualquer enfermidade somente podem ser compreendidas se consideradas suas múltiplas facetas.

⁹⁸ PESSOA, F. **O guardador de rebanhos e outros poemas**. São Paulo: Cultrix, 1988.

Obviamente a abordagem em questão coloca em relevo os fatores psíquicos associados ao processo saúde-doença. Trata-se, porém, de um recorte necessário diante da multidimensionalidade que caracteriza esse processo. A psicossomática psicanalítica não exclui explicações apoiadas em elementos conceituais de raciocínio distintos capazes de esclarecer aspectos relacionados ao adoecimento que fogem ao alcance de seu arcabouço teórico.

O presente estudo referenda os pressupostos que, conforme Volich, constituem a essência da psicossomática psicanalítica. De acordo com o primeiro pressuposto, um indivíduo cujo aparelho psíquico é dotado de recursos capazes de promover o escoamento das tensões às quais é submetido “... poderá desenvolver, a partir de uma situação conflitual, uma perturbação psíquica da ordem das neuroses ou das psicoses” (1998, p.27). Essa tendência foi observada entre as participantes que constituíram o Grupo 1 não apenas quando da descoberta do câncer de mama, mas também em outras passagens da vida das mesmas cuja superação envolveu a execução de remanejamentos libidinais consistentes.

Já o segundo pressuposto estabelece que um indivíduo cujo aparelho psíquico possui uma estruturação deficiente, evidenciada com o empobrecimento da expressividade emocional, “... poderá ficar impedido de reagir a uma situação traumática através de produções mentais como sonhos, delírios ou mecanismos de defesa, utilizando então a motricidade ou as vias orgânicas como canais de descarga da excitação acumulada” (VOLICH, 1998, p.27). Como já mencionado, isso ocorreu entre a maioria das participantes que constituíram o Grupo 2, potencializando a vulnerabilidade somática das mesmas após o adoecimento e, conseqüentemente, criando condições propícias para a recorrência do câncer.

Portanto, em contraste com o que se poderia cogitar à primeira vista, situar a recidiva na trama do trauma decorrente dos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento conduz à relativização das chamadas “teorias agressológicas”, as quais sustentam que o estabelecimento de

uma relação de causa e efeito entre a ocorrência de um evento estressor e a eclosão de uma enfermidade é perfeitamente possível. O que se deduz, tendo em vista os resultados ora reportados, é que o processo saúde-doença depende de um constante jogo de forças internas e externas. Afinal, as implicações das tensões às quais um sujeito é submetido serão determinadas fundamentalmente pelos recursos dos quais o mesmo dispõe para manejá-las.

Em um sentido mais amplo, o presente estudo reitera que o corpo é dotado de uma dimensão metapsicológica, a qual faz dele uma testemunha viva de um passado que permanentemente se reatualiza sob a forma de vestígios ainda não elaborados e, dessa maneira, veicula as inscrições da história do sujeito. Tal dimensão foi estabelecida definitivamente por Freud antes mesmo da virada do século XIX ao demonstrar o papel do recalque na etiologia da histeria. Porém, cumpre assinalar que sua genialidade o levou, conforme Cukiert e Prizskulnik (2000), a sustentar a incoerência de se estabelecer qualquer relação de exterioridade entre o indivíduo e seu corpo, bem como, ao mesmo tempo, evitar o ingênuo desmerecimento do inegável sustentamento do psiquismo no corporal.

Articulando-se a especificação da noção de corpo no pensamento de Freud e a descrição contemporânea de uma nova via de formação das manifestações somáticas do sofrimento emocional, constata-se que as concepções de Marty e de McDougall representam uma ampliação dos horizontes da teoria e da clínica psicanalítica. Embora possa parecer óbvia, tal constatação muitas vezes é negligenciada em prol de exacerbações idiossincráticas que, como bem observou Ferraz (1997), amiúde levam ao surgimento de resistências indevidas, no seio da psicanálise, às descobertas contemporâneas da psicossomática ou à atribuição, por parte de psicossomaticistas que se fundamentam na obra freudiana, de um nível de originalidade questionável às suas proposições.

Deve-se salientar novamente que Marty e McDougall privilegiam a utilização do modelo etiológico das neuroses atuais em detrimento do modelo etiológico da histeria – tal como ambos foram definidos em seus aspectos centrais na teorização freudiana – como referência para a exploração dos fatores emocionais associados à eclosão de doenças orgânicas. E é justamente esse modelo etiológico o que, empiricamente, se mostra mais adequado para a compreensão da recidiva entre as participantes do presente estudo, uma vez que as mesmas, em sua maioria, se mostraram incapazes de, frente ao trauma provocado pelos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento do tumor primário, empreender o processo de mediação psíquica do qual dependia a produção de sintomas mentais.

Embora seja possível identificar sinais de tal incapacidade em momentos anteriores da história de vida dessas mulheres, aparentemente os mecanismos somáticos que tendem a promover a transformação direta da excitação em angústias automáticas – e, como consequência, a potencializar a expressividade corporal – foram acionados especificamente quando da iminência da própria finitude. Ou seja: os resultados obtidos no presente estudo não permitem compreender o desenvolvimento do tumor primário, quer seja entre as participantes do Grupo 1 ou do Grupo 2, a partir da mesma linha de raciocínio traçada para a compreensão da recidiva⁹⁹.

Mas cabe aqui uma ressalva: o presente estudo não subsidia a obtenção de “leis universais” sobre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama ou sobre os fatores psicológicos relacionados ao curso da doença. As hipóteses ora veiculadas possuem um alcance – determinado, sobretudo, pelo tamanho relativamente reduzido da amostra avaliada – que não deve ser extrapolado. Entretanto, vale enfatizar que essas hipóteses fornecem elementos

⁹⁹ Em função disso, não caberia entender a recidiva das pacientes que compuseram o Grupo 2 como o reflexo de uma compulsão à repetição, já que, conforme destacam Laplanche e Pontalis (2000), tal fenômeno, no pensamento freudiano, representa basicamente a atualização de conflitos recalçados resultante de uma manifestação irrefreável das pulsões ou uma tentativa de elaboração.

para generalizações naturalísticas, de modo que instrumentalizam outros autores a aprofundar o conhecimento estabelecido até o momento sobre o assunto em pauta.

Em última instância, o que se propõe com o presente estudo é que a relação dialética existente entre mente e corpo não deve ser desconsiderada caso se pretenda apreender a complexidade inerente à carcinogênese. Essa proposição sugere um resgate do pensamento hipocrático, considerando-se que o mesmo tem sido negligenciado na atualidade diante dos avanços no campo da biologia molecular que permitiram o seqüenciamento do genoma humano. Volich (2000), inclusive, salienta que esses avanços provocaram um deslumbramento capaz de conduzir a uma frustração semelhante àquela resultante das expectativas engendradas pela sistematização do conhecimento anatômico no século XIV, as quais levavam a crer que nas entranhas do corpo se encontrariam as respostas para todos os enigmas da vida.

Em termos metodológicos, o presente estudo fornece diretrizes potencialmente proveitosas para pesquisas posteriores voltadas à exploração de aspectos emocionais associados ao curso do câncer de mama, uma vez que o delineamento empregado se mostrou adequado frente ao objetivo proposto. Além disso, introduziu inovações importantes levando-se em consideração que é evidente uma predileção pela abordagem quantitativa e uma tendência à combinação de instrumentos psicométricos e teorias de orientação cognitivo-comportamental entre os autores que têm se dedicado ao assunto em questão nos últimos anos.

O emprego de uma entrevista psicológica na coleta de dados foi oportuno, pois ofereceu às participantes a chance de se expressarem com significativa liberdade. Porém, como aponta Bleger (1987), a entrevista psicológica tende a permitir a emergência de um espectro limitado de segmentos da personalidade do sujeito, de modo que se faz necessário complementá-la com outros recursos. Partindo desse princípio, optou-se, no presente estudo, por empregar também uma técnica projetiva, uma vez que diversos autores demonstraram que os instrumentos desse

tipo são de grande valia no contexto da pesquisa em psicanálise e, mais especificamente, em psicossomática psicanalítica (DEBRAY; 1995; MARTY, 1993; SIMON, 1993).

Isso ocorre basicamente porque as técnicas projetivas permitem “... um estudo do funcionamento psíquico individual em uma perspectiva dinâmica, ou seja, esforçando-se em apreciar tanto as condutas psíquicas possíveis de serem localizadas como suas articulações singulares e suas potencialidades de mudança” (CHABERT, 2004, p.37). Afinal, os instrumentos dessa natureza fomentam o estabelecimento com o sujeito de um campo relacional ilustrativo de seu funcionamento emocional. Esse fenômeno pôde ser evidenciado com clareza no presente estudo a partir da utilização do TAT, o que referenda sua proficuidade para o exame da personalidade.

As técnicas projetivas ainda se diferenciam por demandarem do examinador, durante a testagem, uma atitude de “neutralidade benevolente” análoga àquela que caracteriza o psicoterapeuta. Essa atitude permitirá ao sujeito expressar, de maneira associativa, seus sentimentos e pensamentos a partir dos estímulos propostos. É inquestionável que tal demanda torna laborioso o emprego dos instrumentos dessa natureza. Ademais, a aplicação do TAT, em sua versão completa, é particularmente cansativa, sobretudo porque deve ser dividida em duas sessões. Entretanto, como bem observou Lourenção Van Kolck (1981), a relação custo-benefício justifica a utilização de técnicas projetivas nas situações em que se almeja uma compreensão pormenorizada da personalidade do sujeito.

Vale salientar ainda que, como considerado no presente estudo, a interpretação de dados oriundos do emprego de instrumentos psicológicos – principalmente de técnicas projetivas – deve ser norteadada não apenas por critérios científicos e técnicos rigorosos, mas também por parâmetros éticos bem definidos. Logo, retomando uma metáfora proposta por Romaro (2001), conclui-se

que os instrumentos psicológicos não podem ser utilizados como o leito de Procusto, o lendário salteador que, de acordo com a mitologia grega, submetia suas vítimas a um suplício letal: deitava-as em uma cama de ferro e estirava com cordas e roldanas aquelas que não atingiam a medida esperada, ao passo que cortava com um machado as partes excedentes daquelas que a ultrapassavam.

O presente estudo também fornece contribuições metodológicas para pesquisas posteriores no que tange à fundamentação teórica adotada, uma vez que reitera a proficuidade da psicossomática psicanalítica para a exploração do processo saúde-doença em sua dimensão subjetiva. A propósito, o reconhecimento dessa dimensão pode ser considerado imprescindível para a superação dos desafios que atualmente se impõem para o estabelecimento de uma relação mais humana no âmbito da assistência profissional em oncologia, pois é notório que os avanços científicos muitas vezes conduzem a práticas tecnocêntricas que desconsideram os aspectos emocionais dos pacientes.

Parafraseando Freud em uma clássica definição da psicanálise, pode-se propor que a psicossomática psicanalítica, mais do que um método de investigação das relações que se estabelecem entre mente e corpo, representa também um método para a abordagem das variações patológicas dessas relações. Além disso, Volich sustenta que a psicossomática psicanalítica, por suscitar reflexões sobre questões existenciais centrais, “... pode nos permitir sonhar com uma sociedade que reconheça a função do conhecimento, da cultura, da arte como verdadeiras criações profiláticas que, aquém do prazer, são sobretudo vitais para o Homem, como ser e como espécie” (1998, p.31).

A interlocução estabelecida entre Marty e McDougall conduziu a análises cuja compatibilidade é inegável, o que reafirma que, como evidenciado em uma obra anterior

(PERES; SANTOS, 2006b), é possível estabelecer entre os principais expoentes da psicossomática psicanalítica uma relação de complementaridade. Entretanto, as proposições de Marty se mostraram, em certo sentido, mais aplicáveis aos dados coletados. Apenas o conceito de depressão essencial, dentre todos aqueles forjados pelo autor em questão e definidos na sistematização da fundamentação teórica do presente estudo, não pôde ser empregado na discussão dos resultados.

Contrariando o que se poderia esperar, nenhuma das mulheres avaliadas apresentou concomitantemente à exacerbação da vulnerabilidade somática que é típica da depressão essencial, os dois sintomas que a definem pela falta: a ausência de objeto e a ausência de culpabilidade. Tal afirmação se aplica inclusive a Catarina, em quem traços depressivos marcantes foram verificados. Afinal, a referida participante deixou claro durante a entrevista psicológica que atribui certos fatores ao acentuado rebaixamento do tônus vital que a caracteriza, bem como demonstrou que se martiriza por acreditar que é diretamente responsável pelo calvário em que sua vida se transformou.

Sobre os conceitos de McDougall contemplados teoricamente no presente estudo, é preciso esclarecer que, apesar de somente um deles ter sido explicitamente citado na discussão dos resultados, determinados aspectos dos demais foram evocados indiretamente. Isso se torna claro tendo-se em vista que certas características observadas em parte das mulheres avaliadas – como o sobreinvestimento da realidade externa e a potencialização da expressividade orgânica, por exemplo – foram organizadas para fins didáticos em torno da noção de desafetação, mas também compõem a psicopatologia da normopatía e da psicose atual. A referida autora inclusive entende que essas condições clínicas não são estanques, de modo que se pode oscilar de uma para a outra.

Os resultados ora reportados têm implicações importantes para a assistência multidisciplinar a mulheres acometidas por câncer de mama. Fundamentando-se em uma ampla revisão da literatura, Venâncio (2004) já salientou que o psicólogo pode desempenhar um papel decisivo no que se refere à promoção da qualidade de vida nessa população. Para tanto, deve auxiliar na ressignificação da experiência do adoecer. Contudo, conclui-se, a partir do presente estudo, que a superação do trauma decorrente dos desdobramentos do diagnóstico e do tratamento depende da superação de perdas anteriores, as quais são reativadas quando da perda, imposta pela enfermidade, do corpo “normal” e da vida “saudável”.

Pacientes dotadas de uma capacidade de elaboração psíquica deficitária – como a maioria das participantes do Grupo 2 – encontram grandes dificuldades para executar o trabalho de luto necessário à superação dessas perdas anteriores. O que se propõe, portanto, é que, nesses casos, o trabalho do psicólogo não deve visar a ressignificação da experiência do adoecer, mas, sim, a ressignificação da existência como um todo mediante a expansão gradativa do nível de consciência que a paciente tem sobre si. Porém, a mobilização afetiva intrínseca a tal processo tende a causar um impacto desestruturante se os contornos simbólicos capazes de proporcionar a inscrição do sofrimento emocional no plano psíquico não forem cuidadosamente estabelecidos.

As psicoterapias de orientação psicanalítica têm como base os mesmos princípios teóricos da psicanálise, mas possuem objetivos mais circunscritos e, conseqüentemente, são mais econômicas em todos os aspectos. O paciente é solicitado a expressar tudo o que vem à sua mente para que conflitos inconscientes possam se tornar conscientes. Entretanto, habitualmente certos conteúdos são privilegiados pelo psicoterapeuta com o intuito de evitar regressões mais profundas. Por essa mesma razão, intervenções integrativas como a interpretação e a confrontação amiúde são preteridas em prol de intervenções suportivas e explicativas como o reassseguramento e o esclarecimento (MACHADO; VASCONCELLOS, 1998).

Torna-se evidente, então, que as psicoterapias de orientação psicanalítica podem ser particularmente favoráveis ao desenvolvimento das condições das quais mulheres acometidas por câncer de mama com recursos internos mais precários necessitam para, gradativamente, entrar em contato com a própria realidade interna. Partindo do princípio de que esse contato é capaz de conduzir ao abandono de modalidades corporais de expressão destituídas de valor simbólico, parece razoável, inclusive, sugerir que as modalidades assistenciais reunidas sobre essa rubrica são capazes, desde que conduzidas adequadamente, de minimizar a influência de fatores psicológicos que, de acordo com o presente estudo, se encontram relacionados à recidiva.

Tais fatores psicológicos remetem ao passado, mas deve-se esclarecer que as psicoterapias de orientação psicanalítica não buscam simplesmente resgatar um tempo perdido. Afinal, conforme a metáfora proposta por Santos (2007), lembranças, tomadas isoladamente, são como fotografias: meras figurações de outrora. Porém, colocadas umas em relação às outras ao longo do processo terapêutico, lembranças adquirem a fluidez de um movimento análogo àquele que resulta da sucessão dos fotogramas de um filme. Assim sendo, múltiplas interconexões se estabelecem, permitindo ao sujeito compreender o que se passou e projetar o que está por vir. E é justamente isso que parece ser o mais importante para mulheres como Catarina, Isabel e Bárbara¹⁰⁰.

Contudo, é preciso salientar que, como aponta McDougall (1991), qualquer método psicoterapêutico fundamentado na teoria psicanalítica somente poderá auxiliar a quem atender a três pré-requisitos básicos. Em primeiro lugar, o sujeito deve ser capaz de reconhecer, em algum nível, a existência do próprio sofrimento emocional. Em segundo lugar, é imprescindível que o

¹⁰⁰ Todas as participantes do presente estudo foram informadas de que poderiam contar com atendimento psicológico a ser prestado gratuitamente pelo pesquisador. À Catarina, Isabel e Bárbara, entretanto, o pesquisador considerou prudente recomendá-lo. Porém, essa recomendação não foi seguida. Ainda assim, cerca de dois meses após a coleta de dados, considerou-se pertinente fazer um contato telefônico para colocar novamente à disposição tal serviço. Foi enfatizado inclusive que um outro profissional vinculado à Rede Feminina São-Carlense de Combate ao Câncer poderia ser designado para tanto, mas ambas recusaram mais uma vez.

mesmo possua uma estrutura egóica minimamente organizada para suportar as angústias inerentes à situação psicoterapêutica. Em terceiro lugar, ele deve mostrar-se disposto a se colocar em uma situação de dependência sem temer a frustração potencialmente intrínseca a qualquer relação interpessoal. Ou seja: cada caso deve ser avaliado meticulosamente para que nenhuma contra-indicação passe despercebida.

Cumpra assinalar que, conforme a literatura científica, pacientes propensos à expressividade somática tendem a responder de forma mais favorável às psicoterapias de orientação psicanalítica quando certas adaptações técnicas são empreendidas (AISENSTEIN, 2005; SANTOS FILHO, 1994; VOLICH, 2000). Por essa razão, as sessões são realizadas apenas em situação face-a-face com o intuito de demonstrar a presença concreta do psicoterapeuta e o recurso a temas cotidianos visando a favorecer o exercício do pensamento é recorrente. A utilização sistemática de intervenções explicativas, capazes de auxiliar o paciente a compreender aspectos básicos do seu funcionamento mental sem colocar em relevo sua insuficiência representacional, também é apontada como uma estratégia eficiente.

O psicoterapeuta, nesses casos, deverá inicialmente possibilitar ao paciente a retomada do funcionamento mental anterior ao adoecimento para depois trabalhar no sentido de enriquecer seu aparelho psíquico até o nível mais desenvolvido possível. Um dos meios de se fazer isso é promover uma reconstituição histórica de situações de perda anteriores, procurando incluí-las em uma cadeia simbólica de modo a criar uma possibilidade de expressão para as emoções que não foram vivenciadas adequadamente quando da experiência original. Se pertinente, associações entre essas situações de perda e manifestações somáticas a elas consecutivas podem ser estabelecidas (SANTOS FILHO, 1994).

Considerando a desertificação da atividade imaginativa e a linearidade do discurso típicas de indivíduos cujo adoecimento se mostra intimamente relacionado a um comprometimento

severo da capacidade de simbolização, cabe ao psicoterapeuta ajudá-los a desenvolver recursos mais evoluídos de comunicação. A modulação de estados emocionais por meio de cenários sugeridos com proposições identificatórias é essencial para tanto, conforme Aisenstein (2005). Ou seja: deve-se auxiliar o paciente a nomear e expressar seus afetos, sobretudo em suas nuances e sutilezas. A exploração de equivalências por ele estabelecidas com sensações corporais representa um importante ponto de partida.

Conclui-se, então, que a continência do psicoterapeuta será colocada à prova constantemente. Afinal, haverá que se considerar que as manifestações somáticas, mais do que sintomas a serem eliminados, são apelos a serem compreendidos à custa do compartilhamento de dores emocionais recusadas (VOLICH, 2000). A prática das psicoterapias de orientação psicanalítica nesses casos envolve, portanto, a superação de uma série de obstáculos bastante específicos, sobretudo no que se refere ao manejo de fenômenos contratransferenciais. O processo terapêutico muitas vezes é lento e, conseqüentemente, prolongado, o que exigirá do psicoterapeuta, além de tempo e paciência, uma disponibilidade interna considerável.

Como defende McDougall (1991), ao psicoterapeuta impor-se-á o desafio de funcionar como um filtro capaz de regular o afluxo de excitações do qual o sujeito tende a se livrar apelando à descarga corporal por não ter acesso às palavras que poderiam torná-lo dizível. Trata-se, em última instância, de desempenhar a função materna, sobretudo mediante a decodificação de uma modalidade de comunicação cuja impregnação afetiva é escassa. É justamente nesse sentido que Marty (1993) afirma que o psicoterapeuta será convocado a assegurar as primeiras bases de uma proximidade bilateralmente identificatória.

Tais diretrizes se justificam porque tanto o pensamento operatório quanto a desafetação têm como principal fator etiológico perturbações precoces na relação com a figura materna, uma vez que é responsabilidade da mesma promover a progressiva dessomatização do aparelho

psíquico do bebê. Os resultados ora reportados, inclusive, o atestam, considerando-se que, como já mencionado, a figura materna da maioria das participantes que constituíram o Grupo 2 foi caracterizada como agressiva ou fria pelas mesmas, o que aparentemente se deve ao desempenho insatisfatório do papel que lhe cabia. Assim sendo, pode-se cogitar que as primeiras vivências corporais e mentais dessas mulheres permaneceram alheias a qualquer cadeia de significação.

À guisa de conclusão, deve-se admitir que as contribuições do presente estudo para a compreensão dos fatores psicológicos associados ao curso do câncer de mama são passíveis de objeções se confrontadas a partir da utilização dos critérios positivistas estabelecidos pelas ciências naturais. Entretanto, a história da humanidade revela que a dimensão subjetiva do processo saúde-doença não deve ser negligenciada. Desse modo, é possível afirmar, retomando um vaticínio de Freud referente ao futuro da psicanálise, que, em termos do entendimento das interações que incessantemente se estabelecem entre mente e corpo, “... sem especulação e teorização metapsicológica – quase disse “fantasiar” – não daremos outro passo à frente” (1937/1996, p.241).

REFERÊNCIAS¹⁰¹

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-131, 2002.

AISENSTEIN, M. Da medicina à psicanálise e à psicossomática. Tradução J. M. Canelas Neto. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 99-110, 1994.

_____. Abordagem psicodinâmica do paciente psicossomático. Tradução C. Monteiro. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W.; SCHESTATSKY, S. (Orgs.). **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Porto Alegre: ArtMed, 2005. p. 667-673.

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática: princípios e aplicações**. Tradução C. B. Fischmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V.; PANOBIANCO, M. S.; PRADO, M. A. S.; CLAPIS, M. J. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 63-69, 2001.

ALMEIDA, A. M.; PRADO, M. A. S.; GUIDORIZZI, L. L. F.; ROSSINI, F. P. Mulheres com câncer de mama: um estudo de morbidade. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 263-269, 2002.

ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. **Metodologia da investigação em psicologia e educação**. Coimbra: Associação de Psicólogos Portugueses, 1997.

ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSNADJER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 2000.

ALONZO, S. A. Realidade psíquica – realidade somática: o corpo na histeria. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RAÑNA, W. (Orgs.). **Psicossoma III: interfaces da psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 77-90.

¹⁰¹ De acordo com o sistema da Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023) tal como apresentado em: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documento eletrônico e impresso. São Paulo: SIBi/USP, 2004.

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION; NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION. **Standards for educational and psychological testing**. Washington: American Educational Research Association, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais IV-TR**. Tradução C. Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem psicológica**. Tradução M. A. V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANDRADE, J. M.; REIS, F. J. C.; MATTHES, A. C. S.; SARMENTO FILHO, J. J. M.; MARANA, H. R. C.; BIGHETTI, S. Avaliação da eficácia do rastreamento de metástases no câncer de mama. **Acta Oncológica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 131-134, 2000.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Tradução M. L. E. Silva. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

ARAÚJO, R. Z. Reabilitação pós-mastectomia. In: PIATTO, S. (Org.). **Diagnóstico e terapêutica em mastologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998. p. 181-187.

ÁVILA, L. A. A alma, o corpo e a psicanálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 5-39, 1997.

BALTRUSCH, H. J.; STANGEL, W.; TITZE, I. Stress, cancer and immunity: new developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. **Acta Neurologica**, Napoli, v. 13, n. 4, p. 315-327, 1991.

BANDEIRA, M. F.; BARBIERI, V. Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 295-304, 2007.

BARBOSA, A. M. S. Viagem ao vale da morte: estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991. p. 159-180.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução L. A. Reto, A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.

BLAZÚS, J. V. **Rotinas em cirurgia conservadora da mama**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BIRMAN, J. **Freud e a experiência psicanalítica**. Rio de Janeiro: Taurus, 1989.

BLEICHMAR, H. **Depressão**: um estudo psicanalítico. Tradução M. C. Tschiedel. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BLEIKER, E. M.; POUWER, F.; VAN DER PLOEG, H. M.; LEER, J. W.; ADER, H. J. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. **Patient Education and Counseling**, Amsterdam, v. 40, n. 3, p. 209-217, 2000.

BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevistas e grupos. Tradução R. M. M. Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. **Falando sobre doenças de mama**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996b.

_____. Controle do câncer de mama: documento de consenso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004.

_____. **Estimativas 2008**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

BUNEMER, E. Desafetação: a dificuldade de investir no objeto. **IDE**, São Paulo, v. 26, p. 28-42, 1995.

BUTOW, P. N.; HILLER, J. E.; PRICE, M. A.; THACKWAY, S. V.; KRICKER, A.; TENNANT, C. C. Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style and personality factors in the development of breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 49, n. 3, p. 169-181, 2000.

CAÏN, J. Contratransferência e psicossomática. In: McDOUGALL, J.; GACHELIN, G.; AULAGNIER, P.; MARTY, P.; LORIOD, J.; CAÏN, J. **Corpo e história**. Tradução L. Y. Massuh. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 213-266.

CAMPBELL, D. T.; STANLEY, J. C. **Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social**. Tradução M. Kitaigorodzki. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

CAPITÃO, C. G.; SCORTEGAGNA, S. A.; BAPTISTA, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2005.

CARVALHO, M. M. M. J. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.

CARVALHO, V. A. Personalidade e câncer. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Introdução à psico-oncologia**. Campinas: Psy, 1994. p. 65-78.

CARVER, C. S.; MEYER, B.; ANTONI, M. H. Responsiveness to threats and incentives, expectancy of recurrence, and distress and disengagement: moderator effects in women with early stage breast cancer. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 68, n. 6, p. 965-975, 2000.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 66, n. 1, p. 184-195, 1994.

CARVER, C. S.; SMITH, R. G.; ANTONI, M. H.; PETRONIS, V. M.; WEISS, S.; DERHAGOPIAN, R. P. Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. **Health Psychology**, Washington, v. 24, n. 5, p. 508-516, 2005.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação cultural do processo saúde-doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 91-106, 1993.

CECCARELLI, P. R. Joyce McDougall: uma apresentação. **Percursos**, São Paulo, v. 18, p. 104-106, 1997.

CHABERT, C. **Psicanálise e métodos projetivos**. Tradução A. J. Lelé, E. M. A. C. Silva. São Paulo: Vetor, 2004.

CHIATTONE, H. B. C. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A.; CHIATTONE, H. B. C.; NICOLETTI, E. A. (Orgs.). **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p. 73-110.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Testes psicológicos**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS 196/96**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

COUSSON-GELIE, F. Breast cancer, coping and quality of life: a semi-prospective study. **European Review of Applied Psychology**, Paris, v. 50, n. 3, p. 315-320, 2000.

CROYLE, R. T.; SMITH, K. R.; BOTKIN, J. R.; BATY, B.; NASH, J. Psychological responses to BRCA1 mutation testing: preliminary findings. **Health Psychology**, Washington, v. 16, n. 1, p. 63-72, 1997.

CUNHA, J. A. Estratégias de avaliação: perspectivas em psicologia clínica. In: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 19-22.

CUNNINGHAM, A.; EDMONDS, C.; PHILLIPS, C.; SOOTS, K.; HEDLEY, D.; LOCKWOOD, G. A prospective longitudinal study of the relationship of psychological work to duration of survival in patients with metastatic cancer. **Psycho-oncology**, Hoboken, v. 9, n. 4, p. 323-339, 2000.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. O corpo em psicanálise: algumas considerações. **Psychê**, São Paulo, v. 5, p. 53-63, 2000.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

D'ANDREA, F. F. **Desenvolvimento da personalidade: enfoque psicodinâmico**. Rio de Janeiro: Bertrandt, 2000.

DAUNE, F. Aspects psychologiques du cancer du sein. **Revue Medicale de Bruxelles**, Bruxelles, v. 16, n. 4, p. 245-247, 1995.

DEBRAY, R. **O equilíbrio psicossomático**. Tradução J. Souza, M. Werneck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

DECLERCK, C. H.; DE BRABANDER, B.; BOONE, C.; GERITS, P. Locus of control, marital status and predictors of early relapse in primary breast cancer patients. **Psychology and Health**, London, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2002.

DEL VOGO, M. J. **O instante de dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna**. Tradução M. Gambini. São Paulo: Escuta, 1998.

DE MARCO, M. A. A evolução da medicina. In: DE MARCO, M. A. (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 23-41.

DUIJTS, S. F.; ZEEGERS, M. P.; BORNE, B. V. The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis. **International Journal of Cancer**, New York, v. 107, n. 6, p. 1023-1029, 2003.

ECKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 77-87.

EYSENCK, H. J. Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. **Journal of Personality**, Malden, v. 58, p. 245-261, 1990.

FACHEL, J. M. G.; CAMEY, S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. In: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 158-170.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da personalidade**. Tradução C. P. Sampaio, S. Safolié. São Paulo: Harper & Row, 1979.

FENICHEL, O. **Teoria psicanalítica das neuroses**: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica. Tradução S. P. Reis. Atheneu: Rio de Janeiro, 2005. (Original publicado em 1946).

FERNANDES, M. H. As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RAÑNA, W. (Orgs.). **Psicossoma III**: interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 107-129.

FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma**: psicossomática psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 23-38.

_____. **Normopatia**: sobreadaptação e pseudonormalidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. Normopatia, psicose latente e somatização. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RAÑNA, W. (Orgs.). **Psicossoma III**: interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 279-295.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Tradução C. Sussekind. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. L.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DeLONGIS, A.; GRUEN, R. J. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 50, n. 5, p. 992-1003, 1986.

FORATTINI, O. P. **Epidemiologia geral**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.

FRANÇA E SILVA, E. **O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira**: manual de aplicação e interpretação. São Paulo: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1984.

FREDETTE, S. L. Breast cancer survivors: concerns and coping. **Cancer Nursing**, New York, v. 18, n. 1, p. 35-46, 1995.

FREITAS, N. K. Teste de Apercepção Temática conforme o modelo interpretativo de Murray. In: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 399-409.

FREUD, S. Sobre a interpretação das afasias. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 230-231. (Original publicado em 1891).

_____. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 237-238. (Original publicado em 1893).

_____. As neuropsicoses de defesa. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 53-66. (Original publicado em 1894a).

_____. Carta 18. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. L. Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, p. 233-234. (Original publicado em 1894b).

_____. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 93-115. (Original publicado em 1895a).

_____. Rascunho G: melancolia. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. L. Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, p. 246-253. (Original publicado em 1895b).

_____. Projeto para uma psicologia científica. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. L. Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, p. 395-452. (Original publicado em 1895c).

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3, p. 251-270. (Original publicado em 1898).

_____. A psicologia dos processos oníricos. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução W. I. Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 5, p. 541-645. (Original publicado em 1900).

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7, p. 19-116. (Original publicado em 1905a).

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 7, p. 128-229. (Original publicado em 1905b).

_____. Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. A. M. Rego. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 9, p. 149-154. (Original publicado em 1908).

_____. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 10, p. 15-133. (Original publicado em 1909a).

_____. Quinta lição. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução W. I. Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 11, p. 46-51. (Original publicado em 1909b).

_____. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução W. I. Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 11, p. 73-141. (Original publicado em 1910).

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução T. O. Brito; P. H. Britto; C. M. Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 81-108. (Original publicado em 1911).

_____. Totem e tabu. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução O. C. Muniz. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 13, p. 21-162. (Original publicado em 1913a).

_____. A disposição à neurose obsessiva: uma contribuição ao problema da escolha da neurose. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12, p. 341-349. (Original publicado em 1913b).

_____. O inconsciente. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução T. O. Brito; P. H. Britto; C. M. Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 171-209. (Original publicado em 1915a).

_____. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução T. O. Brito; P. H. Britto; C. M. Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 285-309. (Original publicado em 1915b).

_____. Conferência XXII: algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. L. Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 16, p. 343-360. (Original publicado em 1917a).

_____. Conferência XXVIII: terapia analítica. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. L. Meurer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 16, p. 449-463. (Original publicado em 1917b).

_____. Além do princípio de prazer. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução C. M. Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 18, p. 17-85. (Original publicado em 1920).

_____. O ego e o id. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19, p. 27-71. (Original publicado em 1923).

_____. Neurose e psicose. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19, p. 167-171. (Original publicado em 1924).

_____. A negativa. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19, p. 265-269. (Original publicado em 1925a).

_____. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução J. O. A. Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19, p. 277-286. (Original publicado em 1925b).

_____. Inibições, sintomas e ansiedade. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução C. M. Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20, p. 91-170. (Original publicado em 1926).

_____. Análise terminável e interminável. In: SALOMÃO, J. (Org.). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução M. A. M. Rego. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 23, p. 231-270. (Original publicado em 1937).

GANDINI, R. C. Vínculos afetivos significativos e câncer de mama. In: ROSA, J. T.; SILVA, J. C. V. D. V. (Orgs.). **Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 517-544.

GIMENES, M. G. G. A mulher após a mastectomia: alternativas para a intervenção psicológica. In: GIMENES, M. G. G. (Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy, 1997a. p. 149-171.

_____. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In: GIMENES, M. G. G. (Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy, 1997b. p. 111-147.

GONÇALVES, S. M. C. M.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 4, n. 1, p. 141-159, 1999.

GOLDEN-KREUTZ, D. M.; ANDERSEN, B. L. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. **Psycho-Oncology**, Hoboken, v.13, n. 3, p. 211-220, 2004.

GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. Tradução C. M. Bori. São Paulo: Nacional, 1979.

GRASSI, L. Psychopathology and psychiatric disorders among breast cancer patients. **Minerva Psichiatrica**, Torino, v. 46, n. 2, p. 105-117, 2005.

GÜNTERT, A. E. V. A. Técnicas projetivas: o geral e o singular em avaliação psicológica. In: SISTO, F. F.; SBARDELINI, E. T. B.; PRIMI, R. (Orgs.). **Contextos e questões da avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 77-84.

HAAGENSEN, C. D. **Doenças da mama**. Tradução A. Ishikawa. São Paulo: Roca, 1989.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da personalidade**. Tradução M. A. V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

HARTMANN, H. **Ego psychology and the problem of adaptation**. New York: International Universities Press, 1958.

HAYNAL, A.; PASINI, W. **Manual de medicina psicossomática**. Tradução M. C. R. Barbosa, R. L. Lana, R. R. Josef. São Paulo: Masson, 1983.

HOGAN, T. P. **Introdução à prática de testes psicológicos**. Tradução L. A. F. Pontes. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

HOLLAND, J. C. Historical overview. In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. (Eds.). **Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer**. New York: Oxford University Press, 1990. p. 3-12.

_____. History of psychooncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 64, p. 206-221, 2002.

HOLLAND, J. C.; LEWIS, S. **The human side of cancer: living with hope, coping with uncertainty**. New York: Harper Collins, 2000.

HORN, A.; ALMEIDA, M. C. P. Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 69-84, 2003.

JACQUEMIN, A. Le “Thematic Apperception Test (TAT)” dans la pratique clinique. **Bulletin de Psychologie Scolaire et d’Orientation**, Bruxelles, v. 30, n. 1, p. 25-31, 1981.

JANSEN, M. A.; MUENZ, L. R. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 28, n. 1, p. 35-42, 1984.

KALTENBECK, F. A complacência somática. Tradução L. Forbes. In: WARTEL, R. (Org.). **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987. p. 57-67.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução D. Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KAPLAN, H. S. A neglected issue: the sexual side effects of currents treatments for breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**, New York, v. 18, n. 1, p. 3-19, 1992.

KERLINGER, F. N. **Metodologia de pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. Tradução H. M. Rotundo. São Paulo: EPU, 1980.

KOCK, H. A.; PEIXOTO, J. E.; NEVES, A. L. E. Análise da infra-estrutura para a mamografia. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 33, p. 23-29, 2000.

KUSNETZOFF, J. C. **Introdução à psicopatologia psicanalítica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise**. Tradução P. Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Original publicado em 1982).

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LAZARUS, R. S.; MONAT, A. **Personalidade**. Tradução V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

LEHTO, U. S.; OJANEN, M.; KELLOKUMPU-LEHTINEN, P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. **Annals of Oncology**, Oxford, v. 16, n. 5, p. 805-816, 2005.

LeSHAN, L. **You can fight for your life: emotional factors in the causation of cancer**. New York: Evans, 1977.

LEVIN, T.; KISSANE, D. W. Psychooncology: the state of its development in 2006. **European Journal of Psychiatry**, Zaragoza, v. 20, n. 3, p. 189-197, 2006.

LILJA, A.; SMITH, G.; MALMSTROM, P.; SALFORD, L. G.; IDVALL, I.; HORSTMAN, V. Psychological profile in patients with stages I and II breast cancer: associations of psychological profile with tumor biological prognosticators. **Psychological Reports**, Missoula, v. 92, n. 3, p. 1187-1198, 2003.

LIPP, M. O diagnóstico do stress em adultos. In: LIPP, M. (Org.). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Papirus: Campinas, 2004. p. 53-58.

LOPES, E. R.; REBELO, M. S.; ADIB, A. R.; ABREU, E. Câncer de mama: epidemiologia e grupos de risco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 105-116, 1996.

LOUREIRO, S. R.; ROMARO, R. A. Caracterização da função lógica a partir de índices detectados através da Bateria de Grafismos de Hammer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 117-123, 1987.

LOURENÇÃO VAN KOLCK, O. **Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1981.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, S. C. E. P.; VASCONCELLOS, M. C. G. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In: CORDIOLI, A. V. (Org.). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: ArtMed, 1998. p. 137-143.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MAMEDE, M. V. **Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial**. 1991. 140 f. Tese (Livre-docência em Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

MANNING-WALSH, J. Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, Washington, v. 34, n. 4, p. 482-493, 2005.

MARSZAL-WISNIEWSKA, M.; ZAKRZEWSKA, T. Temperament and defensive coping styles as risk factors in breast cancer. **Polish Psychological Bulletin**, Warsaw, v. 35, n. 1, p. 15-23, 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1994.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Tradução P. C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Mentalização e psicossomática**. Tradução A. E. V. A. Güntert. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MARTY, P.; LORIOD, J. Funcionamento mental e funcionamento somático. Tradução L. Y. Massuh. In: McDOUGALL, J.; GACHELIN, G.; AULAGNIER, P.; MARTY, P.; LORIOD, J.; CAÏN, J. (Orgs.). **Corpo e história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 151-211.

MARTY, P.; M'UZAN, M. O pensamento operatório. Tradução V. A. C. Beusson. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 165-174, 1994. (Original publicado em 1962).

MARTY, P.; M'UZAN, M.; DAVID, C. **L'investigation psychosomatique**. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.

MASSIE, M. J.; HOLLAND, J. C. Psychological reactions to breast cancer in the pre- and post-surgical treatment period. **Seminars in Surgical Oncology**, Hoboken, v. 7, n. 5, p. 320-325, 1991.

MASSIE, M. J.; HOLLAND, J. C.; STRAKER, N. Psychotherapeutic interventions. In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. (Eds.). **Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer**. New York: Oxford University Press, 1990. p. 455-469.

MATOS E SOUZA, F. G.; RIBEIRO, R. A.; SILVA, M. S. B.; IVO, P. S. A.; LIMA JÚNIOR, V. S. Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 207-214, 2000.

McBRIDE; C. M.; CLIPP, E.; PETERSON, B. L.; LIPKUS, I.M.; DEMARK, W. W. Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. **Psycho-oncology**, Hoboken, v. 9, n. 5, p. 418-427, 2000.

McCRAE, R. R.; JOHN, O. P. An introduction to the Five-Factor Model and its applications. **Journal of Personality**, Malden, v. 60, p. 175-216, 1992.

McDOUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade**: teoria e clínica psicanalítica. Tradução C. E. Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. The “dis-affected” patient: reflections on affect pathology. **Psychoanalytic Quarterly**, Albany, v. 53, p. 386-409, 1984.

_____. **Teatros do eu**. Tradução O. Coddá. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

_____. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. Tradução P. H. B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____. Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente. Tradução N. J. P. Franch. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 75-98, 1994.

_____. Um corpo para dois. Tradução L. Y. Massuh. In: McDOUGALL, J.; GACHELIN, G.; AULAGNIER, P.; MARTY, P.; LORIOD, J.; CAÏN, J. (Orgs.). **Corpo e história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 9-46.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática**: visão atual. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

MENAHM, R. **Joyce McDougall**. Tradução M. Seincman. São Paulo: Via Lettera, 2001.

MILLAR, K.; PURUSHOTHAM, A. D.; McLATCHIE, E.; GEORGE, W. D.; MURRAY, G. D. A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after

treatment for breast cancer. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 58, n. 4, p. 335-342, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MONTAGNA, P. A respeito de Joyce McDougall. **IDE**, São Paulo, v. 16, p. 39-41, 1988.

MORVAL, M. V. G. **Le TAT et les fonctions du moi**. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 1982.

MÜLLER, M. C.; HOFFMANN, F. S.; FLECK, P. A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In: WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). **Temas em psicologia clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 203-208.

MURRAY, H. A. **Explorations in personality**. New York: Oxford University Press, 1959.

_____. **Teste de Apercepção Temática**. Tradução A. Cabral. São Paulo: Mestre Jou, 1973. (Original publicado em 1943).

NASCIMENTO, M. G. R. A natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. In: CASSORLA, R. M. S. (Org.). **Da morte: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991. p. 51-78.

NEME, C. M. B.; KATO, S. Mulheres com câncer de mama: crenças sobre a doença e temores quanto ao tratamento. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (Orgs.). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003. p. 125-147.

NORTHHOUSE, L. L. Psychological impact of the diagnosis of breast cancer on the patient and her family. **Journal of American Medical Women's Association**, Alexandria, v. 47, n. 5, p. 161-164, 1992.

OKAMURA, M.; YAMAWAKI, S.; AKECHI, T.; TANIGUCHI, K.; UCHITOMI, Y. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v. 35, n. 6, p. 302-309, 2005.

O'MAHONEY, J. M.; CARROLL, R. A. The impact of breast cancer and his treatment on marital functioning. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, Gainesville, v. 4, n. 4, p. 397-415, 1997.

OWEN, J.; KLAPOW, J.; HICKEN, B.; TUCKER, D. Psychosocial interventions for cancer: review and analysis using a three-tiered outcomes model. **Psycho-oncology**, Hoboken, v. 10, n. 3, p. 218-230, 2001.

PAYNE, D. K.; SULLIVAN, M. D.; MASSIE, M. J. Women's psychological reactions to breast cancer. **Seminars in Oncology**, Philadelphia, v. 23, v. 1, p. 89-97, 1996. Supplement 2.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PERES, R. S. A psicanálise no divã. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, p. 309-311, 2005.

_____. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. **Interações**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, 2005.

_____. Relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência após o transplante de medula óssea: revisão da literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 341-349, 2006a.

_____. **A exclusão do afeto e a alienação do corpo**. São Paulo: Vetor, 2006b.

PINOTTI, J. A.; NISIDA, A. C. T.; TEIXEIRA, L. C.; FIGUEIRA FILHO, A. S. Câncer de mama: tratamento conservador. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000. v. 3, p. 2055-2064.

PIRO, M.; ZELDOW, P. B.; KNIGHT, S. J.; MYTKO, J. J.; GRADISHAR, W. J. The relationship between agentic and communal personality traits and psychosocial adjustment to breast cancer. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**, Gainesville, v. 8, n. 4, p. 263-271, 2001.

PORTUONDO, J. **Cuatro técnicas en el Test de Apercepción Temática y la autobiografía como técnica proyectiva.** Madri: Biblioteca Nueva, 1970.

POSTONE, M. D. Psychotherapy with cancer patients. **American Journal of Psychotherapy**, New York, v. 52, n. 4, p. 412-424, 1998.

PRADO, M. A. S.; MAMEDE, M. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. A prática da atividade física em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 494-502, 2004.

RAMOS JÚNIOR, J. **Personalidade.** São Paulo: Sarvier, 1991.

REZENDE, V.; BOTECA, N. J. Grupo de apoio psicológico a mulheres com câncer de mama: principais fantasias inconscientes. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 39-48, 1998.

RHODES, R. E.; COURNEYA, K. S.; BOBICK, T. M. Personality and exercise participation across the breast cancer experience. **Psycho-Oncology**, Hoboken, v. 10, n. 5, p. 380-388, 2001.

ROCHA, F. J. B. A psicanálise e os pacientes somatizantes: introdução às idéias de Joyce McDougall. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27-41, 1988.

RODRIGUES, A. L.; RODRIGUES, D. M. Introdução à história da medicina psicossomática. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, São Caetano do Sul, v. 3, n. 2, p. 79-85, 1991.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 231-238, 1998.

ROMARO, R. A. A questão do diagnóstico em psicoterapia breve. In: SISTO, F. F.; SBARDELINI, E. T. B.; PRIMI, R. (Orgs.). **Contextos e questões da avaliação psicológica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 13-29.

ROSSI, L.; SANTOS, M.A. Repercussões psicológicas do adoecimento e do tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003.

ROUDINESCO, E. **História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos**. Tradução V. Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. G. (Org.). **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy, 1997. p. 43-70.

SANTOS, M. A. **A representação de si e do outro na esquizofrenia: um estudo através do exame de Rorschach**. 1996. 426 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **Saúde Mental, Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n.1, p. 1-15, 2007.

SANTOS, M. A.; MOSCHETA, M. S.; PERES, R. S.; ROCHA, F. P. Atuação em psico-oncologia: atenção interdisciplinar a mulheres mastectomizadas. In: SIMON, C. P.; MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A. (Orgs.). **Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática profissional**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 379-394.

SANTOS FILHO, O. C. Histeria, hipocondria e fenômeno psicossomático. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 108-112.

_____. Psicanálise do paciente "psicossomático". **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 111-128, 1994.

SASAKI, T. Câncer de mama. In: CAMARGO, M. C.; MARX, A. C. (Orgs.). **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000. p. 17-34.

SCHÁVELZON, J. Sobre psicossomática e câncer. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 215-226.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S.; BRIDGES, M. W. Optimism, pessimism, and psychological well-being. In: CHANG, E. C. (Ed.). **Optimism and pessimism: implications for theory, research and practice**. Washington: American Psychological Association, 2001. p. 189-216.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **Teorias da personalidade**. Tradução E. Kanner. São Paulo: Thomson, 2002.

SCHOU, I.; EKEBERG, O.; SANDVIK, L.; HJERMSTAD, M. J.; RULAND, C. M. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer: data from a year follow-up study compared with the general population. **Quality of Life Research**, Amsterdam, v. 14, n. 8, p. 1813-1823, 2005.

SCHWARTZ, G. E.; WEISS, S. M. Behavioral medicine revisited: an amended definition. **Journal of Behavioral Medicine**, Amsterdam, v. 1, p. 249-251, 1978.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S. M. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. Tradução I. O. Ribeiro. São Paulo: Herder, 1965.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1965.

SERVAES, P.; VINGERHOETS, A. J. J. M.; VREUGDENHIL, G.; KEUNING, J. J.; BROEKHUIJSEN, A. M. Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. **Behavioral Medicine**, Washington, v. 25, n. 1, p. 23-27, 1999.

SIFNEOS, P. E. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 22, p. 255-262, 1973.

SILVA, A. F. R.; CALDEIRA, G. Alexitimia e pensamento operatório: a questão do afeto na Psicossomática. In: MELLO FILHO, J. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 113-118.

SILVA, M. C. V. M. **Aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática**. São Paulo: EPU, 1989.

SILVA, M. L. E. **Interpretação de testes projetivos: projeção e representação**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

SIMANKE, R. T. Loucura e psicose no âmbito da psicopatologia psicanalítica. In: SIMANKE, R. T.; CAROPRESO, F. (Orgs.). **Temas de introdução à psicanálise freudiana**. São Carlos: EdUFSCar, 2006. p. 126-155.

SIMON, R. Pesquisa combinando técnicas projetivas e psicanálise. In: SILVA, M. E. L. (Org.). **Investigação e psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993. p. 159-171.

SMADJA, C. Le modèle psychosomatique de Pierre Marty. **Revue Française de Psychosomatique**, Paris, v. 7, p. 7-25, 1995.

SOUZA, A. Z.; HEGG, R.; AGUIAR, L. F. Câncer de mama: tratamento radical e prognóstico. In: HALBE, H. W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 2000. v. 3, p. 2065-2067.

SPARREMBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R. C. Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 434-439, 2003.

SPIEGEL, D.; MORROW, G. R.; CLASSEN, C.; RAUBERTAS, R.; STOTT, P. B.; MUDALIAR, N.; PIERCE, H. I.; FLYNN, P. J.; HEARD, L.; RIGGS, G. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. **Psycho-oncology**, Hoboken, v. 8, n. 6, p. 482-493, 1999.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 435-454.

STAKE, R. E.; TRUMBULL, D. J. Naturalistic generalization. **Review Journal of Philosophy and Social Science**, Urbana-Champaign, v. 7, n. 1-2, p. 1-12, 1982.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Tradução R. C. Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

SUGAWARA, Y.; AKECHI, T.; OKUYAMA, T.; MATSUOKA, Y.; NAKANO, T.; INAGAKI, M.; IMOTO, S.; FUJIMORI, M.; HOSAKA, T.; UCHITOMI, Y. Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. **Supportive Care in Cancer**, Heidelberg, v. 13, n. 8, p. 628-636, 2005.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 45-56.

TEMOSHOK, L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. **Cancer Surveys**, New York, v. 6, n. 3, p. 545-567, 1987.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, 2003.

TJEMSLAND, L.; SOREIDE, J. A.; MATRE, R.; MALT, U. F. Preoperative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. **Psycho-Oncology**, Hoboken, v. 6, n. 4, p. 311-320, 1997.

TJEMSLAND, L.; SOREIDE, J. A.; MALT, U. F. Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III: status one year after surgery. **Breast Cancer Research and Treatment**, Amsterdam, v. 47, n. 2, p. 141-151, 1998.

TODARELLO, O.; LA PESA, M. W.; ZAKA, S.; MARTINO, V.; LATTANZIO, E. Alexithymia and breast cancer: survey of 200 women undergoing mammography. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 51, n. 1, p. 51-55, 1989.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

URCUYO, K. R.; BOYERS, A. E.; CARVER, C. S.; ANTONI, M. H. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. **Psychology and Health**, London, v. 20, n. 2, p. 175-192, 2005.

VALLES, M. S. **Técnicas cualitativas de investigación social**. Madrid: Síntesis, 1997.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

VERONESI, U. **Mastologia oncológica**. Tradução A. J. Cruz Júnior. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

VIEIRA, W. C. A psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ, F. C.; VOLICH, R. M. (Orgs.). **Psicossoma: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. p. 15-22.

VOLICH, R. M. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; ARANTES, M. A. A. C. (Orgs.). **Psicossoma II: psicossomática psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 17-31.

_____. **Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WALKER, L. G.; EREMIN, O. Psychological assessment and intervention: future prospects for women with breast cancer. **Seminars in Surgical Oncology**, Hoboken, v. 12, n. 1, p. 76-83, 1996.

WALKER, L. G.; HEYS, S. D.; WALKER, M. B.; OGSTON, K.; MILLER, I. D.; HUTCHEON, A. W.; SARKAR, T. K.; AH-SEE, A. K.; EREMIN, O. Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. **European Journal of Cancer**, London, v. 35, n. 13, p. 1783-1788, 1999.

WANDERLEY, K. S. Aspectos psicológicos do câncer de mama. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org.). **Introdução à psiconcologia**. Campinas: Psy, 1994. p. 95-101.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução I. C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. (Original publicado em 1959).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization Quality of Life focus group moderator training**. Geneva: World Health Organization, 1992.

_____. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução D. Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Orgs.). **Quality of life assessment**: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

YIN, R. K. **Case study research**: design and methods. Thousand Oaks: Sage, 1994.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Rodrigo Sanches Peres, sou psicólogo e estou realizando uma pesquisa com mulheres que foram acometidas por câncer de mama. O orientador responsável é o Dr. Manoel Antônio dos Santos, psicólogo e professor da Universidade de São Paulo (USP), na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

O objetivo deste estudo é conhecer melhor as pacientes em questão, para que, desse modo, seja possível aprimorar a assistência que lhes é oferecida nesta instituição e, assim, para que se possa auxiliá-las a superar as dificuldades desencadeadas pela doença e por seu tratamento.

Para isto preciso da colaboração de algumas pacientes e gostaria que você fosse uma delas. Para participar deste estudo você deve estar ciente de que:

- a) sua participação é voluntária e uma recusa não implicará em prejuízos em seu atendimento nesta instituição;
- b) as informações que você fornecer poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, mas sua identidade será sempre preservada;
- c) caso aceite, realizaremos uma entrevista, isto é, conversaremos um pouco, em uma sala reservada, sobre algumas questões relativas à sua vida, sua família, sua doença, seu tratamento e sua saúde. Tais questões são importantes para que seja possível conhecê-la melhor;
- d) além disso, serão realizadas algumas outras atividades, também com o objetivo de conhecê-la melhor. Essas atividades consistem na aplicação de técnicas (testes) de exame psicológico, cujos procedimentos são simples e dispensam conhecimento prévio;
- e) caso você não se oponha, será necessária a utilização de um gravador durante parte do procedimento de coleta de dados, pois é preciso termos certeza de que nada do que você disser será “esquecido”;
- f) a princípio, pensei em dividir sua participação nesta pesquisa em três etapas de aproximadamente uma hora de duração. Cada uma dessas etapas será conduzida em um dia diferente para que você não se canse com os procedimentos a serem realizados. O dia e o horário de cada uma dessas etapas será agendado de acordo com sua disponibilidade. No entanto, vale destacar que deveremos estabelecer um intervalo de no mínimo uma semana entre

a segunda e a terceira sessão em função das características de uma das técnicas que serão utilizadas;

- g) não existe risco significativo em participar desta pesquisa. Contudo, alguns procedimentos podem lhe trazer certo desconforto ou incômodo. Caso haja necessidade, me colocarei à sua disposição para lhe oferecer um atendimento psicológico, em um horário a combinar, reservado especialmente para esse fim;
- h) você é livre para desistir da participação nesta pesquisa em qualquer momento.
- i) eventuais despesas relativas à sua participação nesta pesquisa, tais como transportes e refeições, serão pagas pelos pesquisadores.
- j) caso queira falar comigo, você pode me encontrar no fone (16) 36255044 ou deixar recado se eu estiver ausente. Se você quiser entrar em contato com o pesquisador-responsável, ele pode ser encontrado em sua sala, no Bloco E da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, aqui de Ribeirão Preto, ou no fone (16) 36023645.

Após ter tomado conhecimento destes fatos e aceitar participar da pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto:

Eu _____ aceito participar deste estudo, ciente de que minha participação é voluntária e estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar com a pesquisa, sem nenhuma espécie de prejuízo.

Eu recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de lê-lo.

Assinatura:

Data:

Assinatura do pesquisador-responsável:

Assinatura do orientador-responsável:

ANEXO B

Roteiro semi-estruturado para a entrevista psicológica (Grupo 1)

Rapport

Conforme já lhe informei, faz parte desta pesquisa a realização de uma entrevista, que tem como objetivo conhecê-la um pouco melhor. Conversaremos no máximo por uma hora e se você se sentir cansada em algum momento podemos parar e descansar um pouco.

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua vida pessoal, sua infância, sua juventude, sua família, sua doença, seu tratamento e sua saúde. Você sabe que depois de terminado o trabalho não será possível identificá-la, mas se mesmo assim você não se sentir à vontade com alguma pergunta, pode deixar de respondê-la.

Você se importaria se eu gravasse a sua entrevista? Desse modo eu poderei ter mais certeza de que não perderei nada do que você me disser. Depois estas fitas serão transcritas e desgravadas. Alguma dúvida? Podemos começar?

Identificação

Nome:	Idade:
Data de nascimento: ____ / ____ / 19 ____	Estado civil:
Naturalidade:	Procedência:

1. Composição familiar

Família de origem

Pai:	Idade:
Profissão:	Escolaridade:
Mãe:	Idade:
Profissão:	Escolaridade:

Número de irmãos:

Posição na fratria:

Família constituída

Cônjuge:	Idade:
----------	--------

Profissão:

Filhos (sexo e idade):

Netos (sexo e idade):

2. História Pessoal

Infância

Onde você passou a maior parte de sua infância?

Que lembranças você guarda desta época? Você trabalhava ou brincava a maior parte do tempo? O que você mais gostava de fazer?

O que marcou, positiva ou negativamente, sua infância?

Juventude

Como foi a sua juventude?

Você tinha amigos? O que vocês costumavam fazer?

Você teve muitos namorados?

Instrução

Você chegou a frequentar uma escola? Até que série?

Por que não continuou a estudar? (se for o caso)

Como eram os seus relacionamentos na escola?

Casamento

Você é ou já foi casada?

Com que idade você casou pela primeira vez?

Você teve mais de um casamento ou convivência?

Qual o seu relacionamento que durou mais?

Como é (ou foi) o seu relacionamento atual (ou último)? Como é essa pessoa que está com você?

Esta união corresponde ao que você esperava?

Caso não tenha casado: por que optou - se é que optou - por isso?

Trabalho

Você trabalha? Onde?

Com que idade você começou a trabalhar? O que você fazia?

Que outros trabalhos você teve?

Você gosta do que faz hoje?

Como são os seus relacionamentos no trabalho?

Perdas importantes

Você já sofreu alguma perda importante?

Se sim: que perda foi essa? O que aconteceu? Que idade você tinha?

3. História Familiar**Relacionamento com os pais**

Como era a sua relação com cada um dos seus pais quando você era criança?

Qual era o responsável pela sua educação?

Com qual você tinha mais liberdade?

Como é o seu relacionamento com eles agora?

Irmãos

Quantos irmãos e/ou irmãs você tem?

Como era o seu relacionamento com cada um deles quando vocês eram crianças?

Como é esse relacionamento agora?

Tem algum irmão e/ou irmã que você acredita ser mais ligado(a) a você? Qual?

E você, tem um irmão e/ou irmã com quem se relaciona melhor?

Filhos e netos

Como é seu relacionamento com seus filhos e netos? (se for o caso)

4. Antecedentes de doenças (físicas e mentais)

Você já teve alguma outra doença grave além do câncer de mama?

Você ou alguém de sua família já foi internado(a) em hospitais psiquiátricos?

Histórico de câncer na família

Alguém em sua família já havia tido algum tipo de câncer?

5. Diagnóstico**Comunicação do diagnóstico**

Quando você ficou sabendo do diagnóstico de câncer de mama ? Quem o comunicou?

Como foi feita esta comunicação? Você acha que ela poderia ter sido diferente?

Suspeita do diagnóstico

Você notou que havia algo de errado com sua saúde antes de receber o diagnóstico?

Quando? Como?

O que fez a respeito?

Reação ao diagnóstico

Qual foi a sua reação ao diagnóstico?

Mudou algo em sua vida após a descoberta da doença? O que especificamente?

6. Conhecimentos sobre o câncer de mama

Você já tinha ouvido falar sobre câncer de mama?

Como você ouviu falar?

O que você sabe hoje sobre essa doença?

O que você acredita que possa ter contribuído para o aparecimento desta doença?

7. Tratamento**Modalidades terapêuticas empregadas**

Você foi submetida à cirurgia para o tratamento do câncer de mama? Se sim: De que tipo?

Você foi submetida à reconstrução mamária?

Você foi submetida à quimioterapia? Se sim: Quando? Quantos ciclos foram realizados?

Você foi submetida à radioterapia? Se sim: Quando? Quantos ciclos foram realizados?

Você foi submetida à hormonioterapia?

Você foi submetida à ooforectomia?

Decisão

Como foi a decisão de realizar esse tratamento?

Expectativas

O que você imaginava de seu tratamento antes de ter dado início a ele?

Dificuldades

Você passou por alguma dificuldade durante seu tratamento?

Você teve que deixar de fazer algum tipo de atividade em função do tratamento?

Se sim: Quais atividades? Como você se sentiu com isso? O que isso mudou em sua vida?

Suporte familiar e psicossocial

Seus amigos e familiares a ajudaram de alguma forma a enfrentar a doença e a realizar seu tratamento?

Se sim: De que forma? Em quais circunstâncias?

Como você se sentiu com isso?

Desdobramentos

O que mudou em sua vida após o término de seu tratamento?

O tratamento influenciou de alguma forma seus relacionamentos sociais e familiares?

Se sim: De que forma? Como você se sentiu com isso?

O tratamento influenciou de alguma forma sua vida afetiva?

Se sim: De que forma? Como você se sentiu com isso?

Envolvimento pessoal

Você acha que contribuiu de alguma forma para seu tratamento?

8. Vida Atual**Saúde**

Como está a sua saúde atualmente?

Você tem feito uso de medicamentos?

Você tem sentido alguma coisa diferente (física) nos últimos tempos?

Alimentação e sono

Você tem tido problemas para dormir ou se alimentar?

Você tem tomado algum medicamento para auxiliá-la a dormir ou se alimentar?

Atividades praticadas

Comente a rotina de um dia seu, atualmente.

Preocupações

Quais são as suas maiores preocupações no momento?

Você tomou ou tomará alguma atitude em relação a isso?

9. Projeto de vida**Planos para o futuro**

Quais são os seus planos para o futuro?

O que você acha que poderá realizar? O que você acha que não vai realizar?

ANEXO C

Roteiro semi-estruturado para a entrevista psicológica (Grupo 2)

Rapport

Conforme já lhe informei, faz parte desta pesquisa a realização de uma entrevista, que tem como objetivo conhecê-la um pouco melhor. Conversaremos no máximo por uma hora e se você se sentir cansada em algum momento podemos parar e descansar um pouco.

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua vida pessoal, sua infância, sua juventude, sua família, sua doença, seu tratamento e sua saúde. Você sabe que depois de terminado o trabalho não será possível identificá-la, mas se mesmo assim você não se sentir à vontade com alguma pergunta, pode deixar de respondê-la.

Você se importaria se eu gravasse a sua entrevista? Desse modo eu poderei ter mais certeza de que não perderei nada do que você me disser. Depois estas fitas serão transcritas e desgravadas. Alguma dúvida? Podemos começar?

Identificação

Nome:	Idade:
Data de nascimento: ____ / ____ / 19 ____	Estado civil:
Naturalidade:	Procedência:

1. Composição familiar

Família de origem

Pai:	Idade:
Profissão:	Escolaridade:
Mãe:	Idade:
Profissão:	Escolaridade:

Número de irmãos:

Posição na fratria:

Família constituída

Cônjuge:	Idade:
----------	--------

Profissão:

Filhos (sexo e idade):

Netos (sexo e idade):

2. História Pessoal

Infância

Onde você passou a maior parte de sua infância?

Que lembranças você guarda desta época? Você trabalhava ou brincava a maior parte do tempo? O que você mais gostava de fazer?

O que marcou, positiva ou negativamente, sua infância?

Juventude

Como foi a sua juventude?

Você tinha amigos? O que vocês costumavam fazer?

Você teve muitos namorados?

Instrução

Você chegou a frequentar uma escola? Até que série?

Por que não continuou a estudar? (se for o caso)

Como eram os seus relacionamentos na escola?

Casamento

Você é ou já foi casada?

Com que idade você casou pela primeira vez?

Você teve mais de um casamento ou convivência?

Qual o seu relacionamento que durou mais?

Como é (ou foi) o seu relacionamento atual (ou último)? Como é essa pessoa que está com você?

Esta união corresponde ao que você esperava?

Caso não tenha casado: por que optou - se é que optou - por isso?

Trabalho

Você trabalha? Onde?

Com que idade você começou a trabalhar? O que você fazia?

Que outros trabalhos você teve?

Você gosta do que faz hoje?

Como são os seus relacionamentos no trabalho?

Perdas importantes

Você já sofreu alguma perda importante?

Se sim: que perda foi essa? O que aconteceu? Que idade você tinha?

3. História Familiar

Relacionamento com os pais

Como era a sua relação com cada um dos seus pais quando você era criança?

Qual era o responsável pela sua educação?

Com qual você tinha mais liberdade?

Como é o seu relacionamento com eles agora?

Irmãos

Quantos irmãos e/ou irmãs você tem?

Como era o seu relacionamento com cada um deles quando vocês eram crianças?

Como é esse relacionamento agora?

Tem algum irmão e/ou irmã que você acredita ser mais ligado(a) a você? Qual?

E você, tem um irmão e/ou irmã com quem se relaciona melhor?

Filhos e netos

Como é seu relacionamento com seus filhos e netos? (se for o caso)

4. Antecedentes de doenças (físicas e mentais)

Você já teve alguma outra doença grave além do câncer de mama?

Você ou alguém de sua família já foi internado(a) em hospitais psiquiátricos?

Histórico de câncer na família

Alguém em sua família já havia tido algum tipo de câncer?

5. Diagnóstico

Comunicação do diagnóstico

Quando você ficou sabendo do diagnóstico de câncer de mama? Quem o comunicou?

Como foi feita esta comunicação? Você acha que ela poderia ter sido diferente?

Suspeita do diagnóstico

Você notou que havia algo de errado com sua saúde antes de receber o diagnóstico?

Quando? Como?

O que fez a respeito?

Reação ao diagnóstico

Qual foi a sua reação ao diagnóstico?

Mudou algo em sua vida após a descoberta da doença? O que especificamente?

6. Conhecimentos sobre o câncer de mama

Você já tinha ouvido falar sobre câncer de mama?

Como você ouviu falar?

O que você sabe hoje sobre essa doença?

O que você acredita que possa ter contribuído para o aparecimento desta doença?

7. Tratamento

Modalidades terapêuticas empregadas

Você foi submetida à cirurgia para o tratamento do câncer de mama? Se sim: De que tipo?

Você foi submetida à reconstrução mamária?

Você foi submetida à quimioterapia? Se sim: Quando? Quantos ciclos foram realizados?

Você foi submetida à radioterapia? Se sim: Quando? Quantos ciclos foram realizados?

Você foi submetida à hormonioterapia?

Você foi submetida à ooforectomia?

Decisão

Como foi a decisão de realizar esse tratamento?

Expectativas

O que você imaginava de seu tratamento antes de ter dado início a ele?

Dificuldades

Você passou por alguma dificuldade durante seu tratamento?

Você teve que deixar de fazer algum tipo de atividade em função do tratamento?

Se sim: Quais atividades? Como você se sentiu com isso? O que isso mudou em sua vida?

Suporte familiar e psicossocial

Seus amigos e familiares a ajudaram de alguma forma a enfrentar a doença e a realizar seu tratamento?

Se sim: De que forma? Em quais circunstâncias?

Como você se sentiu com isso?

Desdobramentos

O que mudou em sua vida após o término de seu tratamento?

O tratamento influenciou de alguma forma seus relacionamentos sociais e familiares?

Se sim: De que forma? Como você se sentiu com isso?

O tratamento influenciou de alguma forma sua vida afetiva?

Se sim: De que forma? Como você se sentiu com isso?

Envolvimento pessoal

Você acha que contribuiu de alguma forma para seu tratamento?

8. Recidiva**Diagnóstico**

Atualmente você é portadora de que tipo de câncer?

Comunicação da recidiva

Quando você ficou sabendo da ocorrência dessa doença? Quem comunicou o diagnóstico?

Como foi feita esta comunicação? Você acha que ela poderia ter sido diferente?

Suspeita da recidiva

Você notou que havia algo de errado com sua saúde antes de receber o diagnóstico da recidiva?

Quando? Como?

O que você fez a respeito?

Reação ao diagnóstico da recidiva

Qual foi a sua reação ao diagnóstico da recidiva?

Mudou algo em sua vida após a descoberta da recidiva? O que especificamente?

Conhecimentos sobre a doença

O que você sabe hoje sobre essa doença que a está acometendo atualmente?

O que você acredita que possa ter contribuído para o aparecimento desta doença?

9. Tratamento da recidiva**Modalidades terapêuticas empregadas**

Que tipo de tratamento você está fazendo para o tratamento da recidiva?

Decisão

Como foi a decisão de realizar esse tratamento?

Expectativas

O que você espera do tratamento ao qual você está sendo submetida atualmente?

Dificuldades

Você tem passado por alguma dificuldade desde que deu início a esse tratamento?

Você teve que deixar de fazer algum tipo de atividade em função desse tratamento?

Se sim: Quais atividades? Como você se sentiu com isso? O que isso mudou em sua vida?

Suporte familiar e psicossocial

Seus amigos e familiares estão ajudando-a de alguma forma a enfrentar a recidiva e a realizar o tratamento ao qual você está sendo submetida atualmente? Se sim: De que forma? Em quais circunstâncias?

Como você se sente com isso?

Envolvimento pessoal

Você acha que pode contribuir de alguma forma para o tratamento ao qual você está sendo submetida atualmente?

10. Vida Atual**Saúde**

Como está a sua saúde atualmente?

Você tem feito uso de medicamentos?

Você tem sentido alguma coisa diferente (física) nos últimos tempos?

Alimentação e sono

Você tem tido problemas para dormir ou se alimentar?

Você tem tomado algum medicamento para auxiliá-la a dormir ou se alimentar?

Atividades praticadas

Comente a rotina de um dia seu, atualmente.

Preocupações

Quais são as suas maiores preocupações no momento?

Você tomou ou tomará alguma atitude em relação a isso?

11. Projeto de vida

Planos para o futuro

Quais são os seus planos para o futuro?

O que você acha que poderá realizar? O que você acha que não vai realizar?

ANEXO D

Introdução explicativa ao protocolo de avaliação do Teste de Apercepção Temática (TAT)

Com o intuito de sistematizar a classificação das respostas obtidas mediante o emprego do TAT, elaborou-se um protocolo de avaliação especialmente para o presente estudo, tomando-se como base para tanto as categorias de análise e os critérios fornecidos pela literatura científica especializada (MURRAY, 1959; PORTUONDO, 1970; MURRAY, 1973; MORVAL, 1982; FRANÇA E SILVA, 1984; SILVA, 1989; FREITAS, 2000).

Trata-se de um protocolo abreviado, que focaliza basicamente sete categorias de análise, a saber:

1) análise formal	5) condutas do herói
2) identificação do herói	6) pressões do ambiente
3) necessidades do herói	7) desfecho da estória.
4) relações interpessoais do herói	

Serão apresentados a seguir comentários e indicações que podem colaborar no processo de avaliação dos sete itens principais que compõe este protocolo. Cumpre assinalar, por fim, que, para facilitar a avaliação das respostas, aconselhamos ao examinador ter em mãos as pranchas utilizadas. Ademais, vale ressaltar que o examinador deverá utilizar um protocolo para avaliar separadamente as estórias relativas a cada uma das pranchas empregadas.

1. ANÁLISE FORMAL

A análise formal focaliza basicamente os aspectos relacionados ao modo particular do sujeito reagir à tarefa proposta e subdivide-se em cinco categorias distintas, a saber:

1.1 Atitude do sujeito

O examinador deve avaliar neste item a atitude e a postura do sujeito frente à tarefa proposta. Vale destacar, contudo, que algumas das proposições referentes ao comportamento do examinando durante a elaboração das estórias podem estar previamente assinaladas pelo pesquisador no protocolo de avaliação, uma vez que dizem respeito à situação de aplicação do instrumento.

1.2 Adaptação ao estímulo

O examinador deve avaliar neste item a adaptação do sujeito ao estímulo da prancha. Para tanto, deverá optar por uma dentre as três proposições abaixo:

- a) boa: a adaptação pode ser considerada boa quando o sujeito não distorce o estímulo da prancha e não acrescenta e/ou omite detalhes e personagens importantes;
- b) razoável: a adaptação pode ser considerada razoável quando o sujeito distorce de forma pouco significativa o estímulo da prancha e/ou acrescenta ou omite detalhes e personagens secundários ou
- c) inadequada: a adaptação pode ser considerada inadequada quando o sujeito distorce de forma significativa o estímulo da prancha e/ou acrescenta ou omite detalhes e personagens importantes.

1.3 Adaptação às instruções

O examinador deve avaliar neste item a adaptação do sujeito às instruções fornecidas pelo aplicador (*“Gostaria que você me contasse uma história com começo, meio e fim sobre o que você está vendo nessa prancha”*). Para tanto, deverá optar por uma dentre as três proposições abaixo:

- a) boa: a adaptação pode ser considerada boa quando o sujeito inclui correta e espontaneamente em seu relato tanto os três tempos da história (começo, meio e fim) quanto os pensamentos e sentimentos do herói;
- b) razoável: a adaptação pode ser considerada razoável quando o sujeito, mediante a utilização do inquérito, inclui corretamente em seu relato tanto os três tempos da história (começo, meio e fim) quanto os pensamentos e sentimentos do herói ou
- c) inadequada: a adaptação pode ser considerada inadequada quando o sujeito, mesmo com a utilização do inquérito, omite um ou mais dos três tempos da história (começo, meio e fim) e não aborda em seu relato os pensamentos, sentimentos do herói.

1.4 Elaboração e estruturação da história

Na avaliação deste item, o examinador deverá levar em conta basicamente a coerência, clareza e lógica do relato do sujeito, o tipo de vocabulário empregado e verificar a ocorrência de lapsos, hesitações e alterações de pensamento. Vale destacar que o examinador deve assinalar a ocorrência de choque afetivo nos casos em que se verificar tempo de latência elevado (acima de 1 minuto), recusa à prancha, mera descrição do estímulo (mesmo com a utilização do inquérito), elaboração de história sem começo, meio e fim, ocorrência significativa de hesitações, lapsos e alterações de pensamento ou elaboração de história cujo tema se distancia muito do conteúdo sugerido pelo estímulo.

1.5 Mecanismos de defesa

Durante a elaboração das histórias, o examinando usualmente emprega uma série de mecanismos de defesa com o intuito de evitar a eclosão de conflitos e/ou a emergência de conteúdos afetivos. Na avaliação deste item, o examinador deverá identificar os principais mecanismos de defesa empregados pelo sujeito. No entanto, o examinador deve estar atento para diferenciar os mecanismos de defesa utilizados pelo sujeito durante a elaboração da história daqueles empregados pelo herói frente aos conflitos relatados na história, visto que apenas os primeiros devem ser assinalados. Para a avaliação desse item, o examinador deve levar em conta as definições operacionais de cada um dos 14 mecanismos de defesa listados no presente protocolo – as quais foram inspiradas nas proposições de Morval (1982) e Laplanche e Pontalis (2000). Além disso, o examinador pode assinalar a opção “não-classificável”.

a) recalque: operação psíquica que visa a manter distante da consciência representações vinculadas a uma pulsão. O sujeito esforça-se para manter tais representações distantes da consciência basicamente porque a satisfação da pulsão à qual a representação se encontra vinculada é intolerável ao ego e/ou incompatível com as exigências da realidade ou do superego. O conteúdo recalcado, portanto, não emerge de forma direta nos relatos do sujeito submetido à aplicação do TAT. Contudo, sua ocorrência pode ser deduzida quando o sujeito apresenta um bloqueio total diante de uma dada prancha e não consegue sequer descrevê-la, omite uma parte importante da prancha ou conta uma história cujo tema se distancia muito do conteúdo sugerido pelo estímulo.

b) regressão: operação psíquica que promove um retorno às formas anteriores de sentimentos, pensamentos e comportamentos. Usualmente surge como reação a frustrações excessivas – que podem ser decorrentes de circunstâncias externas (limitações impostas pela realidade, por exemplo) ou internas (tais como rigidez superegógica) – ou à insegurança emocional profunda – desencadeada pela incapacidade do sujeito de agir adequadamente em uma certa situação ansiógena. A utilização do mecanismo de defesa em questão geralmente pode ser detectada quando o sujeito submetido à aplicação do TAT hipervaloriza o passado em detrimento do presente e do futuro em seu relato ou transforma repentinamente sua história após abordar temas ansiógenos ou conflitivos.

c) formação reativa: operação psíquica que se caracteriza pelo surgimento de uma reação contrária a um desejo recalcado. Assim sendo, a formação reativa se afigura basicamente como um contra-investimento de um elemento consciente. O emprego da formação reativa no relato de um sujeito submetido à aplicação do TAT pode ser evidenciado quando um personagem manifesta certos desejos

em relação ao outro, mas se comporta como se o desejo em questão fosse seu oposto (sentimento de hostilidade e comportamento afetivo, por exemplo).

d) isolamento: operação psíquica que possibilita o distanciamento de uma certa representação das demais, de tal modo que suas conexões com o restante da existência do sujeito se perdem, parcial ou totalmente. O isolamento geralmente é empregado com o intuito de impedir o contato associativo de uma representação intolerável ao ego com as demais para que não possa ser reproduzida no decorrer da atividade do pensamento, o que provoca uma clara cisão entre a afetividade e o comportamento. A ocorrência do isolamento pode ser verificada quando o relato do sujeito submetido à aplicação do TAT é permeado por pausas, lapsos, hesitações, alterações de pensamento, frases feitas ou apresentado em um contexto situacional e temporal distante.

e) projeção: operação psíquica que permite ao sujeito expulsar de si mesmo e localizar em outras pessoas ou objetos determinadas características suas. Tais características podem ser desconhecidas pelo próprio sujeito ou intoleráveis para o ego em virtude da incompatibilidade das mesmas com as exigências da realidade e/ou do superego. A ocorrência da projeção usualmente pode ser observada quando o sujeito submetido à aplicação do TAT atribui a personagens de idade, status ou gênero diferentes dos seus características que aparentemente são suas.

f) introjeção: operação psíquica que se contrapõe nitidamente à projeção, visto que consiste na interiorização fantasiosa de um objeto externo ou de suas características. Usualmente o sujeito introjeta em seu aparelho psíquico apenas representações que são fontes de prazer, ao passo que projeta representações que causam desprazer. A ocorrência da introjeção pode ser verificada quando o sujeito submetido à aplicação do TAT apresenta em seu relato respostas conformistas que sugerem que as normas sociais ou parentais foram solidamente internalizadas.

g) anulação retroativa: operação psíquica que consiste na utilização de uma certa representação com o intuito de evitar a emergência de outras representações intoleráveis. O sentido da representação utilizada, desse modo, é oposto ao sentido da representação original. Vale destacar, contudo, que a anulação retroativa, ao contrário da formação reativa, não se afigura apenas como um contra-investimento, pois visa à anulação do sentido de uma representação intolerável mediante o emprego de outra representação completamente diferente. A utilização de tal mecanismo de defesa pode ser observada quando o sujeito submetido à aplicação do TAT faz uma afirmação em seu relato e imediatamente a contradiz, substituindo-a por outra diferente.

h) retorno sobre si: operação psíquica que permite a substituição de um objeto externo pelo próprio sujeito. Dessa forma, a pulsão, antes direcionada a um certo objeto, retorna sobre o indivíduo. A

ocorrência de tal mecanismo de defesa pode ser verificada, por exemplo, quando os personagens das histórias de um sujeito submetido à aplicação do TAT recebem “punições” desproporcionais às “faltas” cometidas.

i) sublimação: operação psíquica que possibilita o redirecionamento das pulsões de finalidades sexuais ou agressivas para objetivos socialmente valorizados – tais como a expressão artística e a investigação intelectual. A ação da sublimação, portanto, ocorre sob a influência da realidade exterior e envolve necessariamente um deslocamento significativo de energia libidinal. A ocorrência da sublimação pode ser identificada, por exemplo, quando o sujeito submetido à aplicação do TAT abandona as pulsões sexuais em detrimento de objetivos socialmente valorizados em seu relato ou conta uma história cujo tema se refere a objetivos socialmente valorizados ao visualizar pranchas que não sugerem esse tipo de conteúdo.

j) denegação: operação psíquica que envolve a contestação ou recusa de representações anteriormente recalçadas. Dessa forma, a denegação implica inicialmente na emergência de certas representações recalçadas para a consciência. Portanto, quando um sujeito emprega o mecanismo de defesa em questão, as representações não são negadas, mas sim recusadas ou contestadas após terem sido reconhecidas pela consciência. A ocorrência da denegação pode ser verificada quando o sujeito submetido à aplicação do TAT faz uma afirmação em seu relato e imediatamente a rejeita – sem necessariamente substituí-la por outra diferente.

k) negação: operação psíquica que consiste na recusa de uma representação traumatizante. Vale destacar, contudo, que, quando a negação é empregada, não ocorre a emergência da representação traumatizante para a consciência – tal como pode-se observar nos casos em que o sujeito faz uso da denegação. Pode-se dizer, portanto, que a negação não incide em uma percepção, mas sim em uma teoria explicativa dos fatos. Ademais, cumpre assinalar que a negação, ao contrário da denegação, atua principalmente sobre elementos externos durante a aplicação do TAT. A ocorrência da negação pode ser evidenciada, portanto, quando o sujeito omite ou distorce de forma significativa algum personagem ou detalhe importante das pranchas.

l) racionalização: operação psíquica que se caracteriza pela utilização de uma explicação coerente, lógica ou socialmente aceitável para justificar um comportamento, um sentimento e/ou um pensamento motivado por outras forças. A racionalização não se afigura como um mecanismo de defesa propriamente dito, visto que não incide diretamente sobre a satisfação pulsional. De qualquer forma, possui uma função essencialmente defensiva, pois visa a disfarçar os diversos elementos associados a um conflito. A ocorrência da racionalização pode ser evidenciada quando o sujeito submetido à

aplicação do TAT se preocupa demasiadamente em explicar o porquê de detalhes e/ou fatos de seu relato.

m) intelectualização: operação psíquica que visa ao controle dos afetos e das fantasias mediante a utilização em larga escala do pensamento abstrato. Trata-se de um processo semelhante à racionalização. No entanto, a intelectualização, ao contrário da racionalização, implica essencialmente no domínio e na neutralização dos afetos, e não na atribuição de motivações aceitáveis e coerentes para os mesmos. A ocorrência da intelectualização pode ser evidenciada quando o sujeito submetido à aplicação do TAT confere um tom excessivamente intelectualizado a seu relato e não aborda conteúdos afetivos.

n) inversão de uma pulsão em seu contrário: operação psíquica que possibilita, mediante a passagem da atividade para a passividade, a transformação da meta de uma pulsão. Evidencia-se, portanto, que o retorno sobre si e a inversão de uma pulsão em seu contrário se encontram estreitamente vinculados um ao outro. A ocorrência da inversão de uma pulsão em seu contrário pode ser verificada, por exemplo, quando um dos personagens do relato do sujeito submetido à aplicação do TAT inicialmente se comporta de forma agressiva e posteriormente age passivamente.

2. IDENTIFICAÇÃO DO HERÓI

Na avaliação deste item, o examinador deverá reconhecer o herói da estória, ou seja, o personagem (ou personagens) principal do relato (estando ele ou não representado na prancha). Cumpre assinalar, contudo, que o herói nem sempre é a figura central do estímulo veiculado pela prancha. Usualmente o herói é o personagem do mesmo gênero e de idade aproximada em comparação com o sujeito. Não obstante, em alguns relatos a identificação do herói pode ser custosa. Nesses casos, deve-se levar em conta que o herói tende a ser o primeiro personagem evocado, o personagem descrito com maiores detalhes pelo sujeito e/ou o personagem que ocupa um papel central no desenvolvimento da estória. Vale destacar, por fim, que o sujeito eventualmente também pode contar uma estória sem herói.

3. NECESSIDADES DO HERÓI

As necessidades dizem respeito às forças que conduzem o herói a certas tendências e/ou ações e podem ser identificadas por meio de declarações explícitas do sujeito ou a partir do comportamento do herói na estória. Na avaliação deste item solicita-se ao examinador distinguir, dentre as 26 necessidades

listadas no presente protocolo, as mais operantes. Para tanto, o examinador deve levar em conta a definição operacional de cada uma delas. Tais definições foram inspiradas nas proposições de Murray (1959) e França e Silva (1984). Além disso, o examinador pode assinalar a opção “não-classificável”.

- a)** necessidade de realização: necessidade de realizar algo difícil, vencer obstáculos, superar a si mesmo e aos outros, manipular e organizar objetos e pessoas para atingir os objetivos.
- b)** necessidade de aquisição: necessidade de trabalhar para adquirir dinheiro, bens, propriedades; necessidade de tentar conseguir algo valioso.
- c)** necessidade de aventura: necessidade de aventurar-se, conhecer novos lugares, viajar, realizar expedições, buscar tesouros.
- d)** necessidade de curiosidade: necessidade de observar, investigar, explorar, formular perguntas.
- e)** necessidade de deferência: necessidade de admirar, prestigiar, louvar, apoiar, honrar, elogiar, imitar e/ou sujeitar-se a um modelo ou superior, ou ainda conformar-se com os costumes e tradições.
- f)** necessidade de oposição: necessidade de opor-se a algo ou alguém que dificulta a realização de seus objetivos; redobrar os esforços frente ao fracasso; lutar para recuperar o orgulho ameaçado, ferido ou perdido.
- g)** necessidade de excitação emocional: necessidade de buscar excitação emocional em relações afetivas, viagens, aventuras, na procura temerária do perigo ou de qualquer outra forma.
- h)** necessidade de nutrição: necessidade de comer e beber, buscar prazer na alimentação.
- i)** necessidade de passividade: necessidade de submeter-se aos outros por apatia, fraqueza ou indiferença; necessidade de repousar, desfrutar de calma, relaxamento, descanso ou sono.
- j)** necessidade de entretenimento: necessidade de divertir-se, rir, fazer piadas, participar de jogos, brincadeiras e atividades lúdicas.
- k)** necessidade de sensualidade: necessidade de procurar prazer na luxúria e sensualidade.
- l)** necessidade de retenção: necessidade de manter-se preso a algo ou alguém, colecionar e conservar objetos, recusar-se a emprestar objetos com medo do roubo ou do dano do mesmo.
- m)** necessidade de conhecimento: necessidade de lutar para obter conhecimento e sabedoria, pensar, refletir, estudar.
- n)** necessidade de afiliação: necessidade de ligar-se afetivamente e permanecer fiel a alguém, fazer amizades e mantê-las, tornar-se íntimo de alguém.
- o)** necessidade de agressão: necessidade de atacar, lutar, opor-se a algo ou alguém mediante o uso da força, revidar à injúria.

- p)** necessidade de dominância: necessidade de influenciar o comportamento e/ou os sentimentos das outras pessoas; liderar, dominar.
- q)** necessidade de proteção reclamada: necessidade de buscar ajuda, proteção, consolo, perdão.
- r)** necessidade de proteção exercida: necessidade de exercer proteção sobre algo ou alguém; ajudar outras pessoas, ser prestativo, consolar e perdoar.
- s)** necessidade de reconhecimento: necessidade de aprovação, reconhecimento; desejo de vangloriar-se, receber aplausos, ser prestigiado.
- t)** necessidade de rejeição: necessidade de abandonar, repelir, desprezar ou tornar-se indiferente a algo ou alguém considerado inferior.
- u)** necessidade de sexo: necessidade de planejar e manter relações sexuais.
- v)** necessidade de mudança: necessidade de mudar, mediante o próprio esforço, uma determinada situação ou certas características das pessoas.
- x)** necessidade de humilhação: necessidade de submeter-se passivamente à força externa, resignar-se, render-se, censurar-se, aceitar injúria, censura, crítica, punição, admitir inferioridade, erro, fracasso, desejar sofrimento e infortúnios.
- y)** necessidade de autonomia: necessidade de ser independente, libertar-se de restrições, resistir à coerção, não se sentir obrigado a cumprir ordens de superiores.
- z)** necessidade de autodefesa psíquica: necessidade de tentar evitar a dor psíquica, associada principal, mas não necessariamente, à humilhação, indiferença, escárnio, ridículo, zombaria e sarcasmo de terceiros; necessidade de reprimir a ação temendo o fracasso.
- a1)** necessidade de autodefesa física: necessidade de tentar evitar a dor física, a doença e a morte, escapando de situações perigosas ou tomando medidas preventivas.

4. RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO HERÓI

Na avaliação deste item, solicita-se ao examinador identificar o modo como o herói interage com os demais personagens da estória. Para tanto, o examinador deverá utilizar as 10 variáveis propostas no presente protocolo, as quais foram inspiradas nas proposições de Freitas (2000) e dispensam maiores comentários. Além disso, o examinador pode assinalar a opção “não-classificável”.

a) domínio	f) agressão
b) submissão	g) gratidão
c) dependência	h) ingratidão
d) independência	i) introversão
e) medo	j) extroversão

5. CONDUTAS DO HERÓI

Em linhas gerais, as condutas podem ser definidas como os meios empregados pelo herói para satisfazer suas necessidades. Na avaliação deste item, o examinador deve analisar o nível evolutivo, o nível de performance e o estilo das condutas do herói.

5.1 Nível evolutivo

O nível evolutivo das condutas refere-se ao grau de socialização das mesmas. Na avaliação deste item, o examinador deverá optar por uma dentre as duas proposições descritas a seguir. Além disso, o examinador pode assinalar a opção “não-classificável”.

- a)** condutas instintivas ou primitivas: referentes a todos os comportamentos que não necessitam de aprendizagem social, tais como: comer, beber, dormir, rir, chorar, bater, etc. Cumpre assinalar, contudo, que as condutas instintivas ou primitivas não são necessariamente anti-sociais.
- b)** condutas de aprendizagem social: referentes aos comportamentos intimamente associados à aprendizagem decorrente do contato social.

5.2 Nível de performance

O nível de performance das condutas refere-se à organização e à eficácia das mesmas frente à satisfação da necessidade. Na avaliação deste item o examinador deverá distinguir, dentre as cinco categorias descritas a seguir, os tipos de conduta adotados pelo herói. Além disso, o examinador pode assinalar a opção “não-classificável”.

- a)** condutas afetivas: reações imediatas associadas às emoções e sentimentos provocados por um dado acontecimento relatado pelo sujeito em sua estória.
- b)** condutas suspensivas: condutas que implicam na suspensão e/ou interrupção do comportamento do herói.

- c) condutas preparatórias: condutas referentes à preparação da ação. Cumpre assinalar, contudo, que as condutas preparatórias nem sempre implicam na satisfação da necessidade do herói.
- d) condutas consumativas: ações voltadas à satisfação da necessidade do herói. Usualmente as condutas desse tipo são descritas no desfecho da estória e podem se mostrar bem-sucedidas ou mal-sucedidas.
- e) condutas fictícias: ações imaginárias decorrentes da impossibilidade real da satisfação da necessidade.

5.3 Estilo da conduta

O estilo da conduta refere-se às características mais marcantes da mesma e será subdividido em doze categorias que dispensam maiores esclarecimentos. Além disso, o examinador pode assinalar a opção “não-classificável”.

a) iniciativa	g) coordenação
b) passividade	h) descoordenação
c) impulsividade	i) tenacidade
d) controle	j) labilidade
e) força	k) plasticidade
f) fraqueza	l) rigidez

6. PRESSÕES DO AMBIENTE

As pressões do ambiente estão associadas a sujeitos ou objetos do meio externo que impedem ou facilitam as ações do herói. Cabe ao examinador na avaliação deste item distinguir as principais pressões exercidas sobre o herói e verificar a influência de tais pressões na ação do herói.

6.1 Tipos de pressão

Na avaliação deste item, o examinador deve identificar, dentre os diversos tipos de pressão existentes, aquelas que, de acordo com o relato do sujeito, exercem maior influência – favorecendo, dificultando ou impedindo – na conduta do herói. Levando-se em conta que as pressões referem-se, em última instância, às necessidades do meio exterior, optou-se por adotar, na avaliação deste item, os mesmos critérios empregados para a análise das necessidades do herói. Dessa forma, na avaliação dos tipos de pressão exercidos sobre o herói, o examinador deve tomar como referência as definições

operacionais de cada um dos tipos de necessidades anteriormente descritos. No entanto, o examinador deve estar atento para distinguir as necessidades do herói das pressões exercidas pelo ambiente.

6.2 Influência sobre a ação do herói

Na avaliação deste item, o examinador deve analisar se as pressões do ambiente favorecem, dificultam, impedem ou não influenciam a ação do herói.

7. DESFECHO DA ESTÓRIA

Na avaliação deste item, o examinador deve verificar se, no final da estória, as necessidades do herói são satisfeitas (sucesso) ou não (fracasso), se tal satisfação é total (satisfação de todas as necessidades) ou parcial (satisfação de algumas necessidades) e encontra-se associada à conduta do herói (voluntário) ou não (involuntário). Cumpre assinalar, contudo, que o desfecho pode ser também ambivalente (quando ocorre sucesso e fracasso ao mesmo tempo), provável (quando o sujeito não indica claramente o que ocorre no final da estória) ou contraditório (quando o sujeito apresenta mais de um desfecho e não opta por nenhum deles). Ademais, a estória pode apresentar ausência de desfecho (quando o sujeito não fala sobre o futuro).

Referências

- FRANÇA E SILVA, E. **O Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira: manual de aplicação e interpretação.** São Paulo: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1984.
- FREITAS, N. K. Teste de Apercepção Temática conforme o modelo interpretativo de Murray. In: CUNHA, J. A. (Org.). **Psicodiagnóstico-V.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 399-409.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da psicanálise.** Tradução P. Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- MORVAL, M. V. G. **Le TAT et les fonctions du moi.** Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 1982.
- MURRAY, H. A. **Explorations in personality.** Nova York: Oxford University Press, 1959.
- _____. **Teste de Apercepção Temática.** Tradução A. Cabral. São Paulo: Mestre Jou, 1973. (Original publicado em 1943).
- PORTUONDO, J. **Cuatro técnicas en el Test de Apercepción Temática y la autobiografía como técnica proyectiva.** Madri: Biblioteca Nueva, 1970.
- SILVA, M. C. V. M. **Aplicação e interpretação do Teste de Apercepção Temática.** São Paulo: EPU, 1989.

ANEXO E

Protocolo de avaliação do Teste de Apercepção Temática (TAT)

Sujeito.....Prancha.....

INSTRUÇÕES

Solicita-se ao examinador

- Observar minuciosamente tanto as histórias quanto o inquérito e
- De acordo com os critérios apresentados no protocolo, identificar com um X a forma específica que cada um dos itens assume nos relatos. Os itens destacados (*) podem assumir mais de uma forma, ao passo que os demais admitem apenas uma resposta.

1. ANÁLISE FORMAL

*1.1 Atitude do sujeito**

a) () crítica à prancha	b) () recusa à prancha
c) () responsividade afetiva exacerbada	d) () responsividade afetiva diminuída
e) () sinais de ansiedade e tensão	f) () riso imotivado ocasional
g) () choro	h) () ausência de sinais de ansiedade e tensão

1.2 Adaptação ao estímulo

a) () boa	b) () razoável	c) () inadequada

1.3 Adaptação às instruções

a) () boa	b) () razoável	c) () inadequada

*1.4 Elaboração e estruturação da história**

a) () história coerente	b) () história pouco coerente
c) () história clara	d) () história pouco clara
e) () história lógica	f) () história pouco lógica
g) () lapsos	h) () alterações de pensamento
i) () hesitações	j) () longos períodos de silêncio
k) () detalhes em excesso	l) () poucos detalhes
m) () linguagem excessivamente rebuscada	n) () linguagem adequada
o) () linguagem excessivamente empobrecida	p) () necessidade de muitas intervenções
q) () ausência de história (mera descrição do estímulo)	r) () choque afetivo

1.5 Mecanismos de defesa*

a) () recalque	b) () regressão	c) () formação reativa	d) () isolamento
e) () projeção	f) () introjeção	g) () anulação retroativa	h) () retorno sobre si
i) () sublimação	j) () denegação	k) () negação	l) () racionalização
m) () intelectualização	n) () inversão de uma pulsão em seu contrário		
o) () não-classificável			

2. IDENTIFICAÇÃO DO HERÓI

Quem é o herói da estória? _____

() não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).

3. NECESSIDADES DO HERÓI*

a) () realização	b) () aquisição	c) () aventura	d) () curiosidade
e) () deferência	f) () oposição	g) () excitação emocional	h) () nutrição
i) () passividade	j) () entretenimento	k) () sensualidade	l) () retenção
m) () conhecimento	n) () afiliação	o) () agressão	p) () dominância
q) () proteção reclamada	r) () proteção exercida	s) () reconhecimento	t) () rejeição
u) () sexo	v) () mudança	x) () humilhação	y) () autonomia
z) () autodefesa psíquica	a1) () autodefesa física		

a2) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).

4. RELAÇÕES INTERPESSOAIS DO HERÓI*

a) () domínio	b) () submissão	c) () dependência	d) () independência
e) () medo	f) () agressão	g) () gratidão	h) () ingratidão
i) () introversão	j) () extroversão	k) () não-classificável	

5. CONDUTAS DO HERÓI

5.1 Nível evolutivo

a) () condutas instintivas ou primitivas	b) () condutas de aprendizagem social
c) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).	

5.2 Nível de performance*

a) () condutas afetivas	b) () condutas suspensivas
c) () condutas preparatórias	d) () condutas consumativas
e) () condutas fictícias	
f) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).	

5.3 Estilo das condutas*

a) () iniciativa	b) () passividade
c) () impulsividade	d) () controle
e) () força	f) () fraqueza
g) () coordenação	h) () descoordenação
i) () tenacidade	j) () labilidade
k) () plasticidade	l) () rigidez
- m) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).

6. PRESSÕES DO AMBIENTE

6.1 Tipos de pressão*

a) () realização	b) () aquisição	c) () aventura	d) () curiosidade
e) () deferência	f) () oposição	g) () excitação emocional	h) () nutrição
i) () passividade	j) () entretenimento	k) () sensualidade	l) () retenção
m) () conhecimento	n) () afiliação	o) () agressão	p) () dominância
q) () proteção reclamada	r) () proteção exercida	s) () reconhecimento	t) () rejeição
u) () sexo	v) () mudança	x) () humilhação	y) () autonomia
z) () autodefesa psíquica	a1) () autodefesa física		
- a2) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).

6.2 Influência da pressão sobre a ação do herói

a) () favorece a ação do herói	b) () não influencia a ação do herói
c) () dificulta a ação do herói	d) () impede a ação do herói
- e) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).

7. DESFECHO DA ESTÓRIA*

a) () sucesso	b) () fracasso
c) () total	d) () parcial
e) () voluntário	f) () involuntário
g) () contraditório	h) () ambivalente
- i) () ausência de desfecho (o sujeito não fala sobre o futuro)
- j) () não-classificável (o relato apresentado pelo sujeito não permite a avaliação deste item).

ANEXO F

Resultados da exploração dos dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Cecília

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Satisfação com o trabalho
	Ocorrência de, ao menos, uma perda importante (não-especificada)
História familiar	Particularidade emocional: busca recorrente de valorização
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária, a despeito da ocorrência de rivalidade fraterna na infância
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada em uma postura ativa
Diagnóstico e tratamento	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva da vida atual
Vida atual e futuro	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Ângela

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola
	Casamento único e duradouro, com avaliação negativa devido a incompatibilidades importantes com o cônjuge
	Satisfação com as atividades domésticas
	Nenhuma perda importante sugerida
	Particularidade emocional: sociabilidade
História familiar	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída, exceto no que se refere ao cônjuge
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída, exceto no que se refere ao cônjuge
	Adaptação baseada em uma postura ativa
Diagnóstico e tratamento	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial, exceto no que se refere ao cônjuge
	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
Vida atual e futuro	Avaliação positiva da vida atual, exceto no que se refere ao cônjuge
	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Paula

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Dificuldades importantes para superação da morte do pai no início da vida adulta e de seus desdobramentos práticos (migração repentina)
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Satisfação com as atividades domésticas
História familiar	Ocorrência de, ao menos, duas perdas importantes (negligência de demandas internas na juventude e morte do pai)
	Particularidade emocional: racionalidade acentuada
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária, a despeito da ocorrência de rivalidade fraterna na infância e da negligência de demandas internas na juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída
Diagnóstico e tratamento	Adaptação baseada em uma atitude conformista
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva da vida atual
Vida atual e futuro	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Mônica

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido ao autoritarismo e à agressividade dos pais
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Dificuldades importantes para superação do rompimento imposto pelos pais com o primeiro namorado
	Casamentos caracterizados por envolvimento emocional superficial, com avaliação negativa de ambos
	Insatisfação com as atividades domésticas
História familiar	Ocorrência de, ao menos, uma perda importante (rompimento imposto pelos pais com o primeiro namorado)
	Particularidade emocional: atitudes imaturas recorrentes
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária devido ao autoritarismo e à agressividade dos pais
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída, exceto no que se refere aos ex-cônjuges
	Atmosfera calorosa na família constituída, mas não na família originária
Diagnóstico e tratamento	Adaptação baseada em uma tendência à teatralidade
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento positivo importante associado ao diagnóstico e ao tratamento (mudanças de temperamento)
	Avaliação positiva da vida atual
Vida atual e futuro	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Ester

Tópicos	Conteúdos
	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido a desavenças com a mãe e os irmãos
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Dificuldades importantes para superação da morte do pai no início da juventude
História pessoal	Casamentos caracterizados por expectativas iniciais idealizadas, com avaliação negativa do primeiro e positiva do segundo
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, três perdas importantes (morte do pai, separação motivada por traição do ex-cônjuge e assassinato do sobrinho)
	Particularidade emocional: rigidez
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária com a mãe e os irmãos e positiva com o pai
História familiar	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída, exceto no que se refere ao ex-cônjuge
	Atmosfera calorosa na família constituída, mas não na família originária
	Adaptação baseada na desconsideração dos riscos da doença
	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (protelação, por iniciativa própria, de exame e cirurgia)
Diagnóstico e tratamento	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento negativo importante associado ao tratamento (mudanças na atividade ocupacional)
Vida atual e futuro	Avaliação positiva da vida atual
	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Joana

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Dificuldades importantes para superação da morte do pai na infância e de seus desdobramentos práticos (evasão escolar)
	Trabalho precoce
	Gravidez precoce
	Casamentos caracterizados por incompatibilidades importantes com os ex-cônjuges, com avaliação negativa de ambos
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, duas perdas importantes (morte do pai e separação motivada por violência do ex-cônjuge)
	Particularidade emocional: estoicismo
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária
História familiar	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída, exceto no que se refere aos ex-cônjuges
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída, exceto no que se refere aos ex-cônjuges
	Adaptação baseada na desconsideração dos riscos da doença
	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (protelação, por iniciativa própria, da cirurgia)
Diagnóstico e tratamento	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento positivo importante associado ao tratamento (fortalecimento na religiosidade)
	Avaliação positiva da vida atual, exceto no que se refere
Vida atual e futuro	à condição marital
	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Quitéria

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido à desagregação familiar
	Avaliação negativa dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Dificuldades importantes para superação da morte da mãe na infância e de seus desdobramentos práticos (mudança para a casa da avó)
	Casamentos caracterizados por expectativas iniciais idealizadas, com avaliação negativa de ambos
	Insatisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
História familiar	Ocorrência de, ao menos, três perdas importantes (morte da mãe, abandono do pai e separação motivada por violência do ex- cônjuge)
	Particularidade emocional: núcleo depressivo acentuado
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária e na família constituída
Diagnóstico e tratamento	Atmosfera pouco calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada na desconsideração dos riscos da doença
	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (protelação, por iniciativa própria, da cirurgia)
	Avaliação negativa do suporte familiar e psicossocial
Vida atual e futuro	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação negativa da vida atual
	Comprometimento de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Ifigênia

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Trabalho precoce
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
História familiar	Ocorrência de, ao menos, duas perdas importantes (morte do pai e traição do ex-noivo)
	Particularidade emocional: sociabilidade
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída
Diagnóstico e tratamento	Adaptação baseada em uma postura ativa
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento positivo importante associado ao tratamento (ampliação da rede social)
Vida atual e futuro	Avaliação positiva da vida atual
	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Anastácia

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, uma perda importante (demissão durante a gestação e seus desdobramentos práticos)
História familiar	Particularidade emocional: atitude cuidadora acentuada
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada em uma postura ativa
Diagnóstico e tratamento	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (interrupção da amamentação)
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento positivo importante associado ao tratamento (maior valorização dos pares)
	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário
	Avaliação positiva da vida atual, exceto no que se refere
Vida atual e futuro	à condição de saúde
	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Catarina

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido a desavenças com a mãe e os irmãos
	Avaliação negativa dos relacionamentos na escola
	Trabalho precoce
	Casamento único e duradouro, com avaliação negativa devido a incompatibilidades importantes com o cônjuge e caracterizado por envolvimento emocional superficial
	Insatisfação com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, duas perdas importantes (evasão escolar devido ao trabalho precoce e perpetuação do casamento em condições insustentáveis)
	Particularidade emocional: estupor melancólico
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera pouco calorosa na família originária e na família constituída
	Perpetuação do casamento em condições insustentáveis (desavenças com a sogra, alcoolismo do cônjuge, rompimento de qualquer envolvimento emocional)
História familiar	Adaptação baseada na desconsideração dos riscos da doença
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação negativa do suporte familiar e psicossocial
Diagnóstico e tratamento	Desdobramento negativo importante associado ao diagnóstico (intensificação do estupor melancólico devido à atribuição do adoecimento às próprias mazelas afetivas)
	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário
Vida atual e futuro	Avaliação negativa da vida atual
	Comprometimento de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Luzia

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido à separação precoce da família de origem
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola
	Trabalho precoce
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, uma perda importante (separação precoce da família de origem)
	Particularidade emocional: estoicismo
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família substituta
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária
	e na família constituída
História familiar	Atmosfera pouco calorosa na família substituta
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada em uma atitude conformista
	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (mobilização emocional intensa)
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
Diagnóstico e tratamento	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário
	Avaliação positiva da vida atual
Vida atual e futuro	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Isabel

Tópicos	Conteúdos
	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido à pobreza
	Indiferença com os relacionamentos na escola e no trabalho
História pessoal	Casamento único e duradouro, com avaliação negativa e caracterizado por envolvimento emocional superficial e atitudes imaturas
	Insatisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Nenhuma perda importante sugerida
	Particularidade emocional: inexpressividade
História familiar	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera pouco calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada em uma atitude conformista
	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (acentuação da inexpressividade emocional)
Diagnóstico e tratamento	Avaliação negativa do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento negativo importante associado ao diagnóstico (sobreinvestimento do trabalho)
	Recidiva vivenciada com menor mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário devido à desconsideração dos riscos da doença
Vida atual e futuro	Avaliação negativa da vida atual
	Comprometimento de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Bárbara

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido ao autoritarismo dos pais
	Avaliação negativa dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Trabalho precoce
	Dificuldades importantes para superação das restrições impostas pelos pais a relacionamentos sociais e amorosos
	Casamento único e duradouro, com avaliação negativa e caracterizado por envolvimento emocional superficial
	Insatisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, duas perdas importantes (evasão escolar devido ao trabalho precoce e limitações impostas pelos pais a relacionamentos sociais e amorosos)
História familiar	Particularidade emocional: rigidez
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera pouco calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada na culpabilização (do médico e do marido)
Diagnóstico e tratamento	Dificuldade importante associada ao diagnóstico (rebaixamento crônico do humor)
	Avaliação negativa do suporte familiar e psicossocial
	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário
Vida atual e futuro	Avaliação negativa da vida atual
	Comprometimento de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Úrsula

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente positivas da infância e juventude
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Migrações constantes a trabalho
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
História familiar	Ocorrência de, ao menos, uma perda importante (morte do filho recém-nascido)
	Particularidade emocional: inexpressividade
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada em uma postura ativa
Diagnóstico e tratamento	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial
	Desdobramento negativo importante associado ao tratamento (acentuação da inexpressividade emocional)
	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário
	Avaliação positiva da vida atual, exceto no que se refere à condição de saúde
Vida atual e futuro	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Emília

Tópicos	Conteúdos
História pessoal	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido à pobreza
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Trabalho precoce
	Dificuldades importantes para superação da prisão do pai na infância e de seus desdobramentos práticos (evasão escolar)
	Casamento único e duradouro, com avaliação positiva e caracterizado pelo companheirismo
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, duas perdas importantes (prisão do pai e negligência de demandas internas na juventude)
	Particularidade emocional: estoicismo
	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária com a mãe e os irmãos e positiva com o pai
	Avaliação positiva dos relacionamentos na família constituída
História familiar	Atmosfera pouco calorosa na família originária
	Atmosfera calorosa na família constituída
	Adaptação baseada em uma atitude conformista
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
Diagnóstico e tratamento	Avaliação positiva do suporte familiar e psicossocial, exceto no que se refere aos irmãos
	Desdobramento negativo importante associado ao tratamento (preocupação hipocondríaca)
	Recidiva vivenciada com maior mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário
	Avaliação positiva da vida atual, exceto no que se refere à condição de saúde
Vida atual e futuro	Manutenção de planos para o futuro

Conteúdos significativos no conjunto de dados obtidos mediante a utilização da entrevista psicológica junto a Madalena

Tópicos	Conteúdos
	Lembranças essencialmente negativas da infância e juventude devido à desagregação familiar
	Avaliação positiva dos relacionamentos na escola e no trabalho
	Dificuldades importantes para superação da morte do pai na infância e de seus desdobramentos práticos (mudança para a casa da avó)
	Trabalho precoce
História pessoal	Casamentos caracterizados por expectativas iniciais idealizadas, com avaliação negativa de ambos
	Satisfação com o trabalho e com as atividades domésticas
	Ocorrência de, ao menos, três perdas importantes (morte do pai e separação motivada por proposta de aborto e traição, respectivamente, dos ex-cônjuges)
	Particularidade emocional: rigidez
História familiar	Avaliação negativa dos relacionamentos na família originária e na família constituída
	Atmosfera pouco calorosa na família originária e na família constituída
	Adaptação baseada em uma atitude conformista
	Nenhuma dificuldade importante associada ao diagnóstico ou ao tratamento
Diagnóstico e tratamento	Avaliação negativa do suporte familiar e psicossocial
	Nenhum desdobramento positivo ou negativo importante associado ao diagnóstico ou ao tratamento
	Recidiva vivenciada com menor mobilização emocional em comparação ao diagnóstico primário devido ao predomínio de respostas somáticas
Vida atual e futuro	Avaliação negativa da vida atual
	Comprometimento de planos para o futuro

ANEXO G

Resultados da avaliação dos dados obtidos mediante a utilização do Teste de Apercepção Temática (TAT)

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Cecília

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	projeção
	intelectualização
	não-classificável
Identificação dos heróis	personagens empreendedores
Necessidades dos heróis	realização
	afiliação
	reconhecimento
Relações interpessoais dos heróis	extroversão
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
	condutas suspensivas
	condutas preparatórias
Nível de performance das condutas	condutas consumativas
	iniciativa
	força
Estilo das condutas	coordenação
	afiliação
	rejeição
Tipos de pressão do ambiente	favorece a ação do herói
	dificulta a ação do herói
Influência das pressões	sucesso
	total
	voluntário

Unidades de codificação mais freqüentes nas histórias produzidas por Ângela

Categorias de análise	Unidades de codificação
	crítica à prancha
Atitude do sujeito	sinais de ansiedade e tensão
	riso imotivado ocasional
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
	estória coerente
Elaboração e estruturação da estória	estória pouco clara
	estória lógica
	hesitações
	negação
Mecanismos de defesa	não-classificável
Identificação dos heróis	personagens ignorados
	proteção exercida
Necessidades dos heróis	afiliação
	passividade
Relações interpessoais dos heróis	não-classificável
	submissão
Nível evolutivo das condutas	condutas instintivas
	condutas afetivas
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	não-classificável
	não-classificável
	controle
Estilo das condutas	coordenação
	fraqueza
	passividade
Tipos de pressão do ambiente	não-classificável
Influência das pressões	favorece a ação do herói
	sucesso
Desfecho da estória	total
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Paula

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	poucos detalhes
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	não-classificável
	anulação retroativa
Identificação dos heróis	personagens hesitantes
Necessidades dos heróis	oposição
	reconhecimento
	afiliação
	não-classificável
Relações interpessoais dos heróis	dependência
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas consumativas
Estilo das condutas	iniciativa
	plasticidade
	controle
Tipos de pressão do ambiente	afiliação
	proteção exercida
Influência das pressões	favorece a ação do herói
Desfecho da história	sucesso
	total
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Mônica

Categorias de análise	Unidades de codificação
	crítica à prancha
Atitude do sujeito	sinais de ansiedade e tensão
	riso imotivado ocasional
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	razoável
	estória pouco coerente
	estória clara
Elaboração e estruturação da estória	estória pouco lógica
	hesitações
	recalque
Mecanismos de defesa	anulação retroativa
	negação
Identificação dos heróis	personagens frustrados
	afiliação
	dominância
Necessidades dos heróis	autonomia
	mudança
	domínio
	submissão
Relações interpessoais dos heróis	medo
	introversão
Nível evolutivo das condutas	condutas instintivas
	condutas afetivas
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas consumativas
	iniciativa
Estilo das condutas	controle
	plasticidade
	passividade
Tipos de pressão do ambiente	dominância
	rejeição
Influência das pressões	dificulta a ação do herói
	sucesso
Desfecho da estória	total
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Ester

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	poucos detalhes
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	isolamento
	intelectualização
	não-classificável
Identificação dos heróis	personagens contemplativos
Necessidades dos heróis	passividade
	afiliação
	autonomia
Relações interpessoais dos heróis	domínio
	extroversão
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas consumativas
	iniciativa
Estilo das condutas	descoordenação
	afiliação
	dominância
	não-classificável
Tipos de pressão do ambiente	dificulta a ação do herói
Influência das pressões	sucesso
Desfecho da história	total
	voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Joana

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	poucos detalhes
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	introjeção
	racionalização
	não-classificável
Identificação dos heróis	personagens esperançosos
Necessidades dos heróis	passividade
	afiliação
	mudança
Relações interpessoais dos heróis	submissão
	não-classificável
Nível evolutivo das condutas	condutas instintivas
	condutas afetivas
	condutas suspensivas
Nível de performance das condutas	condutas consumativas
	condutas fictícias
	passividade
Estilo das condutas	fraqueza
	afiliação
	proteção exercida
Influência das pressões	favorece a ação do herói
Desfecho da história	sucesso
	total
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Quitéria

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	crítica à prancha riso imotivado ocasional
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória pouco clara
	estória lógica
	hesitações
	poucos detalhes
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	anulação retroativa
	negação
Identificação dos heróis	intelectualização
	personagens inertes
Necessidades dos heróis	curiosidade
	oposição
	passividade
	afiliação
	dependência
Relações interpessoais dos heróis	independência
	medo
	agressão
Nível evolutivo das condutas	condutas instintivas
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas consumativas
	iniciativa
	passividade
	impulsividade
Estilo das condutas	fraqueza
	rigidez
	oposição
	passividade
Tipos de pressão do ambiente	dificulta a ação do herói
	sucesso
Desfecho da história	parcial
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Ifigênia

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	regressão
	isolamento
Identificação dos heróis	personagens equilibrados
	afiliação
Necessidades dos heróis	proteção reclamada
	proteção exercida
	autodefesa psíquica
	gratidão
Relações interpessoais dos heróis	extroversão
	condutas de aprendizagem social
Nível evolutivo das condutas	condutas suspensivas
	condutas preparatórias
Nível de performance das condutas	condutas consumativas
	iniciativa
Estilo das condutas	Coordenação
	afiliação
Tipos de pressão do ambiente	proteção reclamada
	mudança
Influência das pressões	favorece a ação do herói
	sucesso
Desfecho da história	total
	voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Anastácia

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	riso imotivado ocasional
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
	estória coerente
	estória clara
Elaboração e estruturação da estória	hesitações
	detalhes em excesso
	linguagem adequada
	racionalização
Mecanismos de defesa	não-classificável
Identificação dos heróis	personagens flexíveis
	realização
Necessidades dos heróis	afiliação
	proteção reclamada
	extroversão
Relações interpessoais dos heróis	não-classificável
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
	condutas suspensivas
Nível de performance das condutas	condutas preparatórias
	condutas consumativas
	iniciativa
Estilo das condutas	coordenação
	plasticidade
	afiliação
Tipos de pressão do ambiente	não-classificável
	favorece a ação do herói
Influência das pressões	dificulta a ação do herói
	sucesso
Desfecho da estória	total
	voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas estórias produzidas por Catarina

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	responsividade afetiva diminuída ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
Elaboração e estruturação da estória	longos períodos de silêncio poucos detalhes linguagem adequada isolamento
Mecanismos de defesa	projeção
Identificação dos heróis	personagens fragilizados
Necessidades dos heróis	humilhação autodefesa psíquica
	não-classificável
Relações interpessoais dos heróis	submissão
	não-classificável
Nível evolutivo das condutas	condutas instintivas
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	passividade
Estilo das condutas	descoordenação
	dominância
Tipos de pressão do ambiente	humilhação
Influência das pressões	impede a ação do herói fracasso
Desfecho da estória	total voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Luzia

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória pouco clara
	estória lógica
	alterações de pensamento
	poucos detalhes
Mecanismos de defesa	isolamento
	recalque
Identificação dos heróis	personagens periclitantes
Necessidades dos heróis	autodefesa psíquica
	autodefesa física
	entretenimento
Relações interpessoais dos heróis	não-classificável
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas consumativas
	descoordenação
Estilo das condutas	iniciativa
	passividade
	fraqueza
Tipos de pressão do ambiente	rejeição
	humilhação
Influência das pressões	dificulta a ação do herói
Desfecho da história	sucesso
	parcial
	voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Isabel

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	responsividade afetiva diminuída ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	hesitações
	poucos detalhes
Mecanismos de defesa	linguagem adequada
	isolamento
	anulação retroativa
Identificação dos heróis	denegação
	personagens resignados
Necessidades dos heróis	aquisição
	passividade
	autodefesa psíquica
Relações interpessoais dos heróis	introversão
	não-classificável
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas fictícias
	passividade
Estilo das condutas	fraqueza
	labilidade
	oposição
Tipos de pressão do ambiente	proteção reclamada
	dificulta a ação do herói
Influência das pressões	sucesso
	parcial
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Bárbara

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	alterações de pensamento
	poucos detalhes
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	isolamento
	denegação
	intelectualização
Identificação dos heróis	não-classificável
	personagens preocupados
Necessidades dos heróis	dominância
	reconhecimento
	autodefesa psíquica
	dependência
Relações interpessoais dos heróis	introversão
	não-classificável
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas consumativas
Estilo das condutas	passividade
	fraqueza
	rigidez
	oposição
Tipos de pressão do ambiente	não-classificável
	dificulta a ação do herói
Influência das pressões	fracasso
	parcial
	involuntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Úrsula

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	responsividade afetiva diminuída ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória clara
	estória lógica
	poucos detalhes
	linguagem adequada
Mecanismos de defesa	sublimação
	racionalização
	intelectualização
Identificação dos heróis	personagens persistentes
	realização
	aquisição
Necessidades dos heróis	afiliação
	dominância
	proteção exercida
	domínio
	independência
Relações interpessoais dos heróis	extroversão
	condutas de aprendizagem social
Nível evolutivo das condutas	condutas afetivas
	condutas suspensivas
Nível de performance das condutas	condutas consumativas
	iniciativa
	força
Estilo das condutas	rigidez
	oposição
	proteção reclamada
Tipos de pressão do ambiente	não-classificável
	dificulta a ação do herói
Influência das pressões	sucesso
	parcial
	voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Emília

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	ausência de sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	boa
Adaptação às instruções	razoável
Elaboração e estruturação da história	estória coerente
	estória pouco clara
	estória lógica
	hesitações
	poucos detalhes
Mecanismos de defesa	necessidade de muitas intervenções
	recalque
	isolamento
	sublimação
Identificação dos heróis	intelectualização
	personagens objetivos
Necessidades dos heróis	realização
	afiliação
	proteção exercida
	reconhecimento
Relações interpessoais dos heróis	submissão
	dependência
Nível evolutivo das condutas	condutas de aprendizagem social
Nível de performance das condutas	condutas suspensivas
	condutas preparatórias
	condutas consumativas
	iniciativa
Estilo das condutas	controle
	força
	rigidez
	afiliação
Tipos de pressão do ambiente	proteção reclamada
	não influencia a ação do herói
Influência das pressões	sucesso
Desfecho da história	total
	voluntário

Unidades de codificação mais frequentes nas histórias produzidas por Madalena

Categorias de análise	Unidades de codificação
Atitude do sujeito	crítica à prancha sinais de ansiedade e tensão
Adaptação ao estímulo	razoável
Adaptação às instruções	inadequada estória pouco coerente estória pouco clara estória pouco lógica
Elaboração e estruturação da estória	hesitações poucos detalhes linguagem adequada necessidade de muitas intervenções
Mecanismos de defesa	recalque isolamento denegação
Identificação dos heróis	personagens inconstantes passividade
Necessidades dos heróis	afiliação dominância não-classificável dependência
Relações interpessoais dos heróis	medo agressão
Nível evolutivo das condutas	condutas instintivas
Nível de performance das condutas	condutas afetivas condutas consumativas
Estilo das condutas	iniciativa passividade fraqueza rigidez
Tipos de pressão do ambiente	não-classificável
Influência das pressões	não-classificável sucesso
Desfecho da estória	parcial involuntário

ANEXO H**Autorização da Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer
para a realização do presente estudo** **Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer**

Conselho Nacional Assist. Social 4.400.600.264/2001-18

CNPJ 00.575.644/0001-08

*50 anos***DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente e de acordo com a pesquisa a ser conduzida por Rodrigo Sanches Peres junto às pacientes acometidas por câncer de mama vinculadas à Rede Feminina São-carlense de Combate ao Câncer.

São Carlos, 20 de Outubro de 2004.

Iraydes de Oliveira Leite**Presidente****Rede Feminina Sc Combate ao Câncer**

ANEXO I**Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a realização do presente estudo**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**

Of.CEtP/023/2005-29/04/2005

Senhor(a) Pesquisador(a):

De ordem da Sra. Coordenadora deste CEP, Dra. Eucia Beatriz Lopes Petean, comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOSSOMÁTICA PSICANALÍTICA PARA A COMPREENSÃO DA PERSONALIDADE DE MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA**", foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em reunião realizada em 28/04/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **179/2005** – 2005.1.310.59.6

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dra. EUCIA BEATRIZ LOPES PETEAN
Coordenadora do CEP-FFCLRP-USP

Ilustríssimo Senhor
RODRIGO SANCHES PERES
Aluno do Programa de PG em Psicologia desta FFCLRP

C.C.: Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos