CLÁUDIA REGINA DE OLIVEIRA LIMA

ESTUDO DAS RELAÇÕES OBJETAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA COM SUAS MÃES

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

Campo Grande, MS

2003

CLÁUDIA REGINA DE OLIVEIRA LIMA

ESTUDO DAS RELAÇÕES OBJETAIS DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA COM SUAS MÃES

Dissertação apresentada, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia ao Programa de Mestrado em Psicologia - Área de concentração Comportamento Social e Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco, sob a orientação da Profª. Drª. Rita de Cássia Gandini.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

Campo Grande, MS

2003

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Rita de Cássia Gandini

Profª. Drª. Regina Célia Ciriano Calil

Profª. Drª. Wilma Lúcia C. D. Cardoso

DEDICATÓRIA

A Deus, por iluminar meus caminhos.

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª. Rita de Cássia Gandini, minha orientadora, pela ajuda e disponibilidade com que sempre me acompanhou.

Aos meus pais Sebastião de Oliveira e Rosalice Costa de Oliveira, cujo amor possibilitaram a minha existência.

A meu esposo, Humberto Perez Lima, pelo apoio, amor e incentivo na realização de meus sonhos.

À Clélia Renata de Oliveira, minha irmã, pelas palavras de apoio.

À Maria Fernanda M. Soares, psicóloga, psicanalista, amiga e grande incentivadora nos meus conhecimentos em psicanálise, a mais sincera gratidão pelo apoio e generosidade na leitura dos casos clínicos.

À Lia Dauber, psicóloga, pela fiel amizade e companheirismo nos momentos delicados do trabalho e da vida.

Aos meus cunhados Silasneiton Gonçalves e Aparecida e aos meus sobrinhos Breno e Cíntia, pela sempre gentil acolhida em sua residência.

Ao Dr. Paulo Roberto Nogueira, Superintendente do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King, e Eliézer Soares Branquinho, Diretor Administrativo, pelo respeito e apoio incondicionais dispensados no período do mestrado.

À Raquel Abrão, psicóloga e psicanalista, por compartilhar material didático e amizade.

À Profª. Drª. Regina C. C. Calil e Profª. Drª. Wilma Lúcia C. D. Cardoso, pelas preciosas sugestões com as quais contribuíram para este trabalho.

À Kássila Teixeira Leite e Eliete do Nascimento Ferreira, pela digitação e diagramação.

Às entrevistadas, por permitirem a entrada na sua intimidade de forma tão generosa.

A Rafael Tavares Peixoto, pela versão em Inglês do Resumo.

Aos Mastologistas Dra. Ana Teresa Gusmão de Lucia e Dr. Naildo Alonso Faustino, pelo material bibliográfico cedido.

Agradeço, enfim, a todos que, com qualquer parcela de contribuição, tornaram possível este trabalho.

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo investigar e analisar os aspectos psicodinâmicos e as relações objetais das mulheres com câncer de mama com suas mães. Com o intuito de alcançar tais objetivos, utilizou-se entrevistas semi-estruturadas e o Teste Projetivo de Relações Objetais de Phillipson - TRO, dentro de uma abordagem de estudo de caso, no enfoque da pesquisa qualitativa. Este estudo é composto por oito sujeitos, quatro duplas mãe-filha, e foi realizado na residência dos sujeitos e no Hospital Evangélico Dr. e Sr^{a}. Goldsby King, situado na cidade de Dourados, MS, Brasil. Os dados foram analisados a partir das transcrições na íntegra das entrevistas e do Teste de Relações Objetais de Phillipson. Os resultados indicaram semelhanças nos grupos de filhas, mães e no de filhas e mães. No grupo de filhas observou-se uma irmã como substituta do papel de mãe, perdas na infância, não-resolução do conflito edípico, carência afetiva, pouca proximidade com os pais na infância, perda da confiança, sobrecarga de responsabilidade, história psicossomática, dificuldades emocionais durante a vida, recidiva da doença, dificuldade na simbolização, utilização de mecanismos da posição esquizo-paranóide. No grupo de mães verificou-se dificuldade na maternidade e na amamentação, mundo interno empobrecido, dificuldade na simbolização, não-resolução do conflito edípico e mecanismos de defesa da posição esquizo-paranóide. No grupo de filhas e mães encontrou-se: dificuldade na maternidade, na amamentação (desmame tardio e/ou abrupto) e no processo de separação-individuação, repetição inconsciente das relações objetais estabelecidas na infância, relação de submissão e dependência do esposo, vida afetiva precária, conflito edípico não elaborado, necessidade de apoio do grupo familiar/social nas tomadas de decisão, pouca autonomia, repressão dos afetos (amor/ódio), incapacidade de simbolização, empobrecimento do ego e mecanismos de defesa da posição esquizo-paranóide. Acredita-se que tanto as entrevistas semi-estruturadas quanto o TRO auxiliaram a compreensão da relação dessas mulheres com câncer de mama com suas mães, seus mundos mentais e as relações objetais estabelecidas pelas mesmas.

Palavras-chave: câncer de mama - relações objetais - aspectos psicodinâmicos.

ABSTRACT

This research aims to investigate and analyse the psychodynamic aspects and the objetc relations of women who suffer from breast cancer with their respective mothers. It was applied semi-structured interviews and the Phillipson's Object Relations Test - TRO - with the purpose of gaining the ends, in agreement with the approach of case study, through qualitative research. This research was carried out with a group of four mothers and daughters respectively and also achieved at the participants's residence as well as at "Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King" in Dourados, Mato Grosso do Sul State, Brazil. The data were analysed considering the transcriptions's integrity of the semi-structured interviews and also the Phillipson's Object Relations Test. The results revealed some similitudes in the daughters's and mothers's group and also in the daughters and mother's group. In the daughters's group it was observed a sister who replaced a mother. It was also checked the losses in the earliest childhood, the unsolved Oedipus'' conflict, affective necessity, a little while with the parents in the childhood, the loss of confidence, an overload of responsability, psychosomatic fantasies, emotional difficulties in the course of life, reincidence of the disease, difficulties in the symbolization, the mechanism's utilization of paranoid-schizoid position. In the mother's group it was checked the difficulty in the motherhood, breastfeeding, a poor intimate world, difficulty in the symbolization, the unsolved Oedipus's Conflict, the defence's mechanism of paranoid-schizoid position. In the mothers and daughters's group it was verified the difficulty in the motherhood, breastfeeding (a later or abrupt weaning) and also in the process of separation - individualization, the unconscious repetition of object relations established in the childhood, the submission relation and the husband's dependence, the precarious affective life, a non elaborated Oedipus's conflict, the necessity of protection from the social and familiar group in the taking of decisions, an insufficient autonomy, the affection's repression (love/hate)m the incapacity of symbolization, the Ego's poverty, the defence's mechanism of paranoid-schizoid position. It is believed that the semi-structured interviews as well as the Phillipson's Object Relations Test - TRO - contributed so much to the comprehension of these women with breast cancer, with their respective mothers, their mental worlds and the object relations established by themselves.

Key words: breast cancer, object relations, psychodynamic aspects.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos sujeitos - Filhas (F)..... 44
Tabela 2. Descrição dos sujeitos - Mães (M)..... 45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais desejos, medos e defesas apresentados pelas filhas nas lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson..... 65

Quadro 2. Principais desejos, medos e defesas apresentados pelas mães nas lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson..... 68

Quadro 3. Principais desejos, medos e defesas apresentados pelas filhas e suas mães nas lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson..... 71

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS..... ix
LISTA DE QUADROS..... x
1. INTRODUÇÃO..... 1
1.1. Considerações gerais sobre o câncer de mama..... 3
1.1.1. Aspectos históricos do câncer de mama e de seu tratamento... 4
1.1.2. Tipos de cirurgias e terapias adjuvantes..... 6
1.2. Epidemiologia do câncer de mama..... 8
1.3. Estudos psicológicos realizados sobre o câncer de mama..... 9
1.4. Considerações acerca da Teoria das Relações Objetais segundo Melanie Klein..... 14
1.5. Relações objetais e câncer de mama..... 26
1.6. O método em pesquisa 28
1.6.1. A entrevista psicológica 31
1.6.2. Técnicas Projetivas - Teste de Relações Objetais de Phillipson..... 34
2. OBJETIVOS..... 41
2.1. Objetivo geral 41
2.2. Objetivos específicos 41
3. MÉTODO..... 42
3.1. Recursos humanos e materiais 43
3.1.1. Caracterização da instituição..... 43
3.1.2. Caracterização dos sujeitos..... 43

3.1.2.1. Critérios para seleção da amostra 44
3.1.2.1.1. Características da amostra 44
3.2. Material..... 45
3.3. Procedimentos..... 46
3.3.1. Procedimentos para definição da amostra 46
3.3.2. Coleta de dados 47
3.3.3. Autorização e aspectos éticos 49
4. RESULTADOS..... 50
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 116
ANEXOS..... 124

1. INTRODUÇÃO

O estudo do indivíduo e da sua relação com a doença, somado aos aspectos da subjetividade, história de vida e das relações afetivas e interpessoais, estabelecidas no decorrer do existir, contemplam parte da problemática do câncer de mama e da saúde mental. Portanto, a compreensão dessas interfaces é fundamental na praxe do psicólogo que possui essa demanda como campo de atuação profissional.

Inúmeros são os aspectos que levam à busca do conhecimento científico acerca de um determinado assunto. A opção pelo presente tema foi resultado de experiências pessoais familiares relacionadas ao câncer e das experiências profissionais, tanto institucional, no Serviço de Mastologia do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King, quanto privada, no atendimento psicológico a mulheres portadoras de patologia da mama. Estes aspectos é que levaram às indagações sobre as relações objetais dessas mulheres com suas mães.

Ao longo dos anos da sua prática profissional, durante as intervenções psicológicas no contexto hospitalar e nas sessões de psicoterapia junto às mulheres com câncer de mama, no período pré e pós-operatório imediato ou tardio, a autora atentou pela semelhança dos discursos das diferentes pacientes emitidos no decorrer das sessões. Observou também uma constante repetição de alguns aspectos, como conflitos psíquicos do primeiro ano de vida, referentes à relação objetal com a figura materna, e ainda dificuldades no processo de estabelecimento da identidade e, conseqüentemente, com a identificação feminina.

Neste estudo, o suporte na teoria kleiniana das relações objetais foi a opção para o trabalho com essas mulheres.

Destarte, surgiu o interesse por um estudo aprofundado e sistematizado nessa área, uma vez que poucos são os achados científicos que versam sobre a problemática das relações objetais de mulheres com câncer de mama.

No Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres. Em 1999, foram registrados 8.104 mortes decorrentes deste tipo de câncer. Dos 337.535 casos de câncer com previsão de serem diagnosticados em 2002, o câncer de mama foi previsto como o principal a atingir a população feminina, sendo responsável por 36.090 novos casos (INCA, 2003).

Observou-se um aumento considerável da taxa de mortalidade por câncer de mama entre mulheres, de 1979 a 1999, passando de 5,77/100.000 a 9,75/100.000, correspondendo a uma variação percentual relativa de 69% (INCA, 2003).

A problemática do câncer de mama, em termos de diagnóstico, prognóstico e tratamento, contempla a motivação do paciente em aderir aos recursos terapêuticos existentes e, como extensão, à rede de apoio, constituída basicamente pelo contexto familiar, profissional e social da mulher.

O impacto do diagnóstico de câncer, da cirurgia e do tratamento, bem como o temor da recidiva ou disseminação metastática, mobilizam fantasias e estereótipos culturais em relação à doença. A trajetória das concepções sobre a doença influencia também a vivência do adoecimento, sendo comum, entre as mulheres e seus familiares, encontrar o medo de pronunciar a palavra câncer.

De acordo com Sant'anna (1997, p. 50),

> A má reputação do câncer, em particular do câncer de mama, atravessa as décadas e as culturas. Sua história secreta temores antigos, faz reviver não apenas o fantasma da morte lenta e implacável, mas principalmente aquela da perda da feminilidade e, portanto, daquilo que secularmente foi considerado a alma de toda mulher.

Nesse contexto de doença ocorre a interface entre o corpo individual adoecido e/ou adoecendo e a dimensão social da representação do ser feminino. É a ambivalência de sentimentos entre a compreensão e entendimento do corpo para essa mulher, e o entendimento e compreensão do "outro social" em relação ao seu corpo. É a marca do social no individual. São as amarras da cultura na determinação do existir.

Diante da complexidade dos aspectos emocionais e sociais pertinentes à doença, inúmeras foram as propostas terapêuticas criadas para auxiliar as pacientes e seus familiares nesse momento especial de suas vidas. Entre as possibilidades tem-se:

psicoterapia individual, grupos de apoio e/ou terapêutico, destinados à paciente e à sua família.

A literatura especializada tem enfatizado e demonstrado as diferenças comportamentais entre as mulheres que possuem acompanhamento psicológico e aquelas que não o possuem (FLORÉZ, 1979; CORBINEAU, 1989).

Os estudos realizados concluíram que as mulheres beneficiadas pelo tratamento psicológico manifestaram ganhos na reabilitação como, por exemplo, diminuição dos conflitos familiares e sociais, retorno às atividades cotidianas, diminuição da tendência ao isolamento e melhor convivência com a doença.

De forma geral, os estudos estão voltados para os aspectos da personalidade e qualidade de vida, sua relação com o desenvolvimento da doença e para a questão das perdas na infância nas implicações do câncer de mama. Destaca-se, também, o interesse pelas reações psicológicas frente aos diferentes tipos de tratamento, inserção do cônjuge e da família no processo da doença, do tratamento e da reabilitação social.

Esses estudos são relevantes para a problemática do câncer de mama e acredita-se que os mesmos se completariam com estudos que contemplassem as relações objetais de pacientes com câncer, na medida em que investigam as relações interpessoais e a formação do psiquismo, a fim de somar esforços para auxiliar nos tratamentos e na prevenção da doença.

A articulação do objeto de pesquisa e da teoria com a prática é ofício almejado neste trabalho.

Dividir-se-á didaticamente os assuntos em tópicos com o intuito de facilitar o entendimento do objeto da pesquisa.

1.1. Considerações gerais sobre o câncer de mama

A problemática do câncer de mama exige um repensar constante sobre a concepção de saúde, doença, conceito do corpo e, fundamentalmente, do indivíduo. Partindo dessas concepções teceram-se algumas considerações gerais sobre aspectos históricos do câncer de mama e de seu tratamento.

1.1.1. Aspectos históricos do câncer de mama e de seu tratamento

O câncer de mama é uma doença que intriga a ciência ao longo dos tempos. "O registro mais antigo vem do Egito. Edwin Smith (1822-1906) em Tebas (atualmente Luxor e Karnak) em 1862, encontrou o papiro mais informativo sobre a doença, datando de cerca de 1600 a.C." (WAGNER JR, 1994, p. 1).

A história do câncer de mama é marcada por longos períodos de descobertas e progressos. O curso da história merece uma exposição detalhada, uma vez que em cada período as contribuições ocorreram de forma inovadora e peculiar.

> No período grego clássico, Hipócrates considerava que nos casos de câncer localizado profundamente era melhor não intervir, porque o tratamento aceleraria a morte. Leônidas, médico grego do primeiro século d.C., recebe o crédito pelo primeiro tratamento operatório registrado de câncer de mama. Aurélio Cornélio Celso relatou no seu tratado a primeira descrição clínica do câncer e das quatro fases clínicas (malignidade, carcinoma sem úlcera, câncer ulcerado e câncer ulcerado com excrescências). (WAGNER JR, 1994, p. 2-3).

Na história do câncer, Galeno e Hipócrates contribuíram de forma original, ao enfatizarem os aspectos emocionais implicados no desenvolvimento do câncer. De acordo com Fallowfield e Baum (1994, p. 1225), Galeno comentara no "século II d.C. que as mulheres "melancólicas" tinham maior probabilidade de desenvolver câncer de mama do que as mulheres de disposição mais sangüínea".

Em sua teoria humoral, Galeno considerava a bile negra como causa do câncer, associando-o às patas de um caranguejo (WAGNER JR, 1994, p. 4).

Hipócrates afirmava em seus escritos que:

> Estado de saúde era evidência de que o indivíduo havia atingido um estado de harmonia entre suas instâncias internas, bem como destas com o meio ambiente. Afirmava que o que quer que aconteça na mente, afeta o corpo. (WAGNER JR, 1994, p. 4).

Com o advento da Renascença, nos séculos XVI e XVII, novas perspectivas surgiram para tratamento do câncer de mama.

Conforme o autor citado, após o período da Renascença o ensino médico começou a florescer.

> Andreas Vesalius (1514-1564), para os tumores da mama, aconselhava excisão ampla e uso de ligaduras em vez do cautério. Ambrose Parré (1510-1590) trouxe a contribuição de que o câncer de mama causava o aumento das glândulas axilares. Michel Servet (1509-1553) introduziu o conceito precursor da mastectomia radical, ao acreditar que o músculo subjacente deveria ser removido com as glândulas axilares, referidas por Parré. Wilhellm Fabry (1560-1624) removia os linfonodos axilares e recomendou que nenhum resto devia ser deixado, devido ao tumor ser móvel. Outro cirurgião famoso foi Johann Schultes (1595-1645), ilustrador de cirurgia, inventor de instrumentos cirúrgicos, que demonstrou a amputação da mama. (WAGNER JR, 1994, p. 6).

Na época do Iluminismo, no século XVIII, Henri François le Dran (1685-1770) contradisse a teoria humoral de Galeno, quando afirmou que o câncer era uma doença local em fases iniciais e que a disseminação ao sistema linfático assinalava um prognóstico piorado" (WAGNER JR, 1994, p. 8).

Ainda de acordo com o mesmo autor, no começo do séc. XVIII,

> As mastectomias eram realizadas em grande número e diminuíram na segunda metade do século, em virtude dos maus resultados e da mutilação indiscriminada. [...]Com a introdução da anestesia e da anti-sepsia, a cirurgia da mama obteve contribuição quanto à dor e à infecção, porém havia uma grande mortalidade devido à infecção; havia o consenso em não operar pacientes com câncer de mama, pois viveriam mais tempo se não fossem operadas. (WAGNER JR, p. 8-9).

No século XIX, tanto a cirurgia européia quanto a cirurgia americana contribuíram em técnicas e teorias para o tratamento do câncer.

> Na Escola de Medicina do Hospital Johns Hopkins, William Steward Halsted (1852-1922) estabeleceu um marco na História do tratamento do câncer de mama: a mastectomia radical de Halsted. Alguns dias após a publicação do trabalho de Halsted, Willie Meyer descreveu uma técnica semelhante. (WAGNER JR, 1994, p. 11-12).

Após Halsted, no princípio do século XX, apareceram outros conceitos na conduta e no tratamento do câncer. “Patey propôs o conceito de mastectomia radical modificada, outros propuseram associar mastectomia simples à radioterapia no tratamento do câncer de mama”. (WAGNER JR, 1994, p. 12).

Os autores Frykberg e Bland (1994, p. 642) consideram que:

> Ao chegar no final do século XX, o carcinoma de mama é visto cada vez mais como uma doença sistêmica. Esta mesma filosofia foi sustentada por Imhotep, Hipócrates, Galeno e Hunter, na crista de muitos outros ciclos de crença e prática.

Com o advento da tecnologia e do aprofundamento teórico e científico, o tratamento do câncer de mama aprimorou-se, existindo assim outros tipos de tratamentos que podem ser associados ou não ao cirúrgico, dependendo de cada caso, tais como a quimioterapia, a radioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia, que serão abordadas a seguir.

1.1.2. Tipos de cirurgias e terapias adjuvantes

A visão tecnicista do diagnóstico corrompeu a compreensão do indivíduo como um todo, ocorrendo um distanciamento entre o médico e o doente. O interesse centralizou-se no órgão e no corpo doente. O paciente, sua história de vida e suas relações tornaram-se pouco relevantes para alguns profissionais da saúde.

No câncer de mama existem vários tipos de tratamento, porém não se deve esquecer da visão holística do ser humano. O câncer leva ao adoecimento do seio e, por trás do seio, encontra-se uma mulher e sua história de vida.

Existem várias formas de cirurgia, e a escolha do procedimento depende das necessidades de cada paciente. Os tipos de cirurgia são: “nodulectomia, mastectomia parcial ou quadrantectomia, mastectomia total, mastectomia radial modificada, mastectomia radical de halsted, mastectomia supra-radical, mastectomia subcutânea” (SEGAL, 1995, p. 25-26).

Neste estudo comenta-se brevemente os tipos de cirurgias e terapias adjuvantes, às quais a amostra foi submetida.

Para Segal (1995, p. 25), a quadrantectomia é um termo usado para definir uma operação onde:

> O tumor unido a uma considerável porção de tecido em volta da mama é retirado, assim como a pele sobrejacente e a face inferior. Os nódulos linfáticos da axila podem também ser removidos, fazendo-se assim uma "mastectomia radical parcial". O seio ficará um pouco menor, mas estará no lugar.

A operação denominada mastectomia total, ou mastectomia simples, consiste na extirpação total da mama. Ambos os termos descrevem a mesma cirurgia. "Muitos médicos, hoje em dia, preferem o termo total. O seio é removido, mas os nódulos da axila e dos músculos peitorais não". (SEGAL, 1995, p. 25).

A mastectomia radical modificada, também conhecida como Patey, é utilizada com mais freqüência em pacientes com carcinoma de mama no estágio I ou II. Implica a extirpação da mama, a pele suprajacente e os gânglios axilares, respeitando o músculo peitoral maior.

Mastectomia radical modificada de Patey, consiste em:

> Mastectomia e disseção axilar, com recessão do músculo peitoral menor, que permite uma disseção mais completa da axila, e a extirpação dos gânglios de Ratter, que se localizam entre os músculos peitoral maior e peitoral menor. (WELLS JR; YOUNG; ANDRIOLE, 1995, p. 91).

Mastectomia de Halsted consiste na "extirpação de todo o tecido mamário e uma abundante porção da pele subjacente, da totalidade dos músculos peitoral maior e menor, de todo o tecido fibroso e graxo situado por debaixo da veia axilar, inclusive os gânglios". (MONTORO, 1984, p. 97).

Atualmente, a reconstrução mamária pode ser realizada após a mastectomia ou após alguns meses ou anos da mastectomia.

As terapias adjuvantes auxiliam consideravelmente no tratamento do câncer de mama; entre elas destacam-se a radioterapia, a quimioterapia, a hormonoterapia e a imunoterapia.

A radioterapia é um método eficaz, "na quase totalidade dos casos, a radioterapia no câncer de mama tem suas indicações clássicas no pré-operatório, nos pós-operatório, ou com o tratamento primário com finalidade radical ou paliativa". (MONTORO, 1984, p. 112).

De acordo com Segal (1995, p. 33), a radiação após a mastectomia tem objetivo de bloquear a capacidade de divisão celular, causando a morte da célula. Também diminui o tamanho do tumor e torna-o mais acessível, facilitando o momento cirúrgico.

No tratamento do câncer, a quimioterapia representa o uso de drogas ou medicamentos. Segundo Montoro (1984, p. 104):

> A razão lógica para o emprego da quimioterapia adjuvante é simples: se o tumor é diagnosticado antes que ocorram metástases a distância, a terapêutica local, seja cirurgia ou radioterápica, será curativa. Todavia, se o tumor já formou metástases quando se faz o diagnóstico inicial, é óbvio que as medidas locais não serão suficientes para erradicar a doença.

Além dos métodos terapêuticos anteriores, são propostos no tratamento do câncer de mama a "hormonoterapia - terapia que utiliza-se de hormônios esteróides [...], e a imunoterapia - utilização de substâncias que modificam a resposta do sistema imunológico do indivíduo". (SEGAL, 1995, p. 37-39).

A seguir, serão abordados aspectos da epidemiologia do câncer de mama.

1.2. Epidemiologia do câncer de mama

Na busca de dados sobre a estimativa da incidência e mortalidade do câncer de mama, todas as bibliografias pesquisadas apontam o Instituto Nacional do Câncer (INCA) como referência.

No ano de 2002, o INCA baseou-se nos dados sobre as estimativas de mortalidade nas informações provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade

(SIM) do Ministério da Saúde. As estimativas de incidências foram baseadas nos dados do (SIM) e nos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP).

> O câncer de mama representa nos países ocidentais uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua freqüência, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes em suas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes. Tem-se documentado também o aumento no risco de mulheres migrantes de áreas de baixo risco para áreas de risco alto. Nos Estados Unidos, a Sociedade Americana de Cancerologia indica que uma em cada 10 mulheres tem a probabilidade de desenvolver um câncer de mama durante a sua vida. (INCA, 2003).

Os fatores de risco envolvidos no câncer de mama são vários. Os de maior relevância são: a história familiar de câncer de mama, enfermidades mamárias benignas prévias, mastopatia pré-cancerosa, partos, fatores hormonais, incompetência imunológica, exposição de carcinógenos, radiação ionizante, menopausa tardia, fatores pessoais e demográficos, câncer de outros órgãos, traumatismo. Como fator controvertido está a utilização de contraceptivos orais.

Outros aspectos relevantes no estudo do câncer de mama são a incidência e a freqüência do câncer, para a análise não tornar-se reducionista; critérios relativos à qualidade do serviço de diagnóstico e cobertura e critério de fidedignidade da avaliação devem ser considerados, devido às nuanças encontradas nas várias regiões do Brasil.

Outra discussão que permeia o presente tema são os estudos psicológicos realizados sobre o câncer de mama, os quais são descritos a seguir.

1.3. Estudos psicológicos realizados sobre o câncer de mama

Dentre os estudos sobre a problemática dos fatores psicológicos e o câncer de mama, alguns versam sobre a influência da personalidade e qualidade de vida no desenvolvimento da doença, sugerem a inter-relação entre a dinâmica de perdas na história

de vida e aparecimento do câncer, e existem aqueles que investigam o estresse, a depressão e o câncer de mama.

No estudo do câncer de mama foram investigadas 701 pesquisas; no entanto, poucas contemplavam o Teste das Relações Objetais de Phillipson como objeto de estudo. Os autores e as pesquisas comentadas neste trabalho representam as diferentes linhas de pesquisa da atualidade.

Na literatura, vários são os autores que destacam a dinâmica de perdas na história de vida do paciente com câncer como fator predisponente ao desenvolvimento do câncer: diminuição do contato afetivo com a mãe na infância (LESHAN, 1966); uma relação afetiva frustradora para o bebê (BOOTH, 1969); a falta de proximidade com os pais durante a infância (THOMAS, 1982).

Correa et al. (1980) ponderou sobre o impacto dinâmico das experiências de separação afetiva ou perdas na história vital do paciente com câncer, estudando sua incidência na infância e as características dessas ao longo da vida, em relação às perdas ocorridas no período prodômico da enfermidade. No grupo estudado foi significativa a proporção de perdas parentais na infância, e a freqüência de ausências definitivas ou temporais da mãe. A aplicação do teste de Rorschach permitiu compreender os sentimentos de relação ou total adesão à figura feminina-materna. Concluindo o estudo, postulou que a experiência de separação ou perda na vida adulta de pacientes com câncer podem contribuir, através da revivescência de situações anteriores, à eclosão manifesta da enfermidade ou para agravamento da mesma.

Os autores Cox e Mackay (1982) discutiram a influência de fatores psicosociais e de mecanismos psicofisiológicos na etiologia e desenvolvimento do câncer. O estudo sugeriu que dois principais grupos de fatores estão relacionados ao aumento do risco de câncer. Primeiro, a perda do relacionamento, ou falta de proximidade com alguém que seja importante para a pessoa (freqüentemente um familiar) numa fase precoce da vida, e, segundo, a incapacidade de expressar sentimentos hostis ou, mais freqüentemente, uma expressão anormal das emoções. Muitos mecanismos psicofisiólogicos foram revisados para tentar estabelecer a relação entre distúrbio psicológico e o estabelecimento do câncer, particularmente a evidência crescente do papel do sistema imune com vínculo entre o sistema nervoso central e os processos de doenças.

Outro estudo encontrado investigou a possibilidade da perda e da tristeza ativar uma neoplasia latente, correlacionando uma possível interação entre risco genético e estresse em câncer de mama. Os autores concluíram que o estresse não pode ser a causa principal do câncer; entretanto, nesse estudo de caso, foi sugerido que o estresse pode ter contribuído para o desenvolvimento de uma neoplasia latente, ou seja, por enfraquecer a vigilância imunológica durante uma fase crítica (BIONDI; COSTANTINI; PARISI, 1996).

Existem controvérsias entre alguns autores, no tocante a estudos que pesquisam a associação entre adversidades da vida e câncer de mama. Alguns confirmaram a relação entre esses fatores (CHEN et al., 1995), porém outros consideram a necessidade de pesquisas mais elaboradas para confirmar essa hipótese (SCHERG et al., 1988; GINSBERG et al., 1996).

Também Becker (1979) verificou as possíveis diferenças na história da vida e na reação para com a doença nessa população a ser pesquisada. O total de pacientes foi 49, sendo o grupo jovem constituído por 25 mulheres com idade entre 28 a 48 anos, com média de idade de 40 anos; o grupo mais velho compreende 24 mulheres entre 50 a 69 anos, com média de 61 anos de idade. Todas foram submetidas à operação e sessões de radioterapia. Realizou-se uma entrevista semi-estruturada no final da terceira fase de pós-irradiação. No grupo das mulheres, as quais desenvolveram o câncer antes de 48 anos de idade, alguns aspectos em comum poderiam ser mostrados em suas biografias. Essas pacientes relataram o ambiente frio em suas famílias com expressiva perda de confiança. Além disso, no passado elas foram supercarregadas com responsabilidade muito jovens, negavam o papel típico da mulher, eram bastante combativas, destemidas e objetivas. Em contrapartida, apenas 12% do grupo jovem apresentou uma atitude positiva em relação às responsabilidades sexuais. Gravidez, parto e amamentação são freqüentemente acompanhadas por complicações sérias, mas elas têm, em sua maioria, filhos. Becker, ainda nesse estudo, refere a alta incidência de sintomas psicossomáticos que podem ser observados antes da eclosão da doença. As reações psíquicas para com a doença e a operação são diferentes entre as mais jovens e as mais velhas. Há mais sentimentos de desgraça e vergonha entre as pacientes mais jovens. O grupo mais velho, por outro lado, tende a falar sobre sua doença como se não tivesse nada a fazer com ela.

Knobel e Sarmento (1980, p. 141) relataram os estudos de Leshan e Wortington (1956) com pacientes com câncer de mama: toda uma história psicossomática

que se inicia com conflitos infantis que devem ser pesquisados. Nas histórias clínicas dessas pacientes apareceu o abandono, a rejeição, o sentimento de culpa, a existência isolada e, muitas vezes, uma excessiva dependência em relação à mãe que não corresponde afetivamente com a mesma.

Bucher et al. (1986) estudaram a relação da influência de estruturas psicológicas no câncer de mama, numa população de 16 pacientes com tumor maligno da mama e um grupo comparativo de 56 pacientes com tumores benignos da mama. Foram examinadas mediante entrevistas, um questionário e o teste de Szondi. Os resultados mostraram que as pacientes com tumor benigno apresentaramm estruturas do tipo neurótico, enquanto as pacientes com câncer demonstraram estruturas mais de tipo psicossomático, com negação rígida dos conflitos e com uma inserção irreal do mundo.

O estudo de Bleiker et al. (1995) pesquisou o quanto o diagnóstico de câncer de mama influencia nos traços de personalidade da paciente. As respostas obtidas através da aplicação do questionário de personalidade evidenciaram escores estatisticamente significativos em três escalas: racionalidade, expressão emocional para fora e controle emocional, em detrimento das escalas de ansiedade, raiva, depressão e racionalidade.

Em relação aos fatores da personalidade e ao desenvolvimento do câncer de mama, Bleiker et al. (1996), através de um estudo longitudinal prospectivo, concluíram que não foi encontrado suporte para a hipótese de que os traços da personalidade podem diferenciar-se entre grupos de mulheres com e sem câncer de mama.

O estudo de Butow et al. (2000) investigou a evidência epidemiológica dos eventos da vida, estilos de enfrentamento e fatores de personalidade no desenvolvimento do câncer de mama. Os autores desse estudo comentam que poucas pesquisas delineiam de forma fidedigna a associação entre eventos da vida e câncer de mama, com exceção de dois estudos usando o teste de LEDS, que associam severos fatos da vida e o risco do câncer de mama; relatam que certos estudos mostram a repressão da raiva ou alexitimia como preditores do aumento do risco. Houve evidência de que o suporte social, a ansiedade crônica ou a depressão afetam o desenvolvimento do câncer, com exceção da racionalização e da anti-emocionalidade. Os fatores de personalidade não foram preditores. Os fatores mais fortes de preditores foram a repressão da raiva e eventos severos na vida.

Os estudos de Rosa e colaboradores (1991, p. 42) concluíram que as mulheres com câncer de mama possuem algumas características comuns:

> a) são incapazes de expressar raiva (GREER et al., 1979; MOORRIS et al., 1981; JANSEN et MUENZ, 1984); b) apresentam o hábito da supressão das emoções (WIRSCHING et al., 1982); c) apresentam um comportamento racional e "anti-emocional" (GROSSARTH - MOTICEK et al., 1983); d) são bastante solitárias (SCHAFFER et al., 1987) (GREER et al., 1979; MOORRIS et al., 1981; JANSEN et MUENZ, 1984; WIRSCHING et al., 1982; GROSSARTH - MOTICEK et al., 1983; SCHAFFER et al., 1987).

O'Donnell et al. (2000) estudaram a implicação da repressão das emoções no desenvolvimento do câncer de mama. Os autores dizem que são necessários mais estudos para confirmar tal hipótese, uma vez que os resultados da pesquisa não foram significantes.

Os estudos de Stommel et al. (2002) demonstraram a relação de depressão com o fator preditor de morte entre pacientes com câncer. Os dados mostraram que pacientes com limitações anteriores e problemas emocionais têm piores chances de sobrevivência que aquelas que só tem câncer. Enquanto sintomas depressivos e limitações funcionais foram respostas comuns no diagnóstico e tratamento inicial, pacientes sem história anterior de problemas emocionais tiveram mais capacidade de enfrentamento.

A respeito da depressão, Wellisch e Lindberg (2001) avaliaram o perfil psicológico das mulheres deprimidas e não deprimidas no alto risco de câncer de mama. Os resultados revelaram que as mulheres sem crise depressiva eram jovens e tinham mais parentes com câncer de mama. Elas mostraram mais sintomas de ansiedade e percepção para vulnerabilidade do câncer de mama. As mulheres com crise depressiva estavam solteiras, sem filhos e não viram resultados no tratamento de suas parentes e sentiam maior ansiedade em enfrentar os procedimentos dos exames.

Do ponto de vista emocional, as mulheres com câncer de mama vivenciam sentimentos singulares de acordo com a fase de diagnóstico, processo da doença e tratamento. De uma maneira geral, "os sentimentos mais manifestados foram: angústia, medo da morte, medo da mutilação representada pela mastectomia, depressão". (KNOBEL e SARMENTO, 1980).

Dentro do prisma enfrentamento e sobrevivência no câncer de mama (WONGHONGKUL et al., 2000), alguns estudos sugerem a influência de personalidade e as variáveis de enfrentamento (CARVER, 2000).

Diversos autores voltados para o impacto da história familiar do câncer de mama e a capacidade de enfrentamento, prevenção, diagnóstico e tratamento, confirmaram a dificuldade das mulheres avaliarem o próprio risco para contraírem a doença (NEISE et al., 2001; FINNEY e IANNOTTI, 2001).

A literatura tem dado ênfase à influência da personalidade, à qualidade de vida e a inter-relação com a doença, à possibilidade de enfrentamento e à sobrevivência no câncer de mama, ao impacto da história familiar do câncer de mama interferindo na capacidade de enfrentamento, ao papel da depressão no câncer de mama e às reações emocionais manifestas após o tratamento. Tais fatores são de extrema relevância para o tema proposto; entretanto, este estudo versa sobre as relações objetais das mulheres com câncer de mama com suas mães.

As referências citadas enfatizam os estudos psicológicos sobre o câncer de mama. Outro ponto comentado neste estudo consiste na reflexão acerca da Teoria das Relações Objetais, conforme Melanie Klein.

1.4. Considerações acerca da teoria das relações objetais, segundo Melanie Klein

Segundo Laplanche e Pontalis (1992, p. 443), a relação de objeto é:

> Uma expressão usada com muita freqüência na psicanálise contemporânea para designar o modo de relação do indivíduo com seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasmática dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa. Fala-se da relação de objeto, de um dado indivíduo, mas também de tipos de relações de objetos, ou em referência a momentos evolutivos (exemplo: relação de objeto oral), ou a psicopatologia (exemplo: relação de objeto melancólico).

A noção de objeto existe desde os anos 30 em diversos escritos psicanalíticos. Freud interessou-se pelo aspecto libidinal das experiências infantis, sobre o que Heimann (1952, p. 154) coloca: “Freud, sublinhou o significado supremo das experiências libidinais infantis, no contato da criança com o seio materno, seu primeiro objeto, mas não aprofundou a análise de seu conteúdo e fantasias envolvidas nessa primeira experiência”.

Melanie Klein, a partir da técnica do brinquedo e do progresso do trabalho com crianças, aprofundou e ampliou o conceito, ao verificar a importância das primeiras relações objetais no psiquismo e suas implicações posteriores na vida do indivíduo.

Para melhor elucidação do pensamento de Melanie Klein, a respeito das relações objetais, são especificados alguns aspectos da vida emocional da criança, com ênfase nas posições esquizo-paranóide e depressiva, por constituírem as estruturas da vida psíquica, segundo essa autora.

O conceito posição foi gradativamente elaborado na obra de Melanie Klein, e o termo posição para Baranger (1981, p. 10) refere-se:

> A uma localização determinada do sujeito dentro de uma situação objetal completa. Neste contexto, a posição implica uma série de vínculos ordenados em torno de um papel central, de sentimentos distribuídos entre o pai e a mãe, de identificações e eleições de objeto alternantes ou superpostos.

Do ponto de vista kleiniano, o amadurecimento das relações objetais ocorre gradativamente, conforme o processo de desenvolvimento. No princípio, as relações objetais são caracterizadas por necessidades, impulsos e fantasias, auxiliadas pela experiência sensorial.

Melanie Klein considera que o ego existe desde o nascimento, o que a diferencia de Freud, que postula o modelo estrutural de Ego, Id e Superego (HEIMANN, 1952).

Hinshelwood (1992, p. 300) afirma:

> Para Klein, o ego possui certas funções de tipo excepcionalmente primitivo, tais como separar o 'eu' do 'não-eu'; discriminar entre o bom (sensações boas) e o mau; fantasias de incorporar e expelir (introjeção e projeção) e a fantasia do acasalamento das pré-concepções e realizações.

Ocorre todo um desenvolvimento emocional e mental para que o indivíduo atinja relações objetais maduras, onde o objeto é percebido de forma diferenciada, singular, como um todo, total.

Segundo Heimann (1952, p. 157),

> A diferença essencial entre as relações objetais infantis e adultas é que, enquanto o adulto concebe o objeto como algo que existe independentemente de si próprio, para a criança isso se refere sempre, de algum modo, a ela própria.

O bebê, por encontrar-se numa etapa de desenvolvimento caracterizado pela indiferenciação, pela perda do limite entre "quem sou eu" e "quem é o outro", ao atacar o objeto-mãe acaba atacando a si próprio. A identificação projetiva[1] é um processo normal na posição esquizo-paranóide, tornando-se patológica caso persista em forma maciça e predominante. O uso excessivo, além desse período, pode ocasionar e ser proveniente do enfraquecimento do ego, favorecendo a perturbação nas relações objetais, empobrecendo a formação de símbolos e a possibilidade de desenvolver o pensamento, a abstração, a adaptação à realidade e ao meio em que vive.

---

[1] O termo Identificação Projetiva é definido por Meissner (1989, p. 48) como: "a identificação projetiva deriva da [cisão] do ego e da projeção de partes do *self* para dentro de outras pessoas, primordialmente a mãe e seu seio. Trata-se de uma fantasia de expulsão onipotente das substâncias corporais, a fim de tomar posse do objeto. Este, então, não é sentido como separado, mas é experenciado como aspecto do *self* [...] a identificação introjetiva começa pela mais antiga relação da criança com o seio, mesmo nas fantasias vampirescas de sugar e morder. A identificação projetiva é assim sinônima da introjeção, oral-sádica e baseada na ganância [inveja] do seio da mãe. Dessa maneira a introjeção e a projeção interage desde o próprio início da vida."

Para Klein (1952a, p. 216-217),

> A posição esquizo-paranóide corresponde aos primeiros três ou quatro meses de vida, sugere que, no começo da vida pós-natal, o bebê experimenta a ansiedade proveniente de fontes internas e externas. [...] a atividade interna do instinto de morte dá origem ao medo de aniquilamento e de que é essa a causa primária da ansiedade persecutória. A primeira fonte externa de ansiedade pode encontrar-se na experiência do nascimento. Portanto, a ansiedade persecutória participa desde o início em sua relação com os objetos, na medida em que o bebê está exposto a privações.

A posição esquizo-paranóide compreende um estágio rudimentar e inicial do ego, e tem como característica a natureza projetiva da relação com os objetos parciais, o processo de divisão (cisão) e a ansiedade persecutória.

A criança de tenra idade estabelece com a mãe a primeira relação de objeto, que é uma relação com o objeto parcial - o seio materno. O contato com o seio através da amamentação, os seus cuidados e o carinho são percebidos pela criança, assim como o desprazer, o mal-estar. Os impulsos orais-libidinais (amor, instinto de vida) e orais-destrutivos (ódio, instinto de morte), desde o começo da vida estão dirigidos ao seio materno ou para o primeiro contato que a criança tem com as pessoas que a cerca.

Dessa forma, as experiências repetidas de gratificação e frustração constituem poderosos estímulos para os impulsos libidinais e destrutivos, para o amor e ódio. O seio materno pode ser sentido como bom ou mau. “A falta de integração do ego e os processos de divisão do ego em relação ao objeto beneficiam a antítese entre o bom e o mau seio” (KLEIN, 1952a, p. 218). Todas aquelas experiências consideradas desprazerosas serão agrupadas em um conjunto “seio mau”, o objeto mau. Todas as suas vivências prazerosas irão constituir o “seio bom”, o objeto bom.

Devido à falta de integração do ego e aos processos de divisão (cisão) dentro do ego, os objetos bom e mau não são distingüidos pela criança. Porque nesta época a criança não percebe, dentro e fora, quem ela é e quem é o outro. Posteriormente, caso venha a empregar a cisão e projeção em demasia, a pessoa terá vivências de despersonalização, de perda de si mesmo, de um profundo vazio, de uma extrema ansiedade aniquiladora e destruidora da noção de si mesma, dos outros e da realidade externa.

Heimann (1952, p. 158) salienta:

> As relações objetais infantis são fluidas e oscilam entre extremos. Há uma tendência para relações maciças. Os sentimentos são todos bons ou todos maus e o mesmo ocorre com objeto para criança. Os tons intermediários estão ausentes.

A relação do bebê com a mãe e a noção do "eu" são construídas gradualmente. O bebê projeta (coloca para fora) os seus impulsos de amor e os atribui ao seio gratificador (seio bom), assim como projeta os impulsos destrutivos e os atribui ao seio frustrador (seio mau). O seio bom compreende todos os objetos gratificadores, e o seio mau, todos os objetos persecutórios internos e externos.

O objeto mau, frustrador, é vivido como um perseguidor terrível, e o bom seio converte-se no seio ideal. O seio idealizado se origina da necessidade de ser protegido contra os objetos perseguidores. Gradativamente, em momentos de insatisfação e perigo, caso a criança tenha tido experiências satisfatórias em bom número, ela pode lançar mão destas lembranças de experiências gratificantes para se acalmar.

Segundo Klein (1952a, p. 221-222),

> A síntese entre o sentimento de amor e os impulsos destrutivos para com o mesmo objeto - o seio - dá origem à ansiedade depressiva, culpa e o desejo urgente de proceder a reparação do amado e danificado objeto, o bom seio. Isso explica que a ambivalência é, por vezes, experimentada em relação a um objeto parcial - o seio materno.

Na teoria kleiniana, conforme dito anteriormente, o ego existe e opera a partir do nascimento, tendo a função de apaziguar as ansiedades da realidade interna e externa. Os processos de projeção e introjeção são atividades mais primitivas do ego (fantasias inconscientes[2]).

A possibilidade de introjeção de bons objetos favorece e fortalece a capacidade de integração do ego.

---

[2] Em Hinshelwood (1992, p. 46) encontra-se que as fantasias inconscientes estão subjacentes a todo processo mental e acompanham toda atividade mental. Elas são a representação mental daqueles eventos somáticos no corpo, que abrangem as pulsões, e são sensações físicas interpretadas como relacionamentos com objetos que causam essas sensações.

Nas palavras de Klein (1952a, p. 224) encontramos que:

> Quando, na fusão dos dois instintos, instinto de vida predomina sobre o instinto de morte - e, correspondentemente, a libido sobre a agressão - o bom seio pode ser mais seguramente estabelecido na mente infantil. [...] a capacidade do ego para suportar, numa certa medida, para tolerar a frustração, é um fator constitucional.

As vivências do bebê com o seio bom favorecem, futuramente, sentimentos como a gratidão, felicidade, reconhecimento do valor de si e dos outros e da realidade circundante, confiança em si e nos outros, a estabilidade emocional e a capacidade para elaboração de seus conflitos e, conseqüentemente, a possibilidade para uma maior adaptação ao meio e a sua modificação, caso seja necessária para a apropriada realização dos seus desejos; em contrapartida, o "fracasso" na internalização do objeto bom favorece a inveja, a primazia dos impulsos agressivos, a destrutividade, a desconfiança, a instabilidade emocional.

A inveja tem origem na mente do bebê, a partir do momento que ele sente e acredita que o seio/mãe o privou da gratificação. É a própria vivência, ou o registro em sentimento, da frustração vivida corporalmente pela fome. Mas, na maioria das vezes, esta vivência não decorre apenas da privação do alimento. O bebê também se ressente pela falta do contato gratificante com a mãe. Pode ser também vivenciada diante de um excesso de estimulação, para a qual a criança não está pronta para aproveitar como gratificante.

Klein (1957, p. 38), com muita propriedade comenta:

> As sensações do bebê parecem ser que, quando o seio o priva, este se torna mau porque retém para si o leite, o amor e os cuidados associados ao seio bom. Ele odeia e inveja o que sente ser o seio mesquinho e relutante. É talvez mais compreensível que o seio satisfatório seja também invejado. A própria facilidade com que o leite chega - embora o bebê se sinta gratificado por ele - dá também origem à inveja, porque essa dádiva parece algo inatingível.

O desejo do bebê pelo seio onipresente, de manter a relação de dependência, possibilita apaziguar a ansiedade persecutória e os impulsos destrutivos.

A frustração advinda da “falta” de atenção e cuidados traz benefícios para o desenvolvimento emocional do indivíduo, por lhe permitir enfrentar a realidade, desde que ocorrida em uma dose e momento apropriados. Quando as experiências negativas e as frustrações são transitórias e o objeto bom é reconquistado, tem-se como resultado o fortalecimento do ego.

É necessário, também, que a criança tenha experiências que lhe possibilitem dividir, compartilhar o objeto amado com as outras pessoas. Klein (1957, p. 66) escreve:

> [...] se a inveja não é excessiva, o ciúme na situação edipiana se transforma num meio de elaborá-la. Quando o ciúme é experimentado, as sensações hostis não se dirigem contra o objeto primário, mas antes, contra os rivais - pai ou irmãos - o que introduz um elemento de distribuição.

Os mecanismos de projeção e introjeção, em momentos de frustração, e de ausência da figura materna, favorecem a contenção da ira e da agressividade. No momento em que o bebê alucina o objeto bom, como pertencente ao objeto interno, e acredita tê-lo criado, o bebê encontra-se apto para estabelecer as relações objetais, quando, por exemplo, o seio real e externo reaparecer. Porém, em alguns momentos a projeção está imbuída de impulsos sádicos-orais, de ataque ao objeto.

De acordo com Klein (1963, p. 26-27),

> [...] alguns bebês experimentam intenso ressentimento por qualquer frustração e demonstram isso pela incapacidade de aceitar a gratificação quando ela se segue à privação. Diria que tais crianças têm uma agressividade inata e voracidade mais intensas do que aquelas criancinhas cujas explosões ocasionais de raiva logo se dissipam.

O psiquismo é marcado pelas vivências das relações de objeto advindas do mundo externo e interno e pela forma como o indivíduo absorveu e foi marcado por essas relações. O desenvolvimento da criança, portanto, é a resultante de fatores internos e externos.

Heimann (1952, p. 171), nos fala:

> As fantasias sobre o mundo interno são inseparáveis da relação infantil com o mundo exterior e as pessoas reais. Só uma limitação nos nossos meios de descrição faz parecer como que se existissem duas entidades distintas que se influenciam mutuamente, em vez de um todo, de uma experiência interatuante com múltiplas facetas.

Os autores Klein e Riviere (1937, p. 107) incorrem que: "existem numerosos fios que vinculam o relacionamento da mãe com o seu filho ao seu próprio relacionamento com sua mãe na infância."

Na relação mãe-bebê, tanto as experiências agradáveis em conjunto com as desagradáveis evidenciam o conflito inato entre o amor e o ódio, resultando na sensação de existirem um seio bom e um seio mau.

Klein (1957, p. 31) alerta para a necessidade de olharmos por esse prisma:

> [...] ser ou não a criança adequadamente alimentada e cercada de cuidados maternais, fruir plenamente ou não a mãe os cuidados com o filho ou ser ela ansiosa e ter dificuldades psicológicas com a amamentação, são todos fatores que influenciam a capacidade do bebê em aceitar o leite com prazer e internalizar o seio bom.

A internalização da mãe boa e os progressos das funções do ego (capacidade de adaptação ao meio, de ver a realidade, de memorizar, de prestar atenção, de compreender as relações entre as coisas-análise e síntese, de adiar a frustração de seus impulsos) permitem o estabelecimento da relação com o objeto total e o abandono de defesas primitivas. Divisão, onipotência, idealização, negação e controle dos objetos internos e externos são dominantes nesse estágio (KLEIN, 1952a). Hinshelwood (1992, p.136) descreve os mecanismos de defesas da posição esquizo-paranóide, entre eles a projeção, introjeção, cisão, idealização, negação e identificação projetiva.

Os métodos de defesa sofrem alteração a partir da capacidade do ego suportar a ansiedade. As contribuições, advindas das gratificações, dos interesses e das relações objetais, auxiliam nesse aspecto.

A criança pode perceber a mãe como pessoa, ou seja, objeto total, com aspectos bons e maus, gratificante e frustrante em alguns momentos. Os processos de síntese operam em toda extensão das relações objetais internas e externas.

Klein (1963, p. 35-36) destaca que:

> [...] o superego vigora no quinto ou sexto mês de vida quando o bebê começa a temer o dano que seus impulsos destrutivos e sua voracidade causam, ou podem ter causado, a seus objetos amados. Ele experimenta sentimentos de culpa e a necessidade de preservar tais objetos e de repará-los pelo dano causado. A ansiedade que agora experimenta é de natureza predominantemente depressiva.

A posição depressiva desenvolve-se durante o segundo trimestre da vida do bebê. O bebê, neste momento, está mais bem integrado egóicamente, expressa suas emoções e se comunica com as pessoas, é capaz de reconhecer aqueles que o cuidam. A consciência, a capacidade intelectual, a relação com o mundo estão ampliados, bem como a organização sexual, a síntese, o uso de simbolização, começa a brincar com partes de seu corpo, com as pessoas e objetos.

Os processos de integração e síntese fazem com que o conflito entre o amor e o ódio atinja sua plena força, e que surjam a ansiedade depressiva e o sentimento de culpa. A ambivalência é experimentada diante de um objeto total (a mãe como um todo). Ocorre a diminuição dos impulsos destrutivos, não necessariamente ligados a uma pessoa. No entanto, esses impulsos são sentidos como perigosos para o objeto amado, agora percebido como pessoa. A ansiedade relacionada com a mãe internalizada, que na sua idéia foi danificada por estes seus próprios impulsos agressivos, leva a uma identificação com a mesma. Na posição esquizo-paranóide, a ansiedade decorria da ameaça de ser aniquilado, de ser destruído. Agora, a ansiedade advém da possibilidade de que seus próprios impulsos agressivos venham a destruir o objeto amado. Daí o resultante sentimento de culpa pelo possível dano a ser causado ou provocado ao objeto querido e amado.

Com o desenvolvimento do ego, as defesas contra a ansiedade são mais bem elaboradas e diminuídas. É o momento do aumento da compreensão do mundo externo pela criança. A imagem dos pais idealizados, frustradores, dá lugar aos pais reais. A criança considera os pais como indivíduos separados, e as figuras parentais primitivas combinadas (pai e mãe fundidos em um só) perdem a força. Os objetos totais são

distinguidos e, dentro do bebê, ocorre o impulso de reparação do objeto danificado por seus impulsos agressivos, com o intuito de diminuir o sentimento de culpa e reparar o mal que possa ter provocado.

Segundo Klein (1952a, p. 239),

> [...] o medo de perder a mãe, o objeto primário do amor, contribui para a necessidade de substitutos. A criança volta-se, em primeiro lugar, para o pai, o qual, nesse estágio, também é introjetado como pessoa completa, a fim de preencher essa necessidade. Por tais processos, a libido e a ansiedade depressiva são desviadas da mãe e, em certa medida, essa distribuição estimula as relações objetais, ao mesmo tempo em que diminui a intensidade dos sentimentos depressivos.

As mudanças no desenvolvimento emocional e nas relações objetais da criança são de natureza gradativa.

Baranger (1981, p.24) afirma que:

> A posição depressiva é considerada como eixo de todo desenvolvimento. Se a posição esquizo-paranóide não pode ser superada, ou se as angústias depressivas são excessivas, pode-se produzir uma regressão à posição anterior ou estacionar na posição depressiva, ou uma saída lateral-regressiva em direção a estados maníaco-depressivos. Se pode constituir-se e avança, mediante a síntese, a discriminação e a reparação, se encaminha através das vicissitudes normais da neurose infantil, em direção ao desenvolvimento favorável.

A capacidade de reparação[3] possibilitará ao indivíduo, na vida adulta, a ampliação da sublimação e das relações de objeto.

Klein (1957, p. 62) escreve o seguinte acerca da posição depressiva: "quando o bebê alcança a posição depressiva e torna-se mais capaz de enfrentar sua realidade psíquica, sente também que a maldade do objeto deve-se em grande parte à sua própria agressividade e à projeção decorrente."

---

[3] Entende-se por reparação o mecanismo descrito por Melanie Klein pelo qual o sujeito procura reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor pelas suas fantasias destruidoras. Este mecanismo está ligado à angústia e à culpabilidade depressivas: a reparação fantasística do objeto materno, externo e interno, permitiria superar a posição depressiva garantindo ao ego uma identificação estável com o objeto benéfico (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 447).

A identificação com a mãe boa favorece a criança identificar-se com o pai e com outras pessoas.

> O bebê progressivamente integra seus sentimentos de amor e ódio [...], passa por estágios de luto ligados a sentimentos de culpa [...], começa também a compreender melhor o mundo externo e entende que não pode manter a mãe para si, como sua possessão exclusiva. Poder ou não o bebê encontrar auxílio para esse pesar na relação com o segundo objeto, o pai, ou com outras pessoas de seu ambiente, depende em grande parte das emoções que experimenta para com o seu objeto exclusivo perdido. (KLEIN, 1957, p. 64).

O desvencilhar da relação de dependência, ou da vivência simbiótica, favorece aos bebês de ambos os sexos a identificação com a mãe ("eu sou mamãe", "eu quero e tenho o que ela quer e tem"), ampliando o contato com a realidade e a inserção da figura masculina na sua vida.

A origem do complexo de Édipo na teoria kleiniana perpassa pela integração do ego e o reconhecimento da singularidade de si e do outro.

Para Heimann (1952, p. 178),

> [...] quando a criança passa a integrar as múltiplas impressões, anteriormente isoladas e dissociadas, em sua maior parte, no conceito de uma pessoa, ela se encontra, de fato, com duas pessoas mãe e pai - e essa nova situação abrange as suas inter-relações. [...]. Esse primeiro conjunto triangular representa a origem do complexo de Édipo

Nesse estágio de desenvolvimento, existe uma confluência de sentimentos e fantasias. A vivência triangular amplia novos padrões de relacionamentos, ao mesmo tempo em que remete a criança à cena primária. Normalmente, a criança fantasia a relação entre os pais como algo perigoso, na medida em que desperta nela ciúmes e ressentimentos por ser excluída do relacionamento.

Outro aspecto do complexo de Édipo, no início da infância, é devido às fantasias de incorporação. Isso quer dizer que essas fantasias "prevalecem na relação da criança com os pais [....]. Estes são internalizados, não só como indivíduos, mas também em seus aspectos como casal, a figura parental combinada". (HEIMANN, 1952, p. 180).

Klein em Inveja e Gratidão (1957, p. 65-66) comenta:

> A importância da figura parental combinada na capacidade do bebê diferenciar os genitores e estabelecer boas relações com cada um deles é afetada pela força da inveja e pela intensidade de seu ciúme edipiano. [...] se a inveja não é excessiva, o ciúme na situação edipiana se transforme num meio de elaborá-la [...] na menina, os desejos genitais pelo pai permitem-lhe encontrar outro objeto amado. Assim, o ciúme, até certo ponto, suplanta a inveja e a mãe se torna a principal rival. A menina deseja tomar o lugar da mãe e possuir e tomar conta dos bebês que o pai amado dá à mãe. A identificação com a mãe neste papel torna possível um campo mais amplo de sublimações.

Em relação à inveja feminina do pênis, a teoria kleiniana enfoca que a origem da inveja se encontra relacionada à inveja do seio da mãe, e as fantasias são de caráter oral. A primeira inveja que surge é a inveja do seio nutriente e gratificador, e está presente tanto na menina como no menino.

Pelo mecanismo de projeção, a criança acredita que tanto o seio como o pênis são incorporados por ambos os pais. Para a criança, a mãe assume uma figura feminina e fálica (o pênis encontra-se conservado dentro de seu próprio corpo, ela possui o poder do pai dentro dela).

Com o decorrer do desenvolvimento emocional e das experiências, a criança abandona as fantasias pré-genitais e caminha para o estabelecimento da prevalência das vivências genitais, mais maduras, com o estabelecimento dos objetos totais e a distinção entre os objetos, com a predominância de momentos em que as vivências próprias da posição depressiva predominam.

As relações objetais da infância são determinantes para o indivíduo. A esse respeito, Klein (1963, p. 40) mostra a importância do tema, dizendo que:

> Um interessante exemplo da influência das atitudes primitivas através da vida é o fato de que a relação com as figuras arcaicas continuam reaparecendo e que os problemas que permanecem não resolvidos no bebê ou na tenra infância são revividos embora de forma modificada.

Caminhar nos meandros do psíquico e da doença requer aprofundamento e ponderação do pesquisador. Com base nessa perspectiva, as pesquisas sobre as relações objetais e câncer de mama são vistas a seguir.

1.5. Relações objetais e câncer de mama

Restritos são os achados na literatura que versam sobre as relações objetais em mulheres com câncer de mama, no que se refere a essas relações e a figura materna. Raro também são os estudos que utilizam como instrumento de investigação o Teste de Relações Objetais de Phillipson para essa população. Phillipson (1970) considera as relações interpessoais como sendo o núcleo das relações objetais do presente, explorando o conteúdo de realidade e o clima emocional, que evocam na relação transferencial diferentes tipos e níveis de sentimentos.

Nascimento (1988) realizou um estudo clínico sobre a natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. A população pesquisada foi de oito pacientes, utilizou-se como instrumento de pesquisa uma entrevista semi-estruturada e o Teste Projetivo de Relações Objetais - TRO de Phillipson (1981). A conclusão obtida no estudo foi de que as pacientes com câncer de mama não puderam elaborar com êxito a posição depressiva infantil; parecem tratar-se de pessoas em que predomina a culpa persecutória, levando-as a atitudes auto-punitivas que se manifestam não apenas através da doença orgânica mas também na forma de se relacionar com o mundo. Pode-se pensar numa estrutura de personalidade psicótica, porém mantida por mecanismos neuróticos, sobretudo obsessivos. Em algumas pacientes a doença acabou constituindo-se, também, numa possibilidade de reparação do vínculo com a mãe, e ainda restabelecendo a dependência primitiva - na época da doença a mãe as cuidavam como desejariam que tivessem sido cuidadas na infância.

Outro estudo dentro desta perspectiva foi efetuado por Rosa et al. (1991), denominado orientação psicológica de mulheres com câncer de mama sob um ponto de vista sociopsicossomático. Os autores chamaram atenção para como o TRO pode contribuir para a análise estatística da personalidade e para os estudos epidemiológicos de pacientes com câncer de mama. Os objetivos da pesquisa constituíram em: 1) investigar os sistemas psicodinâmicos tensionais da personalidade das pacientes com câncer de mama; 2) avaliar as variações da eficácia adaptativa; 3) comparar a escala do TRO de Phillipson com a Escala Diagnóstica Adaptativa operacionalizada (EDAO); 4) derivar os papéis preventivos e organizacional do Psicólogo Clínico. Os resultados alcançados revelaram que a correlação linear entre a escala do TRO com a escala diagnóstica adaptativa

operacionalizada (EDAO) não foi significativa; as pacientes não podiam ser classificadas como melancólicas ou como neuróticas depressivas. Por outro lado, não se pode concluir que elas eram semelhantes às mulheres com enfermidades dermatológicas do grupo de controle. Suas fantasias inconscientes de doença e de cura estavam entre as defesas de reparação da posição depressiva, projetavam o sentimento de cuidar da mãe interna e o desejo de reparar o corpo doente; foram descritas como pacientes com a Síndrome do Individamento de Guyotat. As lâminas mais significativas foram A_1, AG, B_2 e C_2 e Branca.

O estudo relatado a seguir investigou as relações objetais de mulheres com câncer de mama, comparando dois grupos em fases diferentes antes e após a cirurgia. Observou-se que todas as mulheres (31) deste estudo apresentavam forte comprometimento nas primeiras relações objetais, isto é, traziam dificuldades de relacionamento interpessoal que as impediram de elaborar a posição depressiva. Pelos resultados obtidos na lâmina A, concluiu-se que essas mulheres mobilizam seus primeiros conteúdos de necessidade de afeto e segurança. Verificou-se que ambos os grupos apresentavam controle egóico pouco amadurecido, indicando que o ego ainda utilizava defesas arcaicas diante da angústia paranóide, significando que não suportariam uma Psicoterapia Breve sem abordagens especiais. O uso da técnica projetiva nesse tipo de pacientes forneceu pistas importantes para o manejo transferencial, o grupo com atendimento psicológico demonstrou melhora significativa a nível estatístico, na lâmina 9 (B_2) (GANDINI et al., 1995).

Também dentro da perspectiva de investigação em mulheres com câncer de mama através do TRO, Gandini et al. (1996, 1999), em um estudo de caso, utilizou o Teste de Relações Objetais de Phillipson como facilitador do psicodianóstico, porém em diferentes momentos a paciente abandonou as instruções do teste, desencadeando “insights” sobre suas fantasias inconscientes, facilitando o processo terapêutico. Obtiveram como resultado da pesquisa a elucidação da aplicabilidade do TRO enquanto instrumento de psicodiagnóstico e facilitador do processo terapêutico.

A partir desses levantamentos e estudos e da restrição quanto aos achados na literatura, nasceu o desejo e a preocupação com o estudo das relações objetais em mulheres com câncer de mama com suas mães. Devido ao fato de as pessoas repetirem inconscientemente as relações da infância no decorrer da sua existência, há possibilidade

de se gerar futuramente algumas dificuldades nas relações afetivas e interpessoais do indivíduo.

A seguir algumas considerações acerca dos fundamentos do método a ser utilizado, justificando sua escolha e emprego, em consonância com os objetivos desta pesquisa.

1.6. O método em pesquisa

Na busca do conhecimento científico, faz-se necessário que o pesquisador reflita sobre alguns aspectos relativos à ciência, ao método e às técnicas científicas que proporcionam a compreensão dos fenômenos.

Calil (2001, p.41), em seus estudos sobre o método, ressalta que:

> A ciência de uma forma geral, pode ser vista como o saber que se adquire por meio de um conjunto de conhecimentos coordenados relativos a um determinado objeto de estudo. Cada campo científico segue preceitos e pressupostos definidos e determinados inserindo-se dentro do campo de estudo mais amplo da filosofia da ciência.

A filosofia da ciência considera que há três grandes tipos de ciências: as formais, as empírico-formais e as humanas (REZENDE, 1987).

Esse estudo fundamenta-se nos pressupostos e paradigmas que norteiam as ciências humanas, buscando assim a compreensão dos fenômenos humanos, em especial as relações objetais das mulheres com câncer de mama com suas mães.

De acordo com Japiassu (1977, p.8) as ciências humanas seriam as "disciplinas que têm por objeto de investigação as diversas atividades humanas, enquanto estas implicam relações dos homens entre si e com as coisas bem como as obras, as instituições e as relações que daí resultam".

Para a compreensão do fenômeno humano, o pesquisador escolhe o método que permita vislumbrar as diferentes formas de perceber o objeto de estudo.

Minayo (1994, p. 22) entende por método "o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade".

Herman (1987, p. 17) afirma que:

> O método de uma disciplina científica é a própria forma intrínseca de um pensamento e saber, vem daí o fato de que sempre parecemos estar pensando nele, quando simplesmente estamos pensando através dele em outra coisa qualquer.

Quando pensa-se em conhecimento científico, em ciências humanas, parte-se do pressuposto que as verdades não são absolutas, inquestionáveis.

Pádua (1996, p.31) considera:

> As diferentes concepções de ciência e de método deve-se ao caráter histórico do processo de produção do conhecimento. [...] É neste sentido que se utilizam as expressões método dialético, método estruturalista. [...] cada um tem sua visão de mundo, concepção de homem, pressupostos ético-filosóficos, que determinam suas diretrizes e procedimentos para a atividade de pesquisa.

É sabido que em pesquisa existem dois grandes métodos, o quantitativo e o qualitativo, que diferenciam-se pelo paradigma e forma de abordagem do problema, ou seja, o primeiro compreende o fenômeno ao que pode ser observado e mensurado, enquanto o segundo busca a compreensão do fenômeno humano em seus vários sentidos, em sua totalidade. Desse modo, tecer-se-á algumas considerações acerca do método utilizado neste estudo, a pesquisa qualitativa.

Segundo Pádua (1996, p. 31) a pesquisa qualitativa constitui-se:

> A partir de pressupostos estabelecidos pelo método dialético e também apoiadas em bases fenomenológicas, pode-se dizer que as pesquisas qualitativas têm-se preocupado com o significado dos fenômenos e processos sociais levando em considerações as motivações (crenças, valores, representações sociais que permeiam a rede de relações sociais.)

A abordagem qualitativa requer abertura, flexibilidade, capacidade de observação, interação e busca da compreensão particular daquilo que se estuda.

Bogdan e Biklen (1994, p.47-48) discutem o conceito de pesquisa qualitativa, a partir de cinco características:

> 1) Na investigação qualitativa a fonte direta dos dados é o ambiente natural constituindo o investigador o instrumento principal; 2) A investigação qualitativa é descritiva; 3) Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; 4) Os investigadores tendem a analisar os seus dados de forma indutiva ; 5) O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Um dos tipos de pesquisa qualitativa consiste no estudo de caso. Este caracteriza-se pela interpretação do contexto ou do indivíduo de forma detalhada e profunda.

De acordo com Franco (1994, p.155) o estudo de caso pretende "retratar uma configuração que, embora particular, funcione apenas como ponto de partida para uma análise que busque o estabelecimento de relações sociais mais amplas de um determinado objeto de estudo".

Uma outra forma de trabalho em pesquisa qualitativa, utilizado pelo investigador, consiste no método clínico. Para Calil (2001, p.69), o método clínico pressupõe: "a realização da investigação científica do fenômeno humano por meio da interpretação e da compreensão simbólica, buscando o consenso simbólico pelo exercício da criticidade, dentro da relação clínica".

A respeito do método clínico Bleger (1989) destaca que o mesmo caracteriza-se por uma detalhada, cuidadosa e repleta observação realizada sob um enquadramento rigoroso.

A abordagem da psicologia psicodinâmica trouxe ao método clínico um aparato teórico para compreensão do fenômeno humano em sua originalidade.

Segundo Rezende (1999, p.24) a psicanálise acredita que no homem existe: "[...] um mundo que não é aparente, não é fenomenal [...] um mundo que não é observável de fora para dentro, mas que por assim dizer só pode ser observado de dentro para dentro".

Com o objetivo de investigar e introduzir alguns eixos de reflexão acerca da problemática das relações objetais e câncer de mama, foram utilizados neste estudo dois procedimentos técnicos: a entrevista semi-estruturada e o Teste de Relações Objetais de Phillipson.

A entrevista psicológica proporciona a história da paciente, dados sobre a estrutura da sua personalidade e a inter-relação entrevistado - entrevistador. Para Bleger

(1989, p. 15), “a entrevista não pode substituir nem excluir outros procedimentos da investigação da personalidade, porém estes últimos não podem prescindir da entrevista”.

Ocampo e Arzeno (1990, p.24), consideram:

> [...] a entrevista clínica é uma técnica, não a técnica. Sendo que, os testes projetivos são de importância inegável ao apresentarem vantagens na padronização, exploração de outros tipos de condutas que não podem ser investigados na entrevista clínica e que podem constituir o reduto dos aspectos patológicos do paciente, ocultos atrás de uma capacidade de verbalização.

A técnica projetiva auxilia sobremaneira o diagnóstico clínico psicológico, ao proporcionar a tradução global da estrutura de personalidade do indivíduo.

Maiores considerações a respeito da entrevista e do Teste de Relações Objetais de Phillipson estão detalhados a seguir.

1.6.l. A entrevista psicológica

Em pesquisa qualitativa, a entrevista é um dos instrumentos que contemplam o trabalho de campo, possibilitando o encontro do entrevistador e o entrevistado com o objeto de estudo.

É uma técnica de investigação científica que possui procedimentos específicos e regras determinadas, alcançando, assim, a aplicação do conhecimento científico. Caracteriza-se pela variedade de objetivos e utilização. Na pesquisa de campo tem sido a técnica mais utilizada. É permeada por questionamentos que o pesquisador deseja investigar a partir de suas hipóteses, advindos da definição do objeto de investigação.

Bogdan e Biklen (1994, p.134) apontam que:

> Em investigação científica, a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

A entrevista é uma situação de interação que objetiva delimitar o quê, como o fenômeno será investigado, sem perder de vista as peculiaridades das informações do indivíduo e a sua realidade. Dentro desse prisma, Minayo (1994, p. 109-110) comenta:

> O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Em psicologia clínica, a entrevista é um procedimento científico qualificado para a investigação, ao permitir a compreensão do funcionamento mental, da relação entre a psicopatologia e os conflitos emocionais do indivíduo.

Conforme Bleger (1989, p. 8),

> A entrevista é um instrumento fundamental do método clínico e, portanto, uma técnica de investigação cientifica em psicologia. Como técnica tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas com os quais não só se amplia e se verifica. como também, ao mesmo tempo, se aplica o conhecimento científico.

No processo da entrevista psicológica, o entrevistador tem como regra a obtenção do comportamento dinâmico do entrevistado. Esse comportamento pode ser entendido como toda e qualquer manifestação de comportamento ocorrida no tempo de encontro entre o pesquisador e o entrevistado, constituindo o que foi dito de forma consciente, e o não dito que emerge do comportamento não verbal inconsciente. O tipo de comunicação do entrevistado favorece a compreensão da análise da sua personalidade.

Durante a entrevista é comum ocorrer determinado nível de ansiedade e dependerá do entrevistador a habilidade de mantê-la em um limite aceitável. Para Etchegoyen (1987, p. 34), “uma dificuldade é que o entrevistador não deve recorrer a procedimentos que a evitem, como o apoio e a sugestão, e tampouco pode resolvê-la como o instrumento específico da interpretação”.

Outro aspecto relevante da entrevista é quanto às defesas emocionais empregadas pelo entrevistado no ato da entrevista.

Autores como Mackinnon e Michels (1992, p. 19) salientam que: "o temor de olhar sob suas defesas não é o único motivo de dissimulação que tem o paciente a ser entrevistado. Qualquer pessoa preocupa-se com a impressão que causa sobre os outros".

> Durante a entrevista, tanto a ansiedade como seus mecanismos de defesa podem aumentar, porque o desconhecido que enfrenta não é somente a situação nova, mas também o perigo daquilo que desconhece em sua própria personalidade". (BLEGER, 1989, p. 25).

Dentro da problemática citada, a relação do entrevistado e do entrevistador delimita e determina o campo de entrevista através de dois componentes fundamentais: a transferência[4] e a contratransferência[5]. Tais fenômenos podem ser utilizados como instrumentos técnicos de observação e compreensão do vínculo.

A entrevista psicológica perpassa alguns eixos de reflexões conforme citado anteriormente. Com fundamento nesses conceitos e na concepção de que a escolha do tipo de entrevista é baseada no objeto de investigação, neste trabalho a técnica utilizada no processo de investigação foi a entrevista semi-estruturada.

Em pesquisa qualitativa as técnicas de entrevistas são variadas; entre elas, têm-se as entrevistas aberta, semi-estruturada, através de história de vida e a de grupos focais.

Segundo Minayo (1994, p. 21), "a entrevista semi-estruturada e não estruturada difere apenas em um grau, porque na verdade nenhuma interação para finalidade de pesquisa se coloca de forma totalmente aberta".

A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, sendo que o roteiro da entrevista tem o papel facilitador do aprofundamento da comunicação. De acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 134) "nas entrevistas semi-estruturadas fica-se com a certeza de obter dados comparáveis, entre vários sujeitos,

---

[4] Transferência designa, em psicanálise, os processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vividas com um sentimento de atualidade acentuada (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 514).

[5] Contratransferência é o conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 102.)

embora se perca a oportunidade de compreender como é que os próprios sujeitos estruturam o tópico em questão".

A partir das contribuições teóricas de diversos autores sobre a complexidade, viabilidade, limitações da entrevista semi-estruturada, cabe ao pesquisador uma reflexão ao utilizá-la, de forma a favorecer ao entrevistado a liberdade de expor suas idéias, sua estrutura psicológica singular, discorrendo sobre o tema proposto, permitindo uma situação de interação e não somente de coleta de dados.

Esta tarefa, é preconizada por Bleger (1989, p. 18):

> A técnica e sua teoria estão estreitamente entrelaçados com a teoria da personalidade com a qual se trabalha; o grau de interação que um entrevistador é capaz de conseguir entre elas dá o modelo de sua operacionalidade como investigador. A entrevista não consiste em "aplicar" instruções, mas em investigar a personalidade do entrevistado.

Nas considerações seguintes descreve-se alguns fundamentos do método projetivo, dando ênfase ao Teste de Relações Objetais de Phillipson (TRO).

1.6.2. Técnicas projetivas - TRO de Phillipson

De acordo com Van Kolck (1981, p. 255):

> L.K. Frank lançou, em 1939, o termo projetivo que ganhou logo ampla difusão e emprego. Passou a designar aqueles procedimentos para estudo da personalidade que apresentam como situação-estímulo algo pouco estruturado e mal definido, vago e impreciso, que não tenha um significado estabelecido pela opinião do experimentador qual o sujeito possa imprimir um sentido particular.

O termo projeção em técnicas projetivas envolve essencialmente o sentido psicanalítico.

Alguns autores que discutem os métodos projetivos (ANASTASI, 2000, p. 339; CUNHA, 1989, p. 4) consideram que a introdução do enfoque psicodinâmico, com

conceitos psicanalíticos tradicionais e modernos, forneceu o aparecimento das técnicas projetivas e os fundamentou teoricamente.

Para Van Kolck (1981, p. 256), com todas essa ambigüidades de conceituação, é necessário frisar várias características comuns às técnicas projetivas:

> 1) Estímulos: poucos ou nada estruturados; 2) respostas: muito ou totalmente livres; 3) abordagem indireta; 4) origem: confluência da psicanálise com a psicometria, dando em resultado respostas livres a estímulos padronizados; 5) aplicação: quase sempre individual; 6) avaliação e interpretação: resultantes da abordagem psicométrica, possível nos aspectos formais ou expressivos, e de clínica, pelos aspectos do conteúdo ou propriamente projetivos; 7) objetivo: exploração da personalidade em plano mais profundo que o possibilitado por outras técnicas.

Essencialmente, as técnicas projetivas originaram-se em um ambiente clínico, e ao respondente é apresentada uma variedade de estímulos menos estruturados, com instruções breves e gerais, favorecendo menores reações defensivas do sujeito.

Segundo Anastasi (2000, p. 338), a expectativa consiste que "os materiais de teste sirvam como uma espécie de tela, na qual os respondentes projetam seus processos de pensamentos, suas necessidades, suas ansiedades e seus conflitos característicos".

Dentro da perspectiva clínica e dos conceitos psicanalíticos, surgiu o Teste das Relações Objetais.

O Teste de Relações Objetais de Phillipson foi criado em 1955, como instrumento diagnóstico. Phillipson o criou a partir do TAT e do Rorschach. É um rico material - estímulo com fundamentação teórica baseada na teoria das Relações Objetais de Melanie Klein e Fairbairn.

Ocampo e Arzeno (1990, p. 103-107) comparam o TRO com instrumentos como o TAT de Murray e o Rorschach, encontrando características comuns e diferenciais entre eles.

> [...] enquanto o TAT sugere alto grau de absoluta neutralidade temática e o TRO concilia ambas as tendências. O TAT enfatiza a seqüência temporal do drama, os Rorschach não pede história nem explora a historicidade do percepto do paciente e o TRO explora a seqüência temporal do drama associado à percepção, em especial ao presente. O TAT sugere um alto grau de movimento humano, o Rorschach apresenta

> manchas que não sugerem explicitamente nenhum movimento humano, mas permitem projetá-lo. No TRO, em suas pranchas o movimento humano não é claramente sugerido, mas pode ser projetado. No TAT, o conteúdo humano está claramente apresentado, o Rorschach tampouco sugere diretamente figuras humanas e o TRO é muito fácil visualizar figuras humanas... O TAT é um teste de conteúdo, O Rorschach é um teste de forma, o TRO é um teste de conteúdo e forma.

Compreende-se assim a singularidade do TRO para as investigações do relacionamento interpessoal, encontrando-se nas palavras de Arzeno (1995, p. 127) que:

> O Rorschach nos dá uma visão muito profunda da personalidade e eu o compararia com uma tomografia computadorizada. O Phillipson nos oferece o mesmo mas mais como um filme no qual cada aspecto da estrutura da personalidade aparece em constante relação com os outros.

Vale mencionar, ainda, os comentários de Cunha (1989, p. 131), ao reconhecer que o "TRO está isento de aspectos culturais, servindo-se de estímulos ambíguos. Oferece chances de menor expressão da agressividade, predispondo a um maior dinamismo quanto à transferência".

Outra contribuição importante para a compreensão do TRO é dado por Rosa (1995, p. 11), ao comentar que:

> O TRO favorece a exploração da dinâmica do mundo interno do paciente e da possibilidade de modificação dos vínculos patológicos e sistemas defensivos, frente a diversas situações por sua apresentação em três séries, com quatro lâminas e, em cada uma delas, com um personagem, dois, três e vários em grupo, além da prancha branca.

Phillipson (1970) fundamenta seu teste através do entendimento com o qual o indivíduo se relaciona com os demais, de acordo com as vivências arcaicas.

De acordo com Ocampo e Arzeno (1990, p. 111),

> A pessoa percebe dinamicamente o mundo que o rodeia. Esta percepção é coerente com sua forma de se conduzir em qualquer situação humana que enfrente. Portanto, em qualquer tipo de interação com seu meio refletirá também os processos dinâmicos através dos quais expressa e regula as forças conscientes e inconscientes que operam em sua interação com a situação.

O indivíduo relaciona-se com o mundo e pessoas a partir das "marcas" inconscientes advindas das relações objetais.

Baseado em Phillipson (1970), Ocampo e Arzeno (1990) e Rosa (1995), seguem abaixo a análise e a descrição de cada lâmina do TRO:

a) Série A: o mundo é vago, apenas delineado, o sombreado é claro e o ambiente que mostra carece de detalhes, explora as primeiras relações de objeto de dependência e a sua relação com o contato físico e sensitivo. As pranchas sugerem pouco e deixam a imaginação do paciente mais liberada;
b) Série B: apresenta o contraste de branco e preto e os matizes de cinza. Os traços são definidos os elementos dessa série estão perfeitamente delineados os objetos mostram uma estrutura definida quanto ao conteúdo de realidade, isso faz com que o paciente tenha pouca liberdade para interpretar a prancha. Esta série enfatiza o clima de ameaça e indiferença;
c) Série C: o mundo humano é mais realista, o ambiente mais rico de detalhes e a apresentação menos definida do que na série B, porém mais do que a A. A cor é utilizada com duas modalidades: intrusão ou esfumaçado para reduzir o desafio emocional que a intrusão implica. As cores dessa série sugerem: calor (vermelho), indiferença (esverdeado), temor ou irritação (vermelho), doença (azul), dano (marrom), o branco da prancha CG, aumenta a tensão e os sentimentos agressivos que a prancha provoca entre o indivíduo e o grupo.

Lâmina A_1 (1)

Indica como paciente reage ao enfrentar uma situação nova e mobiliza o temor ao desconhecido (ROSA, 1995). É relevante por verificar as reações do sujeito diante da solidão, numa situação regressiva de dependência, e os elementos relativos a relação transferencial e fantasias de doença e análise. É comum a visualização da figura masculina (OCAMPO e ARZENO, 1990, p. 114; PHILLIPSON, 1970).
Quanto menor a distância da lâmina, tanto maior a dificuldade para insight. O reconhecimento do conflito interno, localizando-o na mente, demonstra o equilíbrio adaptativo. A negação maníaca do conflito indica fantasias ligadas à solidão, doença e abandono, a tristeza e nostalgia podem indicar um quadro depressivo (ROSA, 1995, p. 12).

Lâmina A_2 (2)

Estimula a projeção da imagem interna de um par como projeção da bissexualidade. O acréscimo de um terceiro é pela intolerância ao par, ocorrendo fantasias de reparação maníaca do par. É importante a distância em que o paciente se coloca frente à problemática estimulada e a forma como se estrutura e se inclui no espaço. (ROSA, 1995, p.13).

Lâmina A_3 (8)

O tema que aparece é a separação em relação aos pais. A situação triangular é apresentada à luz de suas ansiedades mais primitivas e arcaicas. Permite avaliar como o paciente manipula a culpa e a resolução dos conflitos com a autoridade. (OCAMPO e ARZENO, 1990, p. 121; ROSA, 1995, p.13).

LâminaA_G (5)

Estimula angústia de tipo predominante depressiva. Explora a capacidade do paciente de tolerar o dano infligido aos objetos queridos, aceitar a ansiedade depressiva e elaborar perdas. Indica como sente essas perdas e permite expressar a possibilidade de rearmar-se frente aos lutos reais ou fantasias, incluindo os microlutos da vida cotidiana (OCAMPO e ARZENO, 1990, p. 117).

Lâmina B_1 (6)

Evidencia os conflitos que existem com relação à própria identidade. O paciente entra em contato com seus conteúdos internos persecutórios. Podem surgir defesas obsessivas relativas à ordem. Aparecem temas relativos à privação e à solidão, a cama pode ser visualizada em desordem ou arrumada, servindo para projeção de fantasias sexuais ou de doença (ROSA, 1995, p. 14).

Lâmina B_2 (9)

Mostra um par em um ambiente exterior que, como o conteúdo de realidade, é um elemento vivido como protetor, ao fundo, uma casa pode mobilizar fantasias de ataque ao par ou pode "excluir" as figuras que estão fora dela (ROSA, 1995, p. 14).

Lâmina B_3 (4)

Avalia o vínculo de "olhar e ser olhado" e a contraparte agressiva de espiar e ser espiado, invadido ou controlado pelo olhar e a capacidade de enfrentar aspectos sombrios e angustiantes da vida. Podem aparecer fantasias não só de exclusão mas também de "inclusão no par". Mantém a situação triangular, aparece um par unido e uma terceira pessoa afastada do par. A negação da terceira pessoa pode revelar desejo de controlar o objeto diante da ansiedade persecutória, quanto maior a exclusão do outro ou a negação aperceptiva, maior o temor das identificações projetivas (ROSA, 1995, p. 14).

Lâmina B_G (10)

Geralmente as figuras são visualizadas como masculinas (adultos e crianças). A prancha encara a situação de solidão frente ao grupo, a exclusão do grupo de amigos. Explora sentimentos de aceitação, rejeição ou indiferença que o paciente projeta no grupo (OCAMPO e ARZENO, 1990, p. 122).

Lâmina C_1 (12)

Traz, em seu conteúdo de realidade, os elementos da cor, mobilizando sensações em diferentes níveis da evolução psicossexual: orais, anais e genitais. Ocorre projeção do paciente dos sentimentos vivenciados na relação com o terapeuta, isto é, aceitando ou não ser olhado (OCAMPO e ARZENO, 1990; ROSA, 1995, p.15).

Lâmina C_2 (11)

Aparecem fantasias de perda e elaboração do luto, avalia-se a relação do par frente às fantasias de separação, doença, morte; quanto maior a distância em relação ao objeto morto que provoca a culpa, fica mais difícil vivenciar e elaborar a situação depressiva (ROSA, 1995, p.15).
Os fenômenos confusionais aparecem quando as ansiedades em torno da perda do objeto são excessivas. Podem ser apreciados os sentimentos de

culpa, as possibilidades de reparação pelo dano causado aos objetos amados, a deficiência ou falta de complemento da elaboração deste processo, com surgimento de defesas maníacas (OCAMPO e ARZENO, 1990, p. 123).

Lâmina C_3 (3)

Introdução das cores de forma intrusa e difusa mobiliza sentimentos relacionados com o conflito edipiano.
A negação do conflito pode se manifestar com omissão ou acréscimo de personagens e sua intensidade associada aos medos da exclusão/inclusão diante do par unidos (ROSA, 1995, p. 16).
Os indivíduos emocionalmente perturbados não incluirão a cor. A inclusão da cor, do conteúdo de realidade, demonstra boa adaptação de seus afetos e impulsos ao mundo externo e interno, grau de controle racional e capacidade de elaboração da situação triangular (OCAMPO e ARZENO, 1990, p.115).

Lâmina CG (7)

Esta lâmina coloca a temática do grupo versus indivíduo com traços de autoridade e explora as reações frente à autoridade interna/externa; capacidade de discriminação dos aspectos estruturais internos (id, ego e superego). (OCAMPO e ARZENO, 1990, p. 143).
Ocorre a estimulação dos sentimentos agressivos, competitivos, determinantes nos níveis de aspirações e desejos de progresso do paciente.
As soluções dadas à lâmina são determinadas ou não pelo equilíbrio dos impulsos amorosos ou destrutivos (ROSA, 1995, p. 16).

Lâmina Branca (1)

Apresenta carência total de estimulação visual. Explora a relação transferencial estabelecida com o psicólogo e com o teste. Possibilita a avaliação do prognóstico, visto que o paciente elabora um projeto de vida. (ROSA, 1995, p. 16).

Os critérios de interpretação do TRO, Phillipson (1970), sugerem a:

Exploração do sistema tensional inconsciente dominante na interpretação das respostas aos seus testes. Propõe que se concentre na tríade metapsicológica, formada por sentimentos (medos, angústias, sensações de persecutoriedade, depressão e confusão), desejos inconscientes e mecanismos de defesa para avaliação do equilíbrio adaptativo do ego.

Dentro das modificações atuais do método de interpretação do teste têm-se as sugeridas por Arzeno (1995, p. 128), que se definiriam como:

[...] (1) agrupar as histórias por séries; (2) comparar as histórias de cada série entre si e com suas respostas populares respectivas, anotando aquilo que chamar a atenção (omissões, adições, distorções no perceptual ou nas

> histórias; (3) após resumidas as conclusões de cada série, comparar todas as histórias de um personagem, de dois, de três e de grupo comparar com as respostas populares e proceder da mesma maneira que em (2)” .

A entrevista semi-estruturada e o Teste de Relações Objetais de Phillipson, ao serem utilizados respeitando-se os critérios de avaliação, interpretação e a ética podem favorecer a compreensão do objeto de estudo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Investigar e introduzir alguns eixos de reflexão acerca da problemática das relações objetais e câncer de mama.

2.2. Objetivos específicos

- Investigar aspectos psicodinâmicos das mulheres com câncer de mama com suas mães;
- Investigar as relações objetais das mulheres com câncer de mama com suas mães;
- Relacionar os aspectos psicodinâmicos e as relações objetais das pacientes com câncer de mama com suas mães.

3. MÉTODO

Reconhecendo que a escolha do método ocorre a partir da abordagem e do tipo de problema estudado, optou-se neste estudo pela pesquisa qualitativa por contemplar satisfatoriamente o fenômeno estudado.

Dentre os procedimentos e técnicas, destaca-se para este trabalho a entrevista semi-estruturada e o Teste de Relações Objetais de Phillipson - TRO, que foram utilizados dentro de uma abordagem de estudo de caso.

Para fundamentar o método clínico, onde o próprio sujeito é concebido como ser único, levou-se a cabo a matriz psicodinâmica e alguns pressupostos de base psicanalítica; proporcionando, assim, enriquecimento e aprofundamento do objeto de estudo.

O método clínico psicodinâmico pode ser aplicado nas diversas áreas da vivência do ser humano; nesse sentido, pode trazer contribuições ao Estudo das Relações Objetais das mulheres com câncer de mama com suas mães, no que se refere às vivências infantis relativas às figuras parentais.

A psicanálise demonstra que os processos mentais não se fixam à compreensão da vida orgânica e da vida meramente social. Ela dimensiona as Relações Objetais e os afetos na vida do sujeito. Explica o indivíduo humano por seu passado, o adulto pela criança.

3.1. Recursos materiais e humanos

3.1.1. Caracterização da instituição

A pesquisa foi realizada no Hospital Evangélico Dr. e Sr^{a}. Goldsby King, situado na cidade de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

O Hospital foi inaugurado em 4 de fevereiro de 1946. É mantido pela Associação Beneficente Douradense, sociedade civil de caráter filantrópico. Mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), prestando assistência médica gratuita à população. Possui o Serviço de Mastologia, que realiza diversos procedimentos cirúrgicos e de tratamento. Em 30 de agosto de 1999 foi inaugurado o Centro de Atendimento Oncológico-Quimioterápico. Em 20 de dezembro de 2000, foi inaugurado o Centro de Radioterapia. Com a implantação desses serviços acredita-se que aumentará a demanda no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama.

3.1.2. Caracterização dos sujeitos

Participaram deste estudo quatro mulheres com diagnóstico de câncer de mama e suas respectivas mães. Na primeira fase da coleta de dados, uma dessas mulheres encontrava-se no período do pós-operatório imediato ainda no hospital, e as demais encontravam-se em tratamento no Setor de Oncologia-Quimioterapia, ou no Setor de Fisioterapia do Hospital Evangélico Dr. e Sr^{a}. Goldsby King.

A população atendida pelo serviço de Mastologia do Hospital pertencia, em sua maioria, a um nível sócio-econômico baixo, e eram provenientes da cidade de Dourados, MS e região.

3.1.2.1. Critérios para seleção da amostra

Os critérios para seleção dos sujeitos consistiu no histórico de cirurgias (mastectomia e quadrantectomia) compreendidas entre 1990 e 2000 e o fato de possuírem mãe viva, residente na cidade de Dourados, MS.

3.1.2.1.1. Características da amostra

Algumas características da amostra são apresentadas na Tabela 1, onde as pacientes, de agora em diante, serão referidas com nomes fictícios para resguardar a identidade.

Tabela 1 - Descrição dos sujeitos - Filhas (F).

Sujeitos	Idade/ano	Escolaridade	Estado civil	N.º de filhos	Tipo de procedimento	Data da cirurgia
Ilza	43	3º grau	Casada	3	Mastectomia	17/10/00
Elza	42	2º grau Incompleto	Viúva	3	Mastectomia	30/08/00
Rose	39	1º grau Incompleto	Casada	5	Quadrantectomia	16/05/99
					Mastectomia	05/12/00
Ana	41	1º grau Incompleto	Casada	2	Quadrantectomia	20/09/99

A faixa etária das quatro mulheres deste estudo variou entre 39 e 43 anos.

Com relação à escolaridade, somente uma possuía o 3º grau completo.

Quanto ao estado civil, três mulheres eram casadas e uma é viúva.

No que tange ao tipo de procedimento cirúrgico, duas mulheres foram submetidas à mastectomia radical modificada e duas à quadrantectomia, todas sem história de câncer de mama familiar.

A data da cirurgia das pacientes submetidas à quadrantectomia corresponde ao ano de 1999 e as pacientes mastectomizadas submeteram-se ao procedimento no ano de 2000.

Na Tabela 2 encontram-se informações acerca das mães das mulheres citadas anteriormente.

Tabela 2 - Descrição dos sujeitos - Mães (M).

Sujeitos M/F	Idade/anos	Escolaridade	Número de filhos	Ordem nasc. Sujeito (F)	Estado civil
Márcia/Ilza	75	Sem escolaridade	7	3º	Viúva
Dirce/Elza	63	1º grau incompleto	4	3º	Viúva
Marli/Rose	68	Sem escolaridade	15	3º	Casada
Nilva/Ana	59	1º grau incompleto	9	1º	Casada

Com intuito de melhor entendimento da Tabela 2, na descrição dos sujeitos-mães estão agrupadas as suas respectivas filhas. Os nomes são fictícios, de forma a manter o anonimato das entrevistadas.

Com relação à idade, a faixa etária das mães variou entre 59 e 75 anos.

O estado civil das mães das pacientes masctectomizadas caracterizava-se pela viuvez, e das mães das pacientes submetidas à quadrantectomia, pelo casamento.

3.2. Material

Foram utilizados, nesta pesquisa, entrevistas semi-estruturadas, conforme roteiro nos anexos 3 e 4, e o Teste de Relações Objetais de Phillipson.

O entendimento dos aspectos psicodinâmicos das mulheres com câncer de mama com suas mães ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas. O roteiro das entrevistas com as filhas versou sobre as perdas e histórias de vida, relacionamento conjugal e escolha de parceiro, e relacionamento com os filhos. E nas entrevistas com as

mães foram investigados os seguintes aspectos: gravidez, relacionamento conjugal durante a mesma e após o nascimento da criança, sentimentos, expectativas frente ao bebê, amamentação e relacionamento mãe-filho.

Para identificação das relações objetais das mulheres com câncer de mama com suas mães, utilizou-se do TRO, que ofereceu as vantagens de um instrumento de psicodiagnóstico, ao mesmo tempo que investigou as Relações Objetais, de forma a contemplar o objetivo deste estudo. A avaliação do Teste de Relações Objetais obedeceu às normas do manual do teste, acrescido da proposta de Rosa (1995, p. 25).

3.3. Procedimentos

3.3.1. Procedimentos para definição da amostra

O estudo teve como requisito mulheres com câncer de mama e suas respectivas mães. Para atingir tal demanda fez-se necessário um levantamento junto à instituição para delimitação da população. Foram distribuídas, para o Serviço de Oncologia-Quimioterapia e para o Serviço de Fisioterapia, fichas a serem preenchidas pelos pacientes dos respectivos setores.

A ficha denominada "Levantamento de Dados - Psicologia" (anexo 2) continha os seguintes itens: nome, endereço, profissão, idade, estado civil, tipo de cirurgia, data da cirurgia, nome da mãe, endereço da mãe, se encontrava-se viva. Concomitantemente ao procedimento anterior, ocorreu o levantamento dos prontuários hospitalares dos pacientes através do código do SUS referente ao procedimento - Mastectomia. Manualmente foram analisados todos os prontuários com esse procedimento cirúrgico nos anos de 1999 e 2000, de forma a se obter o nome da paciente, tipo de cirurgia e endereço.

Os achados a partir dos levantamentos realizados através do prontuário hospitalar e da ficha denominada Levantamento de dados totalizaram 36 pacientes, das quais apenas quatro preenchiam os requisitos da pesquisa.

Na ficha de levantamento de dados foram encontrados, nos anos de 1999 e 2000, oito pacientes submetidas à cirurgia de quadrantectomia, sendo que três possuíam mãe viva e de cinco as mães haviam falecido. Em relação as que foram submetidas à cirurgia de mastectomia, duas possuíam mães vivas que residiam na cidade de Dourados, MS, e cinco tinham mães vivas, porém moravam há mais de 50 km de Dourados, o que inviabilizava a coleta de dados devido a distância. Foram encontradas, também, quatro mulheres, as quais não tinham mãe viva.

No levantamento do prontuário hospitalar, os achados revelaram três mulheres submetidas à cirurgia de quadrantectomia entre os anos de 1999 e 2000, com a particularidade de residirem há mais de 50 km de Dourados e não possuírem mãe viva. E quatorze mulheres submetidas à mastectomia com a peculiaridade de residirem fora da região e não possuírem mãe viva.

Foram excluídas da amostra as pacientes e a mães que residissem há mais de 50 km de Dourados. Esse requisito teve o intuito de facilitar a realização das entrevistas e a aplicação do Teste de Relações Objetais de Phillipson.

Ao término do levantamento ficaram disponíveis para serem convidadas a participar da pesquisa duas mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico denominado mastectomia, e duas mulheres submetidas à quadrantectomia, com suas respectivas mães.

Pode-se inferir que a dificuldade quanto ao número da amostra deva-se ao diagnóstico tardio da doença, desinformação, medo da doença, atingindo mulheres na meia-idade, com mães, na grande maioria, falecidas. Outro aspecto a ser salientando é que, por ser Hospital de referência regional, atende à população de nível sócio-econômico baixo, com pouca disponibilidade financeira para visitas aos familiares hospitalizados. Esses dois aspectos inviabilizaram sobremaneira a seleção da amostra. Desta forma, foram consideradas quatro filhas e quatro mães para compor a amostra do trabalho.

3.3.2. Coleta de dados

A partir dos dados obtidos através do levantamento efetuado a priori viabilizou-se o contato pessoal e telefônico com as mulheres que preenchiam os requisitos para a amostra.

O convite para participação da pesquisa ocorreu a partir da apresentação da própria, explicação sobre os objetivos e relevância da mesma. A partir do convite e consentimento voluntário para participação, ficou estabelecido de comum acordo o horário e a data para o início da coleta de dados. Esta ocorreu em duas fases distintas. Realizaram-se na primeira fase as entrevistas, e na segunda fase a aplicação do Teste de Relações Objetais de Phillipson.

Os locais para as entrevistas e para aplicação do TRO foram determinados a partir das particularidades das pacientes com suas mães. Algumas pacientes foram atendidas no Hospital durante a internação, outras na sala de Serviço de Psicologia. Já com as mães, pelas condições físicas, localização espaço-temporal (sítio, bairros distantes), tanto as entrevistas quanto a aplicação do teste foram efetivadas na residência, com o adendo da garantia da privacidade e do sigilo no atendimento.

Foi realizada pelo menos uma entrevista com cada sujeito, além das destinadas à aplicação dos testes. A entrevista psicológica teve a duração de sessenta minutos, e subordinou-se à disponibilidade das pacientes com suas mães. Após o estabelecimento do *rapport*, compreensão do objetivo e anuência dos entrevistados, iniciaram-se as entrevistas.

A partir do roteiro de entrevistas destinadas às mulheres e mães, deu-se início ao processo. As entrevistas foram semi-estruturadas, com roteiro de áreas a serem investigadas. Foi necessário interromper o roteiro de entrevista e suspender a aplicação do teste para proporcionar a escuta terapêutica, de uma paciente (Ana) e de uma mãe (Márcia).

No segundo momento foi aplicado o Teste de Relações Objetais de Phillipson, 1970, onde foram necessários dois encontros, um destinado à aplicação do instrumento e outro ao Inventário.

A partir da compreensão psicodinâmica dos resultados, efetuou-se o feedback para amostra, com sugestões de encaminhamentos para o serviço de Psicologia e Psiquiatria do município de Dourados, MS.

3.3.3. Autorização e aspectos éticos

A administração do Hospital Evangélico Dr. e Sr[a]. Goldsby King autorizou o levantamento de dados e a aplicação de instrumentos, no período de internação hospitalar das pacientes.

As pacientes concederam autorização para a pesquisa. Os nomes das pacientes e de suas mães são fictícios e procurou-se omitir dados que possibilitassem sua identificação, preservando-se o sigilo, a ética e o direito necessário em pesquisa. (Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde).

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos são apresentados em três partes, em concordância com os objetivos propostos pela pesquisa. Inicialmente apresentam-se os casos clínicos, incluindo fragmentos da História de Vida das filhas e das mães, posteriormente os principais temas verificados nas entrevistas, através dos relatos das filhas e mães e, por fim, a análise do Teste de Relações Objetais de Phillipson.

HISTÓRIA DE VIDA

A apresentação dos fragmentos da História de Vida tem por finalidade favorecer uma compreensão preliminar dos sujeitos entrevistados. As informações sumarizadas abaixo foram obtidas através das entrevistas realizadas.

Caso 1 - Ilza

Ilza tinha 43 anos, era casada e teve três filhos. Foi a filha caçula de uma prole de cinco, sendo quatro mulheres e o irmão adotivo. Foi criada em um sítio, no interior do Estado de São Paulo, estudou com dificuldades financeiras e concluiu o 3º grau após o casamento. O nível de escolaridade diferenciou-se da família de origem.

Na época da entrevista fazia dois anos que havia perdido o pai, era apegada a ele. Relatou boa convivência com os pais tanto na infância e adolescência, quanto na vida adulta. Considerada uma pessoa reservada, na ordem da expressão, às vezes, era indecisa para iniciar projetos e tomar decisões significativas, porém quando decidia era persistente. Merece mencionar o afeto e carinho dispensados pela irmã mais velha.

Ilza relata uma vida conjugal tranqüila, feliz, tanto no plano afetivo quanto no sexual, porém essa informação era contraditória ao comentar sobre a traição do esposo ocorrida há quatro anos da entrevista, e a forma como o assunto foi tratado. Apresentou episódios de choro durante a entrevista.

Quanto ao diagnóstico do câncer de mama, reagiu de forma favorável, consolada pela fé em Deus. Durante o período de pesquisa apresentou recidiva da doença.

Caso 2 - Elza

Elza encontrava-se com 42 anos, era viúva e mãe de três filhos, um homem e duas mulheres, tinha quatro irmãos. Foi educada e criada em um sítio, indo residir na cidade na época da adolescência; estudou até a 5ª série.

Recordava com saudades do pai falecido há 15 anos antes da entrevista e relatava a tristeza que a acompanhava desde então. Tinha poucas lembranças agradáveis da mãe, a considerava carrasca, mãe seca. Guardava mágoa da mãe, não sentia preocupação consistente da mãe em relação ao câncer.

O pai estimulava os cuidados com a aparência, a mãe reprimia. A menarca foi comunicada ao pai e posteriormente à mãe. Tinha receio de comunicá-la, visto que estava associada à perda da virgindade.

Antes de se casar, levou uma vida sem possibilidades de independência e autonomia. Após o casamento, aos 16 anos, adquiriu liberdade e a vida foi maravilhosa até o primeiro filho; nessa época o marido começou a beber.

Com relação aos filhos, considerava um bom relacionamento, identificava-se melhor com a filha do meio, pois era mais querida.

Após a morte do esposo 16 anos antes da entrevista, trabalhou e criou os filhos. Não se casou novamente devido à preocupação com os mesmos. Manteve um relacionamento por três anos, mas não deu certo.

Na época da entrevista sentia-se inválida para trabalhar por causa da doença; gostaria de retornar assim que possível suas atividades. Quanto ao diagnóstico do câncer de mama, referiu-se ter reagido de maneira favorável.

Caso 3 - Rose

Rose tinha 39 anos, casada desde os quatorze anos, foi mãe aos quinze anos e no período de cinco anos nasceram os cinco filhos, duas mulheres e três homens. Era a segunda filha de 16 irmãos.

Relatou que na infância experimentou privações financeiras e afetivas. O pai era austero, impossibilitava a autonomia, negava lembranças boas da infância. Recordava da agressividade do pai em relação à mãe. Demonstrava sentimentos ambivalentes na relação com a sua mãe, ora a considera presente, ora considerava ausente no plano afetivo. A irmã mais velha aconselhava e continha as angústias. Casou sem amor, aprendeu o amor no decorrer do casamento; a menarca ocorreu após o casamento.

Com os filhos, sempre foi cuidadosa, caprichosa, porém sofria por não oferecer uma vida com conforto. Demonstrava apego aos filhos.

Quanto ao diagnóstico e ao tratamento relatou inconformismo e estado depressivo, sofreu sexualmente após o diagnóstico com a perda do prazer. Tinha receios da recidiva. O esposo a apoiava em relação ao tratamento.

Durante o período da pesquisa, a paciente teve recidiva e submeteu-se à mastectomia radical modificada.

Caso 4 - Ana

Ana tinha 41 anos, era casada desde os 16 anos, possuía dois filhos. Era a filha mais velha de oito irmãos, sendo quatro meninas e cinco meninos.

Conviveu com várias enfermidades desde os onze anos, entre elas fratura no braço, “problema” na perna, cirurgia de apendicite e, na gravidez, teve bronquite alérgica. Aos 30 anos foi diagnosticado o quadro de depressão. Sofria episódios de alucinação visual e auditiva.

Filha de pai austero, guardava mágoas da repressão sexual e do isolamento social advindos do pai. A relação materna era considerada boa.

Na vida conjugal apresentava dificuldades de comunicação, queixa de solidão e pouca autonomia.

Na relação com os filhos, a dificuldade maior era com o rapaz; discordava das atitudes e valores do filho em relações às mulheres. Quanto ao diagnóstico do câncer de mama, disse ter sabido do fato por meio de um sonho, logo após o médico confirmou o diagnóstico. Ficava angustiada com as alterações físicas provocadas pelo tratamento clínico.

Caso 5 - Márcia

Márcia, mãe de Ilza, era uma senhora idosa e morava com Ilza na época deste estudo.

As entrevistas ocorreram na residência para facilitar a locomoção de Márcia. Normalmente apresentava-se sorridente, arrumada para o encontro. Ela não se lembrava da idade, do ano de nascimento e do número de filhos.

Márcia perdeu o marido dois anos antes da época da entrevista, motivo de tristeza intensa. Devido à perda e às doenças físicas deixou a residência para morar com os filhos. Era apegada à antiga casa, não se conformava com a mudança. Estava magoada com o filho adotivo, pelas questões financeiras.

Preferia falar de si, a responder às perguntas da entrevistadora. Referia-se a Ilza como uma filha boa, educada, passiva. Culpava-se por não ter cuidado de Ilza no puerpério.

Trabalhou exaustivamente na roça, às vezes era parteira. Esperava que Ilza fosse menino, e amamentou-a até “grandona”.

Caso 6 - Dirce

Dirce tinha 63 anos, era viúva e mãe de quatro filhos. Estudou até o 2º ano primário. Residiu em um sítio por vários anos, sendo que ultimamente residia em Dourados, MS, e trabalhava como funcionária pública.

Dirce negou problemas durante a gravidez, parto e puerpério de Elza. A gravidez aconteceu ao acaso, não planejaram. O relacionamento conjugal e filial era bom, apesar do cuidado dispensado pelo esposo a Elza ser relapso.

Fazia 15 anos que seu esposo havia falecido e ainda sentia saudades. Em relação à infância de Elza, Dirce salientou que o primeiro ano de vida foi permeado por doenças e que o início dessas doenças coincidiu com o desmame, aos 6 meses.

Na visão de Dirce, Elza era tranqüila, obediente, amorosa e bonita. Com o advento do alcoolismo do esposo de Elza, Dirce e seu marido tiveram que criar o seu filho mais velho. Preocupava-se com a saúde e com o prognóstico de Elza, sempre a estimulava a ter esperança.

Caso 7 - Marli

Marli era mãe de Rose, contava com 68 anos, teve quinze filhos, sendo um falecido. Trabalhou na lavoura e residia em um sítio, próximo a Dourados, MS.

A entrevista ocorreu no sítio, Marli era uma senhora descuidada com a aparência e com o ambiente doméstico.

Os filhos nasceram no sítio, de parto normal, com exceção de um, que, devido a complicações, nasceu no Hospital Evangélico. Possuía uma filha com histórico psiquiátrico. A gravidez de Rose não foi planejada e a amamentação ocorreu por um longo período. Referia-se a Rose como uma filha mansinha, amorosa. O pai era austero, porém não batia nos filhos e a auxiliava nos cuidados filiais.

A adolescência de Rose foi tranqüila, o casamento ocorreu com o vizinho do sítio. Depois do seu casamento os pais choraram constantemente sua falta no lar.

Marli considerava-se uma boa mãe, uma mulher saudável e disposta a auxiliar os familiares. Apesar do número de filhos, nunca pensou em aborto.

Os pais preocupavam-se com o prognóstico de Rose, estavam apreensivos e rezando pela melhora dela.

Caso 8 - Nilva

Nilva era mãe de Ana, tinha 59 anos, casou-se aos 18 anos, teve dois abortos ao longo da vida, trabalhou na roça e depois foi residir em Dourados, MS, numa casa agradável.

Para a entrevista encontrava-se bem disposta, acessível e sempre oferecia quitutes para finalizar os encontros.

Ficou grávida de Ana assim que casou; na época não era usual o método contraceptivo, e os filhos nasceram em intervalos curtos de um para o outro.

A vida na roça foi árdua, com trabalho intenso, todos os filhos participaram das atividades. Amamentou no seio Ana, por curto período, e a menina cresceu com inúmeras doenças.

Era uma criança linda, calma, apegada aos pais. O pai era austero quanto aos namorados, e a educação foi rígida. Após o casamento de Ana, auxiliava a filha nos cuidados domésticos.

ENTREVISTAS

Considerando os objetivos desse estudo, efetuou-se a análise preliminar das entrevistas, verificando-se os principais temas, a partir do roteiro elaborado para a entrevista semi-estruturada utilizada na coleta de dados, encontrados entre as entrevistadas no período da infância (condições de nascimento, enfermidades orgânicas, amamentação, perdas, vivência de miséria, vínculos familiares), adolescência (menarca, autonomia/processo de separação e individuação) e vida adulta (perdas, escolha do parceiro, vida conjugal, vida sexual, maternidade, alterações emocionais ao longo da vida e/ou advindas do processo de doença/ sentimentos quanto ao tratamento).

Foram selecionadas as categorias consideradas relevantes, segundo a abordagem teórica utilizada neste estudo. Seguem, na íntegra, os fragmentos das entrevistas com filhas e mães conforme o relato transcrito.

DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS DAS FILHAS E MÃES

INFÂNCIA

a) Condições de nascimento

Os sujeitos estudados nasceram de parto normal.

b) Enfermidades orgânicas na infância

Dirce- Mãe de Elza, afirmou que:

"*Uma base de uns 6 mês, ai ela adoeceu. Ela ficou com uma doença que já passei pros médicos aqui em Dourados. Ela não fechava mais o olho, pra dormir nada. Mais ou menos essa época que eu desmamei. Ai até um ano ela foi muito doente, aí depois que ela aprumou*".

Ana - "*Quando eu tinha, de onze anos em diante eu tive assim é, muitas enfermidades, né! Que até hoje, é uma atrás da outra, infeções, depois eu quebrei o braço, depois eu tive uma cirurgia de apendicite, aí quando eu tava grávida de dois meses, tive uma alergia pulmonar*".

Ilza e Rose: nada informaram sobre o item.

c) Amamentação

Márcia, mãe de Ilza, afirmou que:

"*Ela mamô até grandona. Ah, eu dei de mamá até um ano, é fome*".

Dirce, mãe de Elza:

"*Uma base de uns 6 mês*".

Marli, mãe de Rose:

"*Ah, minha filha mamava um ano e se duvidá mais de um ano*".

Nilva, mãe de Ana:

"*Eu acho que uns dois, três meses, o máximo, né*".

d) Perdas na infância, vivência de miséria

Ilza - "*Não teve problemas dessa ordem na infância*"

Elza - Não forneceu informações.

Rose - *"Era difícil, muito difícil. Nóis foi criado em muitos irmãos em um pedacinho de terra. Então, a gente foi criado assim tendo...como Deus criou uma batata na terra. E meu pai não tinha como dá estudo, dá uma boa alimentação".*

Ana - *"Não. É, eu tive assim um, quando tinha, de onze anos eu tive assim é, muitas enfermidades".*

e) Vínculos familiares (pai, mãe, irmãos) na infância, adolescência e vida adulta

Ilza: *"É o meu convívio com meus pais foi muito bom. Sempre eles foram muito bom para mim. Principalmente, meu pai, né! eu era muito apegada com ele. E sempre tudo que eu queria ele fazia. Então, minha mãe eu gosto muito dela também. É muito importante para mim. Mas eu era mais apegada com ele. E tanto na infância, como na adolescência e depois de adulto".*

Márcia: *"óia...nóis dois quase pode, pode dizê que era igual".*

Elza: *"Só sei dizer que minha mãe batia muito. Aquela carrasca mesmo tinha que pedir socorro para meu pai...meu pai era muito querido mesmo, ele era, uma pessoa que procurava conversar, não espancar. E minha mãe já procurava espancar sem conversar. Hoje, ela é assim: se ela puder, ela nunca fica feliz em ver os quatro filhos dela unido...é mais seca".*

Os sentimentos manifestos pela filha eram contraditórios da percepção relatada pela mãe:

Dirce: *"Ah, era eu. Era eu mesmo, não tinha. A mãe é pra tudo. Eu não tive tempo ruim com a minha filha não".*

Rose: *"É meu pai nunca foi um pai amigo. Assim, chegar e conversar com um filho. Não tive assim pai amigo. Mãe amiga, nunca tive. Lembranças boa, no lar, na infância, nunca. Tenho lembranças boas com a minha mãe. A minha mãe ela era muito carinhosa".*

A percepção de Marli em relação e esse item era:

"Olha, Ele era amoroso demais com essa menina e é pra tudo, minha fia. Ah! Demais com essa... e até hoje. Era demais com essa guria..."

Ana: *"É meu pai era muito rígido né, com os filhos...se você não fazer isso você apanha... minha mãe não tenho nem o que dizer dela, porque ela foi muito boa.*

...Uma vez ele me bateu, por causa que eu tava conversando com um rapaz e ele achou que era meu namorado, e não era. Muito tempo eu guardei essa mágoa no meu coração, que fui perdoar o meu pai, que ele nem sabe disso, mas porque eu comecei a freqüentar a Igreja, com muita oração".

Nilva- *"Ele tinha o maior carinho por ela. O pai chegava em casa não sabia o que fazia com ela".*

E em relação aos vínculos com os irmãos:

Ilza - *"É sempre eu se dei com todos, mais, é sempre a minha irmã mais velha, nós éramos amigas, eu era mais apegada com a minha irmã...essa minha irmã mais velha que conversava comigo".*

Elza - *"Tive dificuldade só com a mais baixa do que eu. Essa é a que sempre a gente tinha mais amizade. Agora que acabou porque ela devido virá crente".*

Rose - *"Era uma irmã mais velha. É porque a gente desabafava, com ela. Sempre problema, a gente chorava juntas... ela se aconselhava, tinha amor pra gente...".*

Ana - *"Não tinha preferido, eu tinha só uma irmã que a gente não, não batia muito...mas graças a Deus hoje, nós se dá muito bem".*

ADOLESCÊNCIA

a) Menarca

Ilza - Não forneceu informação.

Elza - *"Eu tinha quatorze anos, aí que veio a menstruação... ela sempre falava que quem dava a primeira vez, ficava grávida e saia sangue... primeiro cheguei pro meu pai e falei pro pai que não tinha dado... ai que ele mandou a minha mãe falar, me explicar, que a primeira pessoa que eu cheguei foi nele".*

Dirce - *"Olha quando vocês vão ficando mocinha vai acontecer assim com vocês, vocês tem que contar pra mãe".*

Rose - *"Fiquei noiva aos doze anos. Me casei com quatorze anos. A menstruação eu tive depois de casada. Depois de casada é que eu fui saber o que era menstruação".*

Marli - *"Quando era nos tempo de ficá menstruada, aí eu explicava. Porque aí tem direito. Mas as outras coisas a gente não..."*.

Ana - não deu informação.

Nilva - *"Não, não, é uma coisa que eu fui criada assim também. E eu fiquei assim, minha mãe não sabia, não falava. E as minhas também ficou e eu nunca tive coragem de falar nada"*.

b) Autonomia/processo de separação e individuação[6]

Ilza - *"É...auxiliavam. Meus pais sempre foram assim, né, de mostrar: acho que isso não é o melhor. Mas a escolha é sua. Então, mostrava, o certo e o errado, mais deixava a gente escolher"*.

Ilza - *"Quando eu decido eu vou à luta....e as vezes fica indecisa...ai o esposo que deu muito apoio"*.

Elza - *" Mais eles decidiam por mim. Era antigamente mais rígido. Só foi conquistando depois que eu casei, antes não. A independência era deles, do que eles achavam que tinha que usar, que tinha que vestir, independente da cor, era deles. Não nossa"*.

Dirce - *"Não. Não discutia. Ela era obediente"*.

Rose - *"Não, eles é que tomavam a decisão. A gente só ouvia. É, tinha que fazê tudo que eles pedia...A gente era dominado pelos pais...Ah, eu sou mais passiva"*.

Marli - *"Ela era muito boazinha. Muito educada, com os pais. Muito boa nunca deu uma má resposta pro pai, e nem pra mim. ...Ela morô ali mesmo, mas eu chorava por causa dela"*.

Ana - *"Nem era, nem foi e nem é até hoje, não é"*.

Nilva - *"....sabe esse povo antigamente era ignorante....ele era severo com as meninas.*

...o pai dela foi pro Norte, ela saía lá fora e gritava pro pai dela, pra vir almoçar.

...Porque eu num, eu não deixava em canto nenhum. Era só comigo.

---

[6] O termo processo de separação-individuação é definido por MAHLER (1986, p.15) com estabelecimento do sentido de desligamento (ser destacada) do mundo real e da relação com esse mundo, particularmente ao que diz respeito às experiências do próprio corpo do sujeito, e ao principal representante do mundo como a criança o experimenta, o objetivo primário de amor.

....Tudo que ele falava elas aceitavam direitinho, falava que não ia, pronto, acabou. Ficava tudo num boa".

VIDA ADULTA

a) Perdas (afetivas/financeiras)

Ilza - *"Não. Fiquei muito triste quando meu pai faleceu, né. Mais, mais já aceitei bem...choros....é porque fazia, né, tudo pra mim".*

Elza - *"Ah, pra mim agora tá sendo normal. Só na hora de eu tomar banho, senti alguma coisa, ai eu sinto uma coisinha diferente.*

Ah...como perdi. Dinheiro sim, eu perdi foi em termo até...

Ah, pra falar a verdade eu sinto. Do meu pai eu sinto. Daí eu tenho tristeza, nem gosto de ir ao cemitério, por causa dele lá eu não consigo".

Rose - *"Nóis teve uma perda financeira. Foi que eu sofri muito. Com essa perda, né! Eu entrei em depressão... e comecei a chorar muito e não dormia, peguei insônia. Só dormia através de medicamentos....assim, sabe o mundo apagou pra mim. Parece que o mundo tinha assim fechado...tinha se acabado tudo, pra mim".*

Ana - Nenhuma informação sobre este item.

b) Escolha do parceiro - vida conjugal

<u>Escolha do parceiro: natural.</u>

Ilza - *" Eu conheci ele quando vim passeá na casa da minha irmã, né, aqui no Estado de Mato grosso. Nóis começou a namorá e ....quando eu vim passeá aqui, né, eu ia indo até embora já, nós começamo a namorá e contínuo".*

<u>Escolha do parceiro: casamento como fuga da realidade familiar</u>

Elza -*"Foi assim, uma coisa que eu fui dar pra mostrar para minha mãe que se eu casasse ou não cassasse, ali eu não queria ficar mais....*

Eu queria pra mim escapar, sair de casa...então praticamente eu me casei mesmo pra me ver livre, tentar outra vida fora da minha mãe, de casa".

Rose - *“Mas eu acho que através do sofrimento do dia a dia que jogou no casamento cedo né. É, não foi assim que eu casei por amor. Aquele amor louco, desesperado...”.*

Ana - *“Eu não podia passar um esmalte. Eu não podia cortar meu cabelo, eu não podia raspa minhas pernas, eu não podia fazer nada disso. Talvez por isso que eu casei muito rápido, né!....eu talvez não casei tanto por amor na época né! Foi para sair dali. Pra sair do sofrimento”.*

VIDA CONJUGAL

Ilza - *“Bom relacionamento, né! A gente vive bem, não....é....nenhum dos dois assim tem ciumeira de sexo assim. No trabalho de um ficá cuidando do outro.*

....Teve uma época que ele arrumô outra, uma outra mulher né! Mais assim só foi amante, né, depois largô.

....Agora assim a data bem certa, não sei. É que só acho que só datas boas eu guardo. Datas ruim eu procuro esquecê”.

Elza - *“ Com o marido tive uma época boa, tinha aquelas desavenças, né!*

....Que ele foi um ótimo marido até que entrar na crise de bebedeira.

E ele saia da crise, era um ótimo pai, um ótimo dono de casa...”.

Rose - *“... meu esposo não pediu autorização para mim, para fazê nada, quando eu vi tinha feito. Só que meu casamento ficou uns par de tempo assim meio, assim jogado, não tinha mais amor. Pensava ir embora. Sair de casa.*

....Aprendi a amar e também respeito muito. Hoje eu vivo assim. Nem morro de amor. Nem sou mulher apaixonada pelo esposo. E vivo assim. O amor que eu tinha que dá prá ele foi pros filhos, né”.

Ana - *“...Parece que ele quer me deixar doida, você falou tal coisa. Eu não falei, mas não falei em tal sentido.*

Então ele, ele me corrige muito, talvez ele esteja certo e eu não tô prestando atenção e ele me corrige muito isso.

Eu falo num sentido e ele entende outra, outro sentido. Ele é muito exigente, ...ai eu penso: ruim com ele, pior sem ele".

c) Vida sexual

Ilza - *"Porque eu tinha 21 anos ainda, é a primeira relação sexual minha, foi mesmo, né! com meu esposo. Foi tranqüilo. A vida sexual atualmente é normal. Tranqüila".*

Elza - *"...quinze pra 16 anos. Foi com meu marido mesmo, que é o pai dos meus filhos hoje".* Atualmente não tem vida sexual (após a morte do marido, tentou novos relacionamentos, mas não deu certo).

Rose - *"A minha vida sexual é assim uma vida normal. Era boa. Ai depois que eu passei por este tratamento, mexeu muito com a minha cabeça. Antigamente eu pensava muito. Tinha prazer na relação. Eu peguei um trauma mesmo, muito grande, por caso da doença".*

Ana - *"...Foi com 17 anos, foi quando eu casei. No dia que eu casei, quando eu cheguei meu pai foi falar comigo....aí que ele me deu aquela palavra de amor, de carinho....a minha mente tava naquelas palavras que o meu pai disse. E eu chorei o tempo todo....atualmente? É, tá melhor do que há muitos anos atrás....muito melhor".*

d) Maternidade

Ilza - *"É sempre tem facilidade. Que eu não tenho dificuldade. De procura procurei assim igual a minha mãe né! na hora de falá assim sobre algo sobre sexo né!...eu já procuro falar. Eu converso bastante com os filhos".*

Elza - *"Ah, dificuldade seria com o meu guri hoje porque de vez em quando ele bebe...a minha menor também que é mais nervosa. Tem minha filha do meio que a gente se entende bem melhor. ....Todos as gravidez foi esperada. .....Quanto à amamentação, o menino eu não quis. Agora a minha guria, a do meio, eu amamentei ela uns 3-4 meses só, dai secou. E a outra eu amamentei 6 meses, só que daí secou o leite. Agora o menino não mamou não. Até inclusive chorava muito no hospital, saímos daqui, fomos pra casa e lá foi na mamadeira".*

A mãe de Elza faz comentários do filho de Elza:

Dirce: "....casaram, foram viver, depois ele começou a beber. Ah, essa Elza sofria e ela pegou e me deu o guri com dois mês e dois dias de nascido, ela deu o guri....Criei, o mais velho é meu".

Rose - *"É hora. Graças a Deus. Meu filho vê...eu a amo e eles me amam muito. Estão sempre os meu amigo pra mim. Todos os 5...eu dava assim, amor, carinho, limpeza. Que toda a vida eu fui uma pessoa caprichosa pros meus filhos. Mas tinha também aquele desgosto assim no coração. Que eu também erro. (...) não poderia dá a vida que eles precisava. Era diferente mais da minha infância, que os meus filho nunca andô descalço...era igual galinha cheia de pintinhos que abria as asas e entrava os cinco assim. Eu tive dificuldade com o maior, esse filho engravidou essa menina.*

...Amamentei, mas não muito tempo....assim dois meses, três meses, cada um. Nunca tive leite, bastante leite pros neném...então senti que o neném chorava, tinha fome, então eu já partia logo pra mamadeira".

Ana - *"Eu e meus filhos. Olha, a minha menina, ela é, eu com ela, nós se damos bem. Ela é dona do nariz dela. Não é igual a mãe. O menino me deu trabalho. Que hoje ele é alguém por causa que eu pude fazer o que fiz. O pai sempre viajando, eu fui mãe e pai deles. Eu fico imaginando, porque o menino amamentou quinze dias e secou meu leite? E porque ela um mês certinho secou o meu leite?".*

e) Alterações emocionais ao longo da vida e/ou advindas do processo da doença; sentimentos quanto ao tratamento

Ilza - *"Choro, sou bem chorona. Qualquer coisa eu choro. Se eu tinha alegria, se eu tenho tristeza. É sou muito sentimental...acho que depressão, depressão não, nessa época assim, fico um pouco sentida...que aconteceu isso, com o meu esposo, eu não falei pra nenhum deles. (irmãos).*

....E as veiz a gente pensa, né! Mas tem horas que eu até esqueço. Nem lembro que tô, né! Assim, com essa doença. É normal"

Elza - *"Será que eu vou poder a voltar a fazer tudo?"*

Nenhuma informação sobre este item.

Rose - Apresentou alteração emocional anterior ao processo de doença:

"....É, eu tomava os remédios, porque eu peguei aquela depressão muito brava".

Com o advento da doença reagiu da seguinte forma:

"...não tem jeito assim da gente se escapá depois que dá uma doenças dessas. Não tem mais, porque o povo já não olha mais com o olho que a senhora vai viver.

....Eu então tô aprendendo assim, um pouquinho a viver. Mas, porque antigamente, no início eu não vivia mesmo. Eu tentei me matá...adotei um pé de árvore que eu tenho na minha porta. Eu só enrolava o cabelo, colocava presilha assim... eu não conversava....uma cirurgia não foi por qualquer coisa, foi uma palavra câncer".

Ana - Descreve alteração emocional anterior à doença:

"...Pesadelo acordada acontece. Tem uma criança na minha vida que é em sonhos e em pesadelos... é, eu sinto uma aflição na minha cabeça, queima a minha cabeça".

Após o processo de doença e tratamento afirma:

"...Aconteceu quando eu tava operada, de chegar na beira da cama três pessoas...é esses tipos de pesadelos que eu tenho, que eu não vou nem voltar a falar não, porque eu começo a falar e eu fico aflita.

E em relação ao tratamento comentou:

"...agora, hoje eu tô gorda, com que eu tô sofrendo com isso, sabe. Cobrada, sendo cobrada...e quando eu tô dentro de casa, sem ninguém, porque eu vivo sozinha, porque minha filha trabalha, ela trabalha, eu fico sozinha. Eu quero dormir".

ANÁLISE DO TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS DE PHILLIPSON

A análise do Teste de Relações Objetais de Phillipson abarca o objetivo de relacionar e investigar as relações objetais de mulheres com câncer de mama com suas mães.

Realizou-se se para cada sujeito da pesquisa, a partir dos relatos presentes em cada lâmina das três séries (A, B, C) e Br, a Análise do Sistema Tensional Inconsciente Dominante - STID (desejos, medos e defesas). A escolha desse aspecto de avaliação ocorreu pela possibilidade de inferência da repetição inconsciente pelas filhas

dos modelos, marcados internamente através das relações objetais com suas mães. Tal proposta de Análise seria contemplada pelo Sistema Tensional Inconsciente Dominante.

Foi verificado o STID individualmente para cada filha e para cada mãe, para o grupo de filhas, para o grupo das mães e para o grupo das filhas e mães.

1. Dinâmica inconsciente das filhas

O Quadro 1 apresenta os principais desejos, medos e defesas revelados pelas filhas nas lâminas das três séries do TRO. Os resultados foram analisados separadamente para cada filha (anexo 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12) e, no quadro, encontram-se registrados os sentimentos que surgiram com maior freqüência.

Quadro 1 - Principais desejos, medos e defesas apresentados pelas filhas nas lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson.

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Afastar a solidão de si, (*) reparação	Solidão, aniquilamento doença, desconhecido fracasso na reparação	Identificação projetiva negação, cisão
A_2	Afastar a sexualidade, (*) reparação	Sexualidade	Negação, cisão identificação projetiva
A_3	Manter afastada a separação	Separação	Negação
A_G	Manter afastada a perda, luto	Perdas, morte	Negação, escotomização
B_1	(*) Reparação dos conteúdos internos, (*) reparação da destrutividade na relação com pessoas, afastar a morte, afastar a doença interna	Solidão, Doença interna	Negação, Defesa obsessiva, Cisão
B_2	Reparação da sexualidade, e dos ataques ao par.	Sexualidade	Negação, Idealização
B_3	Inclusão no casal	Exclusão do casal	Idealização, negação
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Negação, identificação projetiva
C_1	Ser aceita, (*) reparação, controlar olhar do outro, doença, afastar pensamento	Olhar para si, ser olhado	Controle obsessivo
C_2	Controlar a doença e a separação do par	Fracasso na reparação do par	Negação, Identificação Projetiva
C_3	Controlar as forças destrutivas do par	Exclusão do par unido	Negação, cisão Identificação Projetiva
C_G	Afastar, autoridade interna, externa, controlar os impulsos do id.	Autoridade interna, externa, forças destrutivas do id.	Negação, Cisão

(*) Divergência de respostas entre os sujeitos.

Seguem os resultados, verificados nas séries A, B, C (desejos, medos e defesas) do Sistema Tensional Inconsciente Dominante do grupo de filhas.

Na lâmina A_1, diante do desconhecido, de uma situação nova, os medos foram arcaicos e os sujeitos apresentavam receio de aniquilamento e fracasso diante do novo e desconhecido de não superar a doença. Os desejos associados foram de afastar a solidão de si; nesse grupo existia a tendência da reparação dessas situações que mobilizam ansiedade.

Em relação à apresentação do par, lâmina A_2, existiam manifestações ambíguas: umas demonstraram intolerância frente à situação do par, outras buscavam soluções mais amadurecidas de reparação do par.

Diante dos dados referentes à separação e à situação triangular, da lâmina A_3, verificou-se que o medo foi da separação e o desejo de mantê-la afastada de si. Na lâmina A_G, a capacidade dos sujeitos tolerarem o dano aos objetos e elaborar perdas estavam comprometidas, visto que o grupo estudado apresentava desejo de manter afastados a perda e o luto, expressando a impossibilidade da reorganização dos danos implícitos pela doença - câncer. As defesas predominantes na série (A) foram identificação projetiva, negação, cisão, escotomização, pertencentes das posições esquizo-paranóide, revelando fragilidade do ego.

Na série B, Phillipson propôs a investigação da capacidade do ego em lidar com a realidade atual. Os resultados da lâmina B_1 revelaram que o grupo estudado, ao entrar em contato com seus conteúdos internos, apresentou medo da solidão e da doença interna. Na tentativa de resolução, estavam presentes as soluções primitivas e de afastamento desses receios, porém foram encontradas em algumas a tentativa de reparação.

Nos sentimentos vivenciados na relação do par, lâmina B_2, o medo foi da sexualidade, porém o desejo manifesto, apesar da dificuldade, foi o da reparação da sexualidade e dos ataques ao par.

Quanto à situação triangular de relação objetal, lâmina B_3, o medo foi da exclusão do casal e o desejo foi da inclusão no par unido, demonstrando intolerância em estar fora do par.

Na lâmina B_G, em relação ao grupo de pessoas, verificou-se o medo da exclusão do grupo e a necessidade de preeminente da inclusão no grupo, como uma forma de conter as ansiedades, facilitando as resoluções dos problemas do cotidiano.

As defesas predominantes foram da posição esquizo-paranóide, com exceção de defesa obsessiva, pertinente à posição depressiva.

A série C possibilita investigar a qualidade dos vínculos dos sujeitos com seus objetos.

Percebeu-se, na lâmina C_1, o medo das filhas em olharem para dentro de si e serem olhadas, sendo que, para algumas, os desejos inconscientes foram de controlar e afastar os pensamentos ruins; enquanto para outras observou-se algumas soluções mais amadurecida de reparação.

Em termos da relação do par frente à separação, à doença e à morte, lâmina C_2, o grupo demonstrou medo em fracassar na reparação dos objetos amados, apesar do desejo de controlar o fracasso na reparação; outro desejo manifesto foi o de controlar a doença, "câncer", visto que, nesse período a vivência de perda era real.

Na lâmina C_3, o enfrentamento da situação triangular era conflitivo na medida que o medo foi da exclusão do par unido, denotando dificuldades na elaboração da situação edípica e adaptações dos afetos, o desejo foi controlar as forças destrutivas do par.

Na temática grupo versus indivíduo com traços de autoridade, lâmina C_G, as filhas demonstraram medo do superego rígido e dos vínculos grupais autoritário, e do descontrole dos impulsos destrutivos do id, o desejo foi de apaziguar o superego, lidar de forma tranqüila com a autoridade interna e externa, mantendo o controle dos impulsos do id.

As defesas mais utilizadas pelas filhas, nessa série, foram a negação, identificação projetiva, cisão, com exceção da defesa obsessiva pertinente à posição depressiva.

2. Dinâmica inconsciente das mães

Os dados referentes ao Quadro 2 demonstraram os principais desejos, medos e defesas apresentados pelas mães nas lâminas das três séries do TRO.

Os resultados foram analisados separadamente para cada mãe e, no quadro, estão registrados os sentimentos que surgiram com maior freqüência no estudo, em relação ao grupo de mães.

Quadro 2 - Principais desejos, medos e defesas apresentados pelas mães nas lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson.

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Manter afastada a doença	Solidão, desconhecido	Identificação projetiva, angústia confusional, negação, cisão
A_2	Manter afastada a separação no par, a sexualidade, (*) reparação da sexualidade, controle dos impulsos	Sexualidade	Identificação projetiva, negação, confabulação
A_3	Manter afastada a separação do par	Separação no Édipo	Negação, identificação projetiva
A_G	Afastar e controlar perdas e a morte	Morte, perda	Negação, identificação projetiva, escotomização
B_1	Afastar a doença	Doença	Identificação projetiva, negação, cisão
B_2	(*) Reparação da sexualidade no par, afastar a sexualidade	Sexualidade	Negação, identificação projetiva, escotomização idealização
B_3	Inclusão no par	Exclusão do par unido	Identificação projetiva, negação, cisão
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Identificação projetiva, cisão, escotomização
C_1	Afastar a doença	Ser olhada, olhar para si, olhar a doença interna	Negação, obsessivo, alucinação negativa
C_2	Reparação no par	Fracasso na reparação do par	Identificação projetiva, negação, confabulação
C_3	Inclusão no par, controlar a retaliação, controle da doença, afastar o par	Exclusão do par, retaliação diante do par, destrutividade do par unido	Alucinação negativa, negação, identificação projetiva, escotomização
C_G	Controle da autoridade interna e externa, impulsos do id	Autoridade interna e externa, impulsos do id	Negação, escotomização, identificação projetiva, abafamento de emoções

(*) Divergência de respostas entre os sujeitos.

Os resultados da série A, B e C (desejos, medos e defesas) do Sistema Tensional Inconsciente Dominante das mães, serão demonstrados a seguir.

Na lâmina A_1, diante da proposta de uma situação nova, desconhecida, mobilizaram-se temores e vivência de solidão. A ansiedade proporcionou o desejo de manter afastada a doença, por receio de não contê-la e encontrar saídas amadurecidas.

Diante da projeção da imagem interna de um par, lâmina A_2, o grupo demonstrou intolerância à situação de par, algumas com soluções menos amadurecidas, de

não entrar em contato com a situação, outras demonstraram soluções amadurecidas de reparação.

A lâmina A_3 denota que, diante da situação triangular, a solução do conflito edipiano foi negado, com tendência a não entrar em contato com a separação em relação aos pais.

Quanto à lâmina A_G, a capacidade do grupo de mães em tolerar os danos aos objetos queridos, elaborar perdas e o ego comprometido não possibilitavam a elaboração do conflito. A tendência foi a negação, na medida que afastava e controlava a perda e a morte.

As defesas utilizadas nessa série foram a identificação projetiva, angústia confusional, negação, escotomização, cisão, sendo características da posição esquizo-paranóide.

Na série B, analisa-se a capacidade egóica do indivíduo em lidar com a realidade atual.

Em relação à lâmina B_1, as mães demonstraram dificuldades em entrar em contato consigo, manifestaram medo da doença, com tendência a afastá-la de si.

Do exame da lâmina B_2, os sentimentos vivenciados na relação com o par, a tendência de Dirce e Nilva era da reparação, apesar da demonstração de pouco amadurecimento e consistência em nível de defesa. Para Marli, a perspectiva foi de afastar a sexualidade e Márcia demonstrou o medo da morte do par heterossexual.

No item referente à percepção da terceira pessoa, lâmina B_3, o grupo de mães demonstrou que não tolerava e não elaborava a situação de exclusão.

Os dados da lâmina B_G, referentes aos desejos e sentimentos experimentados pelas mães no contato grupal, mostraram o medo da exclusão do grupo e o desejo de inclusão. Essas mães apresentaram necessidade de apoio e aceitação do grupo.

As defesas predominantes da série B foram negação, identificação projetiva, escotomização, idealização, cisão, pertencentes à posição esquizo-paranóide.

A investigação da série C favorece a compreensão dos vínculos dos sujeito estabelecidos com os objetos.

Na lâmina C_1, demonstraram pouca aceitação de olhar e ser olhado no que acontece dentro de si, principalmente a doença interna.

Em termo da relação do par frente à separação, à doença e à morte, diante da lâmina C_2, as fantasias encontradas foram de fracasso na reparação, associadas à tentativa de restauração dos objetos.

Quanto aos sentimentos relacionados com o conflito edipiano, verificou-se a dificuldade em elaborar a situação triangular e em lidar com os afetos e impulsos (Lâmina C_3).

As respostas à lâmina C_G, com temática do grupo versus indivíduo com traços de autoridades, e aspectos estruturais internos, as mães demonstraram empobrecimento nos vínculos afetivos, e pouca habilidade em demonstrar as emoções.

As defesas mais utilizadas nessa série pelas mães foram a identificação projetiva, negação, escotomização, cisão, confabulação, além de angústia confusional, alucinação negativa, abafamento de emoções, todas características da posição esquizo-paranóide, com exceção da defesa obsessiva, que é da posição depressiva.

3. Dinâmica inconsciente do grupo de filhas e suas mães

Avaliou-se, no Quadro 3, as semelhanças entre o grupo das filhas e o grupo das mães, com intuito de verificar e registrar as principais semelhanças de desejos, medos e defesas nas lâminas das três séries do TRO.

Os achados revelaram semelhanças na dinâmica emocional das filhas e das mães no que tange a Ilza e Márcia, nas pranchas A_1, A_3, A_G, B_1, B_3, B_G, C_3, C_G; entre Elza e Dirce, nas pranchas A_G, B_2, B_G, C_G. Por outro lado, entre Rose e Marli nas pranchas A_3, A_G, B_1, B_G, C_1, C_2, C_G e entre Ana e Nilva nas pranchas A_3, A_G, B_2, B_G e C_G.

Cabe enfatizar que as semelhanças se repetiram com maior freqüência nas pranchas A_3, A_G, B_G, C_G, e com menor freqüência em A_1, B_1, B_2, B_3, C_1, C_2, C_3.

Quadro 3 - Principais desejos, medos e defesas apresentados pelas filhas e suas mães nas lâminas do Teste de Relações Objetais de Phillipson.

STID		Desejos	Medos	Defesas
Filha mãe	**Lâmina**			
Ilza/ Márcia	A_1	Manter afastada a solidão e a doença	Solidão, doença	Identificação projetiva, negação.
	A_3	Manter afastada a separação	Separação no Édipo	negação
	A_G	Afastar a morte, perda	Perda, morte	Negação
	B_1	Reparação	Solidão da doença, dos conteúdos estragados e persecutórios.	Negação
	B_3	Inclusão no par	Exclusão do par	Identificação projetiva, cisão
	B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Cisão
	C_3	Inclusão no par	Exclusão do par	Negação
	C_G	Controle do id, afastar autoridade interna e externa	Autoridade interna/externa retaliação superego, impulsos id	Negação
Elza/ Dirce	A_G	Afastar a morte, perdas	Morte	Negação, escotomização
	B_2	Reparação da Sexualidade	Sexualidade	Negação
	B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Identificação projetiva
	C_G	Controle dos impulsos do id	Impulsos destrutivos do id	Negação
Rose/ Marli	A_3	Manter afastada a separação	Separação no Édipo	Negação
	A_G	Controlar perdas, morte	Morte, perdas	negação
	B_1	Afastar morte	Doença interna, aniquilamento	Negação
	B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Defesa diferente de Rose-Marli
	C_1	Controlar a doença	Ser olhada	Obsessivo
	C_G	Afastar autoridade interna/externa impulsos do id	Autoridade interna/externa impulsos id	Splitting off
Ana/ Nilva	A_3	Manter afastada separação	Enfrentar a separação	Negação
	A_G	Afastar perda, morte	Perdas, mortes	Escotomização, identificação projetiva
	B_2	Reparação da sexualidade	Sexualiadade	Idealização, negação
	B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Identificação projetiva negação
	C_G	Controle dos Impulsos do id.	Impulsos destrutivos do id.	Identificação projetiva

Os resultados demonstraram semelhanças no grupo de filhas e mães, Ilza e Márcia, nas lâminas da série A, B, C.

Na série A, lâmina A_1, Ilza e Márcia, diante do novo e desconhecido, revelaram reações de apreensão e a tendência de manter essas situações distantes de si. Apesar dos medos e receios Ilza apresentou tendência adaptativa melhor equilibrada que Márcia.

Em relação à lâmina A_3, ambas apresentaram dificuldades no entendimento e resoluções da situação triangular.

Já em A_G, os medos estavam relacionados à perda e à morte, e o desejo era de afastar esses sentimentos. Cabe salientar que filha e mãe, nesse momento de vida, passavam por conflitos relacionados aos temas: doença-câncer, Ilza; e de morte do esposo, Márcia.

Nos dados referentes à série B, os achados revelam semelhanças nas lâminas B_1, B_2 e B_G.

Os sujeitos em B_1 referiram-se a temas relativos à solidão, à doença interna, aos conteúdos internos que eram percebidos como estragados e persecutórios. Averigou-se que Ilza e Márcia manifestaram desejos mais amadurecidos, em reparar esses conteúdos internos vivenciados como estragados.

Na lâmina B_3, Ilza e Márcia demonstraram intolerância à situação de exclusão do par, ao visualizarem três (Ilza) e quatro (Márcia) personagens onde, geralmente, se vêem dois.

Em relação à lâmina B_G, Ilza e Márcia revelaram o medo de rejeição, da indiferença, de exclusão do grupo e os desejos de inclusão. Tanto a filha como a mãe necessitavam do apoio do grupo, dado esse confirmado nas entrevistas.

A investigação da série C possibilitou a compreensão do tipo de vínculo estabelecido com os objetos. Ilza e Márcia apresentaram semelhanças nas lâminas C_3 e C_G.

Os sujeitos na lâmina C_3 apresentaram dificuldades na elaboração da situação triangular, sendo que os vínculos estabelecidos eram no sentido da proteção e da afetividade.

Na lâmina C_G, Ilza e Márcia demonstraram medo da autoridade externa/interna, retaliação do superego.

Na categoria de mecanismos de defesa apareceram a identificação projetiva, negação e cisão, contempladas na posição esquizo-paranóide.

Quanto aos resultados da análise do grupo de filhas e mães, Elza e Dirce, sugeriram semelhanças nas lâminas A_G, B_2, B_G, C_G.

Foram mobilizados na lâmina A_G angústia de morte e de perda e expressão da dificuldade de elaboração e reparação desses sujeitos.

Quanto às relações heterossexuais, lâmina B_2, Elza e Dirce, apesar do medo da sexualidade adulta, demonstraram tendência de solução amadurecida, quando buscavam a reparação aos danos impingidos à relação.

Em termos das fantasias projetadas no grupo, lâmina B_G, Elza e Dirce apresentaram medo da não-aceitação do grupo, exclusão e o desejo era o da inclusão.

Na lâmina C_G, Elza e Dirce revelaram medos dos impulsos destrutivos do id, do rompimento do ego, e os desejos eram inversamente proporcionais aos medos.

As defesas predominantes foram da posição esquizo-paranóide, entre elas a identificação projetiva, negação, escotomização.

O estudo do grupo de filhas e mães, Rose e Marli, apresentou resultados semelhantes nas lâminas da série A (A_3, A_G), na série B (B_1, B_G) e na série C (C_1, C_2, C_G).

Os resultados obtidos na lâmina A_3 indicaram dificuldades no que se refere à separação em relação aos pais na situação edipiana. Observou-se ainda os desejos de manter o tema afastado de si.

Os sujeitos evidenciaram na lâmina A_G incapacidade de elaborar a situação da morte e das perdas, e o desejo do ego em controlar esses aspectos, porém verificou-se a ineficácia das defesas empregadas pelos sujeitos.

Em relação à lâmina B_1, Rose e Marli demonstraram fantasias da doença interna, do aniquilamento ao entrar em contato consigo, manifestaram a vontade de manter afastada a morte.

Quanto à lâmina B_G, os sujeitos revelaram o medo da exclusão do grupo, e as expectativas de reintegração. Para Rose e Marli, o grupo tinha o intuito de favorecer a contenção dos sentimentos de solidão e insegurança.

Em termos da possibilidade de olhar e ser olhado pelo psicólogo, Rose e Marli demonstraram dificuldades nesse aspecto, ao emitir defesas obsessivas como forma de controlar as fantasias da doença.

Na lâmina A_G, Rose e Marli expressaram distorções e desumanizações nas histórias, denotando um enfraquecimento do ego.

Em termos gerais, Rose e Marli manifestaram defesas predominantes da posição esquizo-paranóide, por ex. negação, splitting-off. Na lâmina B_G, apesar das defesas de Rose e Marli serem opostas, puderam ser classificadas na categoria esquizo-paranóide. A exceção ocorreu em C_1, na qual a defesa obsessiva apareceu na categoria depressiva.

Os resultados verificados no grupo de filhas e mães, Ana e Nilva, mostraram semelhanças nas lâminas A_3, A_G, B_2, B_G, C_G.

Os sujeitos na série A, lâmina A_3, mencionaram a dificuldade em enfrentar a separação dos pais e a tendência em manter esse tema afastado de si.

No item relativo à análise do luto e à possibilidade do sujeito enfrentar uma situação de perda objetal, lâmina A_G, os sujeitos apresentaram comprometimento egóico e elaboração maníaca do conflito.

Em relação à série B, lâmina B_2, o tema presente foi das relações heterossexuais, com tendência mais amadurecida dos sujeitos ao reparar a sexualidade.

Na lâmina B_G, o dado avaliado denotou a preocupação de Ana e Nilva para serem incluídas em relação ao grupo e o receio da exclusão grupal.

Vale mencionar que na série C, lâmina C_G, os sujeitos apresentaram semelhanças em relação aos receios dos impulsos do id não serem contidos pelo superego e o desejo de contenção dos impulsos do id.

Na categoria dos mecanismos de defesa, Ana e Nilva utilizaram as defesas da posição esquizo-paranóide, entre elas a negação, escotomização, identificação projetiva.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentar-se-á, a princípio, os casos clínicos, incluindo algumas facetas da análise das entrevistas semi-estruturadas, do TRO e os aspectos teóricos, intercalando mães e filhas, com o intuito de facilitar a compreensão das relações objetais entre ambas. Em seguida, há uma discussão estabelecendo o paralelo entre as semelhanças e diferenças das relações objetais nessas mulheres e em suas mães, e os achados da literatura.

Caso 1 - Ilza

A aparência física, o corpo de Ilza, era o espelho da sua alma. Ilza era uma mulher que demonstrava ser forte emocionalmente, porém, durante as entrevistas, a "fortaleza" parece dar lugar à fragilidade. O tom da voz oscilava, as respostas se tornavam evasivas, mornas, melancólicas, sinônimos do embotamento afetivo. Durante a entrevista, a impressão é que estava prestes a chorar, tamanha sua fragilidade egóica diante das perguntas que lhe eram feitas. O mecanismo de negação apareceu quando perguntada se teve alguma perda na sua história de vida que ainda não havia resolvido, e respondeu:

Ilza: *"Não. Fiquei muito triste quando meu pai faleceu, né. Mas... mas já aceitei bem"*.

A paciente utilizou-se de negação para evitar o contato com a tristeza e a solidão. Sobre a negação Hinshelwoold (1992, p. 136) escreveu que "a negação refere-se à atividade defensiva de um tipo inicial, primitivo e tipicamente violento, no qual o ego luta com as ansiedades psicóticas".

Ilza vivenciou duas perdas significativas do ponto de vista emocional (a morte do pai/perda da confiança no marido quando ele a traia). Já descritos nos dados obtidos nas entrevistas das filhas e mães, no item vida adulta (perdas, vida conjugal). A resposta da lâmina B_3 do TRO confirmou esse dado:

Ilza: *"Três pessoas chegaram numa sala. Uma chegou só e depois duas juntas. O que chegou estava ajudando um ao outro. O que chegaram juntas, estavam conversando. Todos estavam em pé e estavam aguardando"*. (lâmina B_3).

O inquérito da lâmina B_3 do TRO complementou a informação: *"O casal se falava pouco sobre os sentimentos, sobre eles. E o que estava sozinho estava aguardando, era uma pessoa tranqüila"*.

Foi uma filha apegada ao pai, demonstrando não-resolução do conflito edípico. Manteve com ele uma relação de dependência e, agora, pela dependência da figura paterna interna, repetia o vínculo de dependência na relação conjugal, o esposo era visto como seu pai interno, com o qual estabelecia um relacionamento dependente - se ele a traia, deixava de ser o pai protetor, mas a traição era suportável porque também reeditava sua relação arcaica com o pai - o pai tinha sua mãe, uma outra mulher. Nessa linha de pensamento Heimann (1952, p. 180) considera que: "A figura parental (casal) internalizada favorece a vivência da situação edípica". Nos parágrafos seguintes exemplificam-se a vivência de não-resolução do conflito edípico de Ilza.

Ilza: *"Principalmente meu pai, né, eu era muito apegada com ele. E tanto na infância, como na adolescência, e depois de adulta."*

Ilza: *"Às vezes fico indecisa, né, prá começa assim, igual quando, eu continuei os meus estudos, segundo grau. Tinha que buscar meus papéis no Estado de São Paulo, meu esposo deu o maior apoio. E aí depois que eu comecei, fiz 2º e 3º grau."*

As lâminas A_3 e C_3 do TRO reforçaram a hipótese citada anteriormente:

Ilza: *"Três pessoas iam caminhando por uma estrada. De repente, viram uma paisagem. Pararam para olhar. Duas ficaram juntas, uma ficou mais longe olhando. Passaram alguns momentos e em seguida seguiram sua viagem"*. (lâmina A_3).

No inquérito da lâmina A_3, averigou-se:

Ilza: *"Eram amigos. Três homens da mesma idade. Encontravam ali e iam caminhando juntos. A pessoa que ficou mais longe, ficou olhando a paisagem"*.

Ilza: *"Três pessoas estavam numa sala. Duas estavam sentadas, olhando para outra que estava em pé. Essa sala tinha móveis. Elas não estavam dialogando. Um observava o outro. Todos estavam na mesma sala"*. (lâmina C_3).

A resposta do inquérito da lâmina C_3, exemplifica:

Ilza: *"Duas mulheres e um homem. As duas mulheres estavam sentadas e o homem em pé. Eles não falavam entre si. As duas mulheres estavam cansadas do trabalho. Ele estava ali e não dialogava. É a sala de espera de um médico. As mulheres parecem doentes e o homem não"*. (lâmina C_3)

Buscou através da relação com a irmã mais velha a vivência da mãe boa internalizada, vivida durante a sua infância. Klein (1957, p. 45) fala-nos sobre a relevância da internalização da mãe boa e as vicissitudes na vida do indivíduo:

> No curso do desenvolvimento, a relação com o seio materno torna-se a base para a dedicação a pessoas, valores e causas e, assim, uma certa parte do amor que foi originalmente experimentado pelo objeto primário é absorvida.

Ilza: *"Já era casada, mas na casa dela que eu mais ia, passeava mais na casa dela.*"

Ilza: *"Eu já tinha conversado com a minha irmã.*

Ilza considerou esta irmã provavelmente como a filha parental, isto é, a filha que substitui o papel da mãe, no caso, a mãe boa. O comentário a seguir foi corroborado com a interpretação. Ao ser argüida a respeito da orientação relacionada a sexo, alegou que:

Ilza.: *"Eu já tinha conversado com a minha irmã. Sempre a minha irmã mais velha (...) eu era mais (...) nós éramos mais amigas*"

Esse dado fez pressupor frigidez porque aparentou não se deixar viver sentimentos e emoções. Em determinados momentos ela mencionou estar tranqüila, parecendo com isto querer expressar um desejo seu de estar tranqüila, mas que, de fato, não estava e que atingia este estado de tranqüilidade pela anestesia de seus sentimentos, embora aqueles ligados ao luto estivessem teimando a todo o momento reaparecer, tirando a sua tranqüilidade.

Na linha de análise do luto, Ilza, na lâmina AG do TRO, evidenciou o medo da perda e o desejo de manter afastada a perda e conseqüentemente o luto.

Até então, Ilza reprimia suas emoções, principalmente a demonstração de raiva/ódio. Exemplo: parece não ter tido uma reação compatível com a traição do marido. Parece que ela transformava sua raiva, que era sentida, mas não permitida (a raiva era

censurada), em tristeza - o que sugeria ser sintomático na depressão. Minimizava o problema e recorria ao marido-pai-Deus-todo-poderoso: como se ela estivesse pensando "...não tem problema, ele, meu marido-pai pode ter uma amante que é por pouco tempo (como é o relacionamento dos meus pais). Dos meus pais não posso ter raiva. Se eu for boazinha, ter raiva é pecado, Deus será bom comigo..."

Ilza: *"Teve algo assim que eu não guardo mágoa, né, mais que eu fiquei muito triste, que eu achei que nunca ia acontecer. Ele arrumou uma outra mulher. Mas assim só foi amante, né, depois largou. Deus é bom comigo."*

Apesar de ter relatado que os pais permitiam a expressão de afetos e sentimentos durante a infância e adolescência, habitualmente Ilza demonstrou culpa e dificuldades em expressá-los. Apresentou receios das fantasias agressivas e persecutórias, recorrendo aos mecanismos de defesa, negação (da raiva - ou também sua reversão ao oposto, anulando-a) e cisão (em parte sabe que sente raiva/em parte não sente raiva; o pai-marido é bom/o pai-marido é mau, e assim por diante), como forma de aplacar e controlar as fantasias. Em seu artigo Isaacs, (1952, p. 128) declara que:

> A adaptação à realidade e o pensamento realista requerem o apoio de concorrentes fantasias inconscientes. A observação dos modos pelos quais o conhecimento do mundo externo se desenvolve mostra-nos como a fantasia da criança contribui para sua aprendizagem.

Ilza: *"Sei que está com uns 4 anos (traição do esposo), agora a data bem certa não sei (sorrindo) que eu não sou de guardar data. É só datas boas que eu guardo, datas ruins eu procuro esquecer."*

Referiu-se à dificuldade de colocar para fora, de falar e compartilhar seus sentimentos que considerava negativos (raiva diante da frustração, por exemplo). Provavelmente não os externalizava por medo da reação de retaliação, de revide ou de confronto com as outras pessoas, temendo ora por sua integridade (o ataque do outro), ora pela integridade da outra pessoa (o ataque que ela pode fazer ao outro). Nestes momentos, recorria ao objeto idealizado do pai-protetor-todo-poderoso, que iria salvá-la e satisfazê-la magicamente, que descobriria o que desejava telepaticamente, sem precisar falar e se arriscar a um "embate". Retomando ao conflito edípico (KLEIN, 1957, p. 178):

Ilza: *"Eu geralmente quando não gosto de alguma coisa fico brava. Eu não sou de falar. Eu guardo só para mim. É nem com mãe, nem com pai. Agora nem com o esposo, eu geralmente fico quieta. Conto só para Deus*."

Durante as entrevistas, Ilza demonstrou buscar a tranqüilidade diante da vida, desejava se fortalecer egóicamente, tornando-se mais independente (afinal, ela sabe que perdera o pai-marido-sempre-protetor); exemplo do cotidiano ocorreu quando assumiu concurso público, apesar dos efeitos colaterais da quimioterapia.

O instinto de vida fracassava diante do instinto de morte. No pensamento kleiniano, "o predomínio do instinto de morte proporciona a destrutividade e o ataque ao ego". (KLEIN, 1952a, p. 224). Chama atenção a informação inconsciente efetuada por Ilza na lâmina A_1 do TRO, sobre a possibilidade de recidiva, fato confirmado no transcorrer da pesquisa. No inquérito do TRO refere que:

Ilza: *"São duas pessoas. Em pé é um homem, sentada uma mulher. Um casal diante do outro. A mulher não estava bem, por isso estava cansada. Cansada por vir andando*." (lâmina A_1).

Simbolicamente, o cansaço de vir andando pode dever-se ao cansaço pela luta contra a doença - câncer.

Caso 2 - Márcia

Márcia era uma senhora idosa, agradável no contato interpessoal.

Aguardava a entrevistadora sempre bem disposta para conversar; ao término das entrevistas, ao despedir-se, abraçava a entrevistadora e dizia até breve. Durante a aplicação do Teste de Relações Objetais de Phillipson, o mesmo foi interrompido para atendê-la do ponto de vista emocional. A distância da lâmina foi exacerbada, e o discurso de Márcia voltou-se para a perda do esposo.

Era viúva há mais de um (1) ano. O tempo não passou após a perda do marido, fixou no sofrimento. Demonstrou sinais de depressão, advindos da perda do marido, conforme verificou-se nas entrevistas e na lâmina C_2 do TRO.

Márcia: *"É porque fiquei viúva... eu sofri tanto (choro) eu... quando tinha o meu véio. Ele era tão bom pra mim. E ele tadinho morreu dizendo que ia morrê (choro) já tinha dado em mim que ía sofrê muito. E como de fato eu sofri*."

Márcia: *"Esse moço está trabalhando na construção. A construção eu não decifro. Essa casa já está feita. Tem uma história de uma mulher, eu não decifro não"*(lâmina C_2).

No inquérito relatou:

Márcia: *"Parece um casal. A mulher na cama, o homem em pé. Não decifro o que ela faz na cama. Está fazendo uma casa para morar, parece que é. não sei. É uma casa grande"*. (lâmina C_2).

Márcia apresentou um quadro confusional, ao misturar o passado com o presente. Nos exemplos a seguir, assim como em outros momentos da entrevista, verificou-se tal fato. As respostas sugeriram retardo mental ou presença de alteração neurológica. O sentimentos de solidão e tristeza, associados a complicações orgânicas, exacerbaram com a morte do esposo, Márcia contou que:

Márcia: *"Depois que ele faleceu eu fiquei meia adoentada"*.

Márcia: *"Depois que ele faleceu fiquei muito nervosa, tremo muito as mãos."*

Com a morte do marido e mudança de residência/cidade, demonstrou ter perdido o objeto bom internalizado (marido) e a noção do eu (identidade). Como é confirmado por Klein (1952a, p. 236), no "processo de elaboração do luto normal, o sujeito também é impelido a reinstalar a pessoa amada e perdida no ego, mas esse processo é coroado de êxito". O que não foi verificado com esse sujeito. Os familiares, por segurança, impediram Márcia do retorno para sua residência. Ela não via estes cuidados como uma garantia para a sua segurança, sentia que estava aprisionada, que lhe retiraram sua liberdade, aparecendo também o temor de que eles pudessem entender que ela não queria ficar com eles por não gostar deles.

Márcia: *"Elas (filhas) falam: Chega lá a senhora vai chorar. Vai ter desgosto de não vê-lo. Eu posso ter desgosto, mas tem uma professora perto de mim que aquela é santa. [...] Mas a gente tendo a casa da gente é outra coisa*".

Márcia, nas respostas e inquéritos das lâminas A_1 e B_1 do TRO, demonstrou relações objetais de dependência:

Márcia: *"São duas pessoas. Eu estava no meio também. Não era nervoso de jeito nenhum"*. (lâmina A_1).

Márcia: *"Um homem e uma mulher. Eles combinavam demais, iam sofrer com a separação. O meu marido era bom para mim. Os filhos é que resolvem. Quando vou dormir penso na vida. Eu fiquei nessa condição, não sei resolver. Preciso que alguém dê palpite. Lembrei do Marcos. Porque Ilza chorava e o marido consolava quando o pai morreu"*. (inquérito A_1)

Márcia: *"Esse moço tá pensando no desgosto igual que eu tenho para resolver os problemas duros. Ele tenta resolver"*. (lâmina B_1).

Márcia: *"Está sozinho. Ele é solteiro. Parece que não tem família. Mora sozinho na casa. Desgosto por não ter família, por estar sozinho"*. (inquérito B_1).

Nos dados do TRO, as respostas às lâminas BG e A_2 exemplificaram os mecanismos de defesas utilizados por Márcia, tais como: cisão e identificação projetiva.

Márcia: *"Um homem, parece uma tesoura. Uma casa tem gente. Essa casa, parece uma igreja. Ele está conversando um com o outro. Parecem que estão construindo a casa"*. (lâmina B_G)

Márcia: *"São pessoas também. Duas pessoas. A mulher parece com Ilza e o homem parece com o esposo dela. É o mesmo problema, separação e morte"*. (lâmina A_2)

Relatou vida dura, a subsistência advinha do trabalho na roça. Demonstrou disponibilidade para a maternidade, teve quatro filhas e um filho adotivo, parecendo tentar ser uma mãe boa, afetiva e atenta. As dificuldades na relação com os filhos provavelmente eram oriundas do mundo interno empobrecido - faltou investigação da família de origem.

Em relação à Ilza, relatou desilusão quanto ao gênero, a expectativa era de um menino:

Márcia: *"é, eu esperava que era um menino. E veio foi Ilza... Muézinha outra veis..."*

Quanto à amamentação, apresentava disponibilidade:

Márcia: *"Ah, eu dô de mamá até um ano..."*

O marido poderia ser considerado autoritário quanto à mulher amamentar por longos períodos, porém, pode-se inferir que tal conduta remetia à denúncia de dificuldade do processo de separação mãe-filha, a sua tendência ao estabelecimento de uma relação fusionada, simbiótica, com seus bebês. O desmame normalmente era tardio.

Márcia: *"Ele, não queria que eu desse de mamar. Queria que eu desse comida para ela."*

Márcia: *"E eu... sempre dava - mamá, meus fios, meio, meio já, meio grandinho"*.

Márcia normalmente utilizava mecanismos da posição esquizo-paranóide, como a cisão e a identificação projetiva, para lidar com o mundo externo. Tais mecanismos eram apresentados no transcorrer das entrevistas, deixando-a em determinados momentos extremamente confusa. Ao ser questionada, por exemplo, sobre quem cuidava das crianças, ela respondeu:

Márcia: *"Quem cuidava de mim"*.

Em determinados momentos, a resposta de Márcia não condizia com a pergunta efetuada pela entrevistadora, sugerindo o retardo ou comprometimento orgânico-cerebral, por exemplo: Quando argüida se, enquanto jovem, havia acontecido alguma situação de doença, Márcia respondeu:

"Não. Teve, teve lá um cara que era doido pra casá com ela, e nós falo que ela não era pra casar com aquele moço. E ela tomo conselho. Obedeceu."

Verificou-se essa dificuldade sobretudo através da resposta à lâmina B_2 do TRO.

Márcia: *"É um problema para resolver. Ter problema é duro. Vê um bicho? É um bicho que passa necessidade"* (lâmina B_2).

Caso 3 - Elza

Elza atendeu prontamente quando foi considerada para participar da pesquisa. Demonstrava necessidade de conversar sobre si, sobre a doença e as relações familiares. Fazia uma tentativa de compreensão dos seus sentimentos, mas negava-os na medida que tinha que mergulhar dentro de si para compreendê-los.

No transcorrer dos encontros (coleta de dados), reforçava que não havia mentido sobre como a mãe era má. Esse episódio aconteceu no dia em que a entrevistadora e a mãe haviam combinado o encontro e este não pôde ser concretizado porque a mãe não abriu a porta da residência para que a entrevista fosse realizada.

Estabeleceu com o mundo (relações interpessoais) relações permeadas pela desconfiança, sentia-se roubada e/ou privada de seus conteúdos internos bons. Klein (1957, p. 48) assinala que:

> A riqueza interna deriva de haver-se assimilado o objeto bom [...]. Em contraste, nas pessoas em quem esta sensação de riqueza e fortalecimento internos não se acha suficientemente estabelecida, os ímpetos de generosidade são amiúde seguidos por uma necessidade exagerada de apreciação e gratidão e, conseqüentemente, por ansiedades persecutórias de haverem sido empobrecidas e roubadas.

Quando Elza foi questionada sobre a vivência de perdas na sua vida, respondeu:

Elza: *"Ah, só dinheiro e como eu perdi. Ah, dinheiro sim, dinheiro eu perdi um tempo até o ano retrasado, a minha cunhada que é irmã do meu marido eu trouxe ela pra cá. Troxe não, ela veio né? Aí eu cheguei aqui, dei todo o apoio pra ela, ela me largou numa situação financeira tão difícil que eu entrei em agiota, quem sobrou um pouco foi o meu guri. Mas em termos de pessoas queridas, foi meu pai."*

Na sua relação com a sua mãe permaneceu a vivência de abandono, a privação afetiva, tendo internalizado a figura da mãe má, pouco compreensiva, punitiva, egoísta. A importância da internalização da mãe boa, cuidadosa, foi comentada por Klein (1957, p. 31). Na entrevista como um todo, demonstrou o controle obsessivo exercido sobre a mãe. A mãe permaneceu na sua cabeça o tempo todo, dessa forma Elza "ficou" com o pai.

Elza: *"Minha mãe batia muito, ela é aquela carrasca, ela não é uma mãe carinhosa. Já procurava espancar no lugar de conversar"*.

Elza: *"Eu falar umas coisas dessas, se ela ouvir. Até mais que minha mãe, é mais rústica, mais seca, ela não é assim uma pessoa que une os filhos. Ela faz é destruir em certos lados. Não é aquele carinho."*

Elza demonstrou receio de que se a mãe soubesse do tamanho da sua raiva, ela se vingaria.

Preservou dentro de si a dor da relação com a mãe má, e parece que ela tinha de fato uma mãe má no mundo externo. Fantasia e realidade aparentam ser coerentes e confluentes.

Idealizou o pai-objeto bom como forma de conter a frustração, a ausência, a privação de experiências boas com a sua mãe. Pareceu ter vivido com a ameaça iminente de uma punição/destruição de si mesma diante do menor deslize, diante da menor contrariedade da mãe má, perseguidora, impulsiva, irascível e narcísica, onde só ela teria a prioridade sobre todas as coisas, onde só ela seria a poderosa, onisciente e onipresente - o objeto materno mau terrífico e castrador - a mãe fálica má. O resultado foi que Elza não era contida em sua agressividade. Era ela que teria que cuidar de/controlar a mãe para que ela própria pudesse ser cuidada.

Quanto à mãe fálica, Klein (1952b, p. 273-274) fala em sua obra que "Essa mãe com pênis interno desempenha um papel formidável na fantasia da criança. Ela parece possuir tudo o que a criança deseja, dá-lhe muitíssimo pouco e é a rival no que se diz respeito ao pai".

Elza: *"Agora meu pai não, meu pai fazia do contrário, [...] que fazia ajudar, não desunir."*

Elza: *"O pai era daquele que se a gente namorava e não podia, ele falava sai, não sai. Tinha horário, mas aquele horário pra ele se passasse ou não passasse pra ele, não falava nada. E chegava final de semana, ele comprava roupa, calçado, porque tinha que encontrar com namorado. Ele chegava e conversava se o cara prestava ou não prestava. Ele foi uma pessoa assim, agora minha mãe não, se ela falava que não prestava não adiantava namorar, porque ali apanhava."*

Elza demonstrou a sua impossibilidade de autonomia, relação de dependência com as figuras parentais, referiu-se que em situação de decisão o comportamento dos pais eram de:

Elza: *"Mais a decisão deles que a minha própria."*

Elza: *"A independência era deles, o que eles achavam, o que tinha que usar, o que tinha de vestir, independentemente da cor, tudo era deles, não nosso."*

O comprometimento com o mundo feminino apareceu em inúmeras situações, como, por exemplo: na escolha do parceiro, aparentemente foi um ataque ou uma tentativa para escapar das situações persecutórias e angustiantes; infelizmente, acabou se atacando e encontrando a reedição de seus conflitos arcaicos (o marido era alcoólatra). A vivência do édipo na menina é comentada por Klein (1957, p. 66):

> Na menina, os desejos genitais pelo pai permitem-lhe encontrar outro objeto amado. Assim, o ciúme, até certo ponto, suplanta a inveja e a mãe se torna a principal rival. A menina deseja tomar o lugar da mãe e possuir e tomar conta dos bebês que o pai amado dá a mãe. A identificação com a mãe neste papel torna possível um campo mais amplo de sublimações.

Elza contou que a mãe preferia o seu namoro com outro rapaz, devido às condições econômicas do pretendente. O marido, na época de namoro, não possuía bens. A primeira relação sexual ocorreu dos quinze para os 16 anos, segundo ela, com o intuito de:

"É, namorava ele, foi uma coisa que eu fiz para mostrar para minha mãe que se eu casasse ou não casasse, ali eu não queria ficar mais. Eu queria sair longe da minha mãe, porque um apanhava, eu era uma pessoa muito escravizada dentro de casa."

Na sua história, parece ter ocorrido uma indiferenciação/inversão de papéis (ser mulher é ruim), sugerindo conflitos nos aspectos homossexuais propriamente ditos. Em relação a isso, Klein (1957, p. 71) assim se expressou: "parece que uma das fontes de culpa a respeito do homossexualismo é o sentimento de haver se afastado com ódio da mãe e tê-la traído por haver tomado como aliadas o pênis paterno e o pai".

Buscou, através da relação com o pai, compreender o mundo feminino aceito por ele. Procurou a explicação sobre a menarca junto ao pai.

Pode-se compreender o conflito na feminilidade, através do fragmento da entrevista e da lâmina A_2 do TRO. Na lâmina A_2, Ilza apresentou o desejo de reparação das dificuldades sexuais.

Elza: *"A primeira pessoa que eu cheguei foi nele. Aí que ele deu uma explicação meio por cima e falou, conversa com tua mãe. Isso já é coisa de mulher, conversa com a tua mãe."*

Elza: *"É um casal dialogando. Olhando o tempo. Porque não tem nada na frente. Estão de costas. Homem e mulher. Estão dialogando sobre os filhos, o que deve ser feito em relação à casa, situação financeira, ou trabalho"*. (lâmina A_2)

Sobre a relação sexual, Elza contou que:

Elza: *"A primeira vez que veio para mim, ela (mãe) falava que quem dava a primeira vez ficava grávida, saía sangue"*.

Após a morte do esposo, ela não conseguiu refazer a vida afetiva com outro homem, por receios como:

Elza: *"Por causa do meu menino [...] tenho duas filhas, acontece muita coisa de padrasto querer fazer alguma coisa, tenho muito medo nesse lado também [...] o pouco que a gente tem, pode mesmo até a pessoa também querer tirar, querer prejudicar mais a gente"*.

A inveja ocorreu na medida que acreditou que a mãe tratava os irmãos de forma diferenciada. Eles adquiriram todos os presentes da mãe boa, dos quais foi privada.

A irmã era identificada com a mãe má, traiçoeira, oscilante, sem uma coerência interna que seria expressa em um comportamento mais estável e confiável, fundado na realidade externa, e não na realidade interna, como se observa em:

Elza: *"É minha irmã caçula. É supernojenta. Hoje ela é uma pessoa maravilhosa, de repente ela vira."*

Argüida sobre o processo da amamentação, na relação com os filhos, quais foram as facilidades, dificuldades encontradas, Elza respondeu que:

Elza: *"Ah, dificuldade seria com o meu guri hoje, porque de vez em quando ele bebe. Minha menor também que é mais nervosa, uma guria que pouco entende. Tem minha filha do meio que a gente se entende, eu com ela, pra eu tirar as dúvidas, sabe, do meu menino, da mais nova é com ela."*

Elza: *"Não, o menino não quis. Agora a minha guria, a do meio amamentei ela uns três, quatro meses, daí secou. E a outra eu amamentei seis meses, só que daí secou o leite. Agora o menino não mamou, inclusive chorava muito, fomos para casa e foi na mamadeira."*

Reeditou na maternidade as dificuldades vivenciadas com a mãe, não conseguindo amamentar o filho primogênito; apresentou dificuldades com a filha caçula e com a do meio era bastante ligada. A filha mais velha parecia ocupar o papel de sua mãe boa. Os relatos citados anteriormente sugeriam a fantasia de que o seio era vivido como objeto mau, a quem era dirigido fantasias orais-sádicas.

Klein (1952b, p. 273) comenta que "a atitude para com o alimento está vinculada, fundamentalmente, à relação com a mãe e envolve toda a vida emocional da criança".

A mãe foi vivida como má, agressiva e privadora, dificultando, assim, a possibilidade de refazer internamente sua questão edípica. Essa relação era permeada de gratificações, quando Elza atacava a mãe ela pedia socorro do pai (continuava com o pai).

Mas solicitava um pai ausente, fraco, não forte o suficiente para aplacar a perseguição e ameaça sentida com esta mãe. A culpa aumentava, assim como o prazer de se auto-atacar o tempo todo. Elza procurava situações em que a mãe entrava como má.

Concordamos com Klein (1957, p. 64) quando afirma que:

> O desenvolvimento do complexo edipiano é intensamente influenciado pelas vicissitudes da primeira relação exclusiva com a mãe e, quando esta relação é perturbada muito cedo, a rivalidade com o pai introduz prematuramente.

A seguir ilustrar-se-á a questão edípica através da lâmina A_3 e C_3. Elza, na lâmina A_3, apresentou o medo da separação e da dificuldade de identificação, enquanto na C_3 o medo foi da destrutividade do par .

Elza: *"São três pessoas. Vão pela estrada deserta. São dois homens, uma mulher. Um vai andando, dois estão parados. Estão em busca de uma sombra, as duas pessoas, Os três querem ao mesmo tempo seguir juntos a caminhada"*. (lâmina A_3)

Elza: *"É um homem. Tem um senhor do lado sentado ou deitado. Tem uma pessoa entrando, pela foto é uma mulher. Parece um homem violento, meio agressivo. Não sei se é maçã, laranja em cima. Tem um armário na frente. Atrás representa um sofá com uma pessoa sentada. Olhando, parece um tipo agressivo. Estão todos em volta com medo. [...] A mulher tem medo que ele bata, ou agrida com palavras. Ela não consegue reagir, a mulher é mais fraca"* (lâmina C_3).

Caso 4 - Dirce

Dirce, durante as primeiras entrevistas, demonstrava ser atenciosa, permissiva, porém, no período de coleta de dados, ocorreu uma mudança em seu comportamento. Por exemplo, em horário/dia previamente combinado, não abriu a porta para a entrevistadora, o que sugeria que Dirce sentia que o mundo interno/inconsciente estava sendo espiado pela entrevistadora.

As respostas emitidas nas entrevistas eram vazias, sem conteúdo, sem simbolização. Apresentava preocupação em responder corretamente.

Ficou viúva há quinze anos, recordava a experiência conjugal de forma saudosa.

Relatou vivenciar a maternidade como algo natural. Pela desinformação da época, não sabia das medidas preventivas de contracepção - as gravidezes ocorriam espontaneamente.

Demonstrou a relação com a filha (Elza) como algo prazeroso:

Dirce: *"Pra mim é uma alegria. Nossa era uma bonequinha. A Elza era a coisa mais linda do mundo. Toda vida, ela cresceu moça e bonita. É a mais bonita das minhas filhas quando era solteira."*

As respostas referentes à maternidade, como algo belo, prazeroso e idealizado, foi uma maneira encontrada por Dirce de negar a realidade do desprazer.

Em relação à amamentação, teve dificuldades - os filhos amamentavam por curto período, denotando a impossibilidade de estabelecer bons vínculos com seus bebês. Relatou o adoecimento de Ilza no período do desmame. Klein (1952b, p. 276), reportando-se ao desmame, escreve:

> Ansiedade sobre a perda do bom objeto, que atinge o auge no período do desmame, é também provocado por outras experiências, como a do desconsolo físico, doença e, em especial, a dentição. Tais experiências estão fadadas a reforçar as ansiedades persecutórias e depressivas da criança".

Devido às questões do trabalho no campo, Dirce deixava as outras filhas sob a responsabilidade de Elza. Passou a idéia de que Dirce era desprovida da capacidade de maternidade.

Na análise sobre maternidade Klein (1936, p. 337-338) comenta:

> Desde o início, a mãe deve fazer todo o possível para auxiliar a criança a estabelecer uma boa relação com ela. Muitos vemos que a mãe faz tudo que está ao seu alcance pelo bem estar físico de seus filhos [...] Muitas vezes as mães não se dão conta de que o bebê já é um ser humano cujo desenvolvimento emocional é da maior importância.

Dirce: *" A mais velha das meninas, ela cuidava as menores. Ela foi, bem dizer mãe da caçula. Aí a guria considerava ela como mãe."*

Durante a entrevista, aprofundando-se na questão da maternidade, e perguntado quem ela considerava mais próximo de Elza, ela ou o marido, ou ambos, pareceu que Dirce sentiu-se atacada e respondeu:

Dirce: *"Ah, era eu. Era eu mesmo, não tinha. A mãe é pra tudo né? Mãe que tem que fazer isso, a mãe que tem de dá conselho disso, daquilo, não é verdade? Você não é mãe né? "Mãe é duro minha filha (risos)."*

Pareceu que Dirce estabelecia confusão entre ser obediente e diferente. Ao ser argüida sobre a possibilidade de Elza pensar, perceber coisas diferentes dos pais, ter opiniões contrárias, ela respondeu:

Dirce: *"Não. Não discutia. Ela era obediente. Tudo os três."*

Ela não poderia permitir o processo de separação-individuação, sem ter elaborado dentro de si. "Certas dificuldades nessas relações do passado podem facilmente inferir nos sentimentos que ela nutre pelo seu próprio filho, principalmente se este desenvolve traços e reações que tentam a despertar essas dificuldades nela". (KLEIN, 1937, p. 359). A capacidade de pensar, escutar o outro em sua intimidade e singularidade eram extremamente precárias, as relações eram indiferenciadas e baseadas na identificação projetiva.

O pensamento kleiniano considera que "atitude maternal é a capacidade de se por no lugar da criança e encarar a situação do seu ponto de vista". (KLEIN, 1937, p. 359). Conforme descrito na página 16, a identificação projetiva é um processo normal no desenvolvimento emocional, porém o uso exagerado desse mecanismo favorece a perturbação nas relações objetais.

Dirce: *"A minha filha é a minha filha do mesmo jeito tanto uma como a outra, todas eu quero bem. Se caso eu adoecer, as três cai de cheio aqui em casa, elas não saem de dentro de casa, então por isso que amo as três igual. Minhas netas, meus netos."*

Na frase acima ela disse que gostava de todas, aparentemente sem diferenciação. Ela reconhecia que recebia afeto por parte de todos os seus familiares e, provavelmente, sentia-se orgulhosa por isso.

Dirce revelou desvalorização da feminilidade, considerava-se empobrecida de conteúdos internos bons; talvez isso a impeça de transmitir os aspectos positivos da feminilidade na vivência com as filhas.

Pareceu que Dirce gosta de ser mãe e mulher. O que ela não tinha era uma idéia muito clara dos sentimentos. Apresentou um mundo de fantasia ou mundo interno empobrecido, o que a impedia de ser uma mãe que conseguia identificar os sentimentos e fantasias de seus filhos em uma esfera além da concretude. A capacidade de simbolização de Dirce aparentemente era empobrecida. De acordo com Segal (1955, p. 175):

> A formação de símbolos governa a capacidade de comunicação, já que toda a comunicação é feita por símbolos. Quando ocorrem perturbações esquizóides nas relações objetais, a capacidade de comunicação é similarmente perturbada: primeiro, porque a diferenciação entre o sujeito e o objeto é borrada; segundo, porque faltam os meios de comunicação, uma vez que os símbolos são sentidos de modo concreto e, portanto, não estão disponíveis para os fins de comunicação.

Dirce: *"Eu falava pra ela: se cuida a sua boniteza minha filha só tem um tempo, depois ela acaba, não é verdade? Só o tempo de jovem, aí casou, acabou. Ela falava: aí mãe, mas não é assim. Eu falei: é boniteza é só até os quinze anos, 18, 20 o máximo, aí já vai caindo pra feiura. Eu falava pra ela."*

Chama-se a atenção para o fato de Dirce ter criado o filho de Elza. O esposo de Elza bebia e ela o acompanhou quando mudaram de cidade, deixando as crianças com a mãe (Dirce), o que evidencia novamente a dificuldade da mãe em separar-se, ocasionando a dificuldade da filha em relação à separação. Percebe-se também que negou-se às dores provocadas por uma separação tão precoce da mãe. Isto exemplifica-se a seguir com a entrevista e com a lâmina A_3 do TRO:

Dirce: *"O marido dela bebia. Ah, essa Elza sofria e ela pegou e me deu o guri com dois meses e dois dias de nascido... peguei os dois pra criar outra vez ..., achei, minha nossa, agora vai tomar o guri de mim."*

Dirce*: " São três pessoas. Um distante do outro. Parece que vai atravessar o rio e não atravessa"*. (lâmina A_3)

Dirce: *"São o pai, a mãe e a filha. A filha atravessou sozinha. E os pais não. Ficaram parado olhando"*. (inquérito A_3)

Apesar de ter relatado tranqüilidade diante da maternidade e a vida conjugal, pode-se inferir que Dirce vivenciou de forma fragmentada, parcial, todas as

relações objetais estabelecidas no decorrer do existir. Fragmentada pode ser, na medida em que a visão parcial das coisas era causa e ao mesmo tempo conseqüência desta fragmentação. A vivência de fragmentação gerava (e era fruto de) muita ansiedade persecutória em relação à sobrevivência pessoal, ocasionando medidas mais acentuadas e freqüentes de tentativas de controle dos objetos.

Hinshelwood (1992, p. 346-347) oferece um claro exemplo ao referido quando escreve: "a fragmentação como a cisão severa do ego, tipicamente em relação com as dificuldades encontradas na posição esquizo-paranóide, dá origem a um senso de fragmentação, de despedaçamento".

Aparentemente esta mãe foi muito mais oscilante e contraditória. Falando da forma como falou sugeriu que na maior parte do tempo ela foi má. Este comportamento oscilante, paradoxal, onde duas verdades coexistem, foi extremamente esquizofrenizante - a filha ficava perdida, não sabia em que fato devia acreditar, e como tentativa de resolução da situação conflitiva e ameaçadora atribuía a si mesma o mal que pudesse estar sendo vivido.

Caso 5 - Rose

Rose, ao receber o telefonema para participar da pesquisa, demonstrou sinais de apreensão, ansiedade persecutória (tom e freqüência da voz alterados, indo à casa da vizinha para averiguar se a mesma havia sido convidada para a pesquisa). Chegou ao hospital com uma hora de antecedência. Apresentava-se agitada, perdida, não conseguindo achar a sala da psicóloga.

Infere-se que a confusão da paciente teve origem na fantasia de recidiva da doença, uma vez que o telefonema da psicóloga teve origem do hospital onde havia se submetido à cirurgia. Quando questionada sobre a frase "é em relação a doença"?, e se havia ficado com medo do telefonema, ela respondeu:

Rose: *"É. Eu achei será que fizeram exame? [...] passei pela quimioterapia, acabei a dois meses. Será que a papeleta voltou? A pessoa que passa por essa doença mexe muito"*.

Nesse momento foi verificada a dificuldade da paciente separar fantasia e realidade, falando a favor de um ego extremamente frágil, sem capacidade de síntese e

julgamento, talvez momentaneamente afetada pela real possibilidade do retorna da doença ameaçando a vida, ou seja, a recidiva. As funções do ego, quando precários, inviabilizavam no indivíduo a capacidade de adaptação ao meio, análise e síntese e julgamento.

Faz-se necessário comentar que na lâmina C_G do TRO o medo era da própria destrutividade e que o superego não a contivesse, revelando-se também o medo da autoridade retaliadora. O desejo era de manter afastada a autoridade interna e controlar esses impulsos agressivos.

Rose: *"Tem bastante gente, da para ver os braços. É um corpo de uma pessoa com muitas manchas pelo meio. Um braço está se derretendo em fiapos. Essa pessoa tem uma doença tomando o seu corpo. Vejo um caixão de madeira. Essas linhas parecem uma estrada, que parece que estão indo. Ou estão pedindo solução para o problema ou já morreram. Representam também corpo com galhos, com braços. É uma pessoa que o corpo está derretendo devido à doença. Não sei informar sobre esses quadrados de madeira. Tem um formato de caixão ou de linhas de caras, ou de pessoas que estão no final, sem solução. Pessoas que se derretem igual quando a gente morre. Está esquisito. Não tem a mínima idéia do que são esses vultos verdes. Será que são ossos?"* (lâmina C_G)

Rose: *"Elas não se dão bem. Todas estão distantes uma das outras. E essas estradas estão distanciando essas pessoas"*. (inquérito C_G)

Ao recordar sobre o seu relacionamento com seus pais na infância, por ocasião da pesquisa, Rose demonstrou condições de vida precárias, tanto no aspecto financeiro quanto no afetivo.

Rose: *"Meu pai era muito fraquinho, com relação àquela época sim ao financeiro"*.

Rose: *"Então, a gente foi criada assim, como Deus criou batata na terra (sorrisos), tudo descalço, tudo de qualquer maneira"*.

A privação afetiva por parte do pai e da mãe era notória na sua história. O desamparo e a desatenção persistiram durante todo o relato. Como, por exemplo, na resposta sobre o relacionamento com os pais, ela informou:

Rose: *"Não tive assim, pai amigo, mãe amiga. Para você chegar perto e desabafar"*.

A lâmina C_3 do TRO corroborou a interpretação efetuada anteriormente:

Rose: *"É uma figura de uma pessoa sentada. Parece que não tem perna. É uma forma de cabelo, parece do útero. É um homem em pé. Com um escuro que vai da cabeça até o meio das nádegas. O coração é vermelho, no meio tem manchas escuras, e uma mancha branca dentro do vermelho. É uma foto de um corpo com uma espécie de ferida que parece que toma conta"*. (lâmina C_3)

Rose: *"São duas pessoas. O homem está de pé e a outra está sentada perto da jarra de água e do medicamento. Ele está abandonado. Tem um abajur nesse quarto. Eu vejo o rosto. Ele está bastante doente. Não aparece o corpo, ele perdeu as pernas. São distantes um do outro. Estão com medo"*. (inquérito C_3)

Como ela poderia construir aspectos saudáveis de personalidade diante dessas condições de maternidade? Restou-lhe a fragmentação do ego como resposta à privação, à desesperança.

A fragmentação foi descrita neste trabalho na página 91, de acordo com Hinshelwood (1992, p. 346-347)

A infância foi sempre associada ao sofrimento; a figura feminina - mãe, na sua memória, encontrava-se marcada pela agressão e ataque da figura masculina, o que repercutiu posteriormente na sua relação com o esposo. As mulheres da família (mãe e filha) eram submissas e dependentes do pai/marido autoritário.

Rose: *"Meu pai, quando nós éramos pequenos, batia muito na minha mãe. Então esse era o trauma. Meu pai era muito bravo naquela época. Então essa infância que a gente teve. Sofrimento"*.

Rose: *"Meu esposo não pediu autorização para mim, para fazer nada, quando eu vi já tinha feito. Então, o casamento não adianta"*.

Desde a infância, Rose passou por perdas não elaboradas, entre elas a da avó e, posteriormente, a falência financeira do esposo que a levou à depressão. Vislumbrando-se, assim, as perdas dos objetos bons e a dificuldade de repará-los dentro de si mesma.

Rose: *"Esse foi o problema mais desesperador que tive na minha vida. Perdemos tudo. Eu entrei em depressão e comecei a chorar muito. Não dormia, peguei insônia só dormia através de medicamentos"*.

Rose*: "Tinha dias que eu perdia a vontade de viver, não queria mais viver. Assim, o mundo apagou para mim. Parece que o mundo tinha fechado"*.

A falência financeira foi associada à desvalorização; e o desrespeito na relação conjugal promoveu sentimentos de raiva, os quais foram refreados, originando assim o estado depressivo. A data do início do nódulo da mama coincidiu com a época da perda financeira e suas implicações emocionais, que provavelmente funcionaram como elementos disparadores para antigas perdas vividas e não elaboradas até então.

Na lâmina C_2 do TRO, Rose manifestou o medo do aniquilamento e da separação no par, e o desejo de controlar a doença, mantendo afastada a possibilidade da separação do par e a morte.

Rose: *"Uma cama com uma pessoa deitada e outra em pé sobre essa cama. A que está em pé, parece estar deformada, inchada. Observa uma janela e uma porta. Parece vultos de um homem ou de uma mulher, ou é a parte de uma mulher ou de um homem. Um braço dele está certo, e o outro tomado pela doença. É um quarto escuro de uma pessoa doente na cama. Quem está deitada na cama é uma mulher. Essa mulher, tem uma enfermidade no rosto ou no nariz, parece uma pessoa inchada que está no escuro. Ela não tem mais jeito"*. (lâmina C_2)

Rose: *"Ela passa por uma doença que não tem mais jeito, e o de pé está longe. Está se afastando dela"*. (inquérito C_2)

Rose "guardou/escondeu" a raiva e possivelmente a repressão dos impulsos agressivos (ódio), deslocando-a, assim, para o corpo, resultando na doença, um substituto para a falta de uma elaboração e representação psíquica desses impulsos e conflitos vividos.

A expressão dos sentimentos destrutivos de raiva, ódio e rancor foram reprimidos pelas figuras parentais desde a infância, por seu pai ser extremamente austero, impulsivo e agressivo. O pai não pensava antes de fazer, pelo que pareceu. Resultou na dificuldade de pensar sobre si, seu mundo interno e o mundo ao seu redor. Não pensando, pode ser impulsivo e agir no mundo externo, ou pode reverter sua ação para dentro de seu corpo.

Rose: *"Qualquer coisa descontava nos filhos, na esposa. Até na semana do meu casamento apanhei do meu pai. Ele pegou meu marido dando um beijo no meu rosto, me bateu. Meu pai era severo"*.

Rose deslocou o afeto da relação com a mãe boa e cuidadosa para a irmã mais velha. A irmã mais velha aceitava e retribuía os afetos.

Rose: *"É porque a gente desabafava com ela. Ela aconselhava, tinha amor para a gente demais."*

A mãe de Rose, pela provável imaturidade emocional, não continha as angústias, dificuldades e sentimentos agressivos dos filhos, recorrendo ao marido em busca de auxílio na colocação dos limites, devido à sua dependência deste.

A busca pela independência afetiva e pela identidade ocorreu de forma idealizada e mágica. Acreditou que a resolução seria o casamento ao responder:

Rose: *"Então eu já saí da casa do meu pai e disse assim: vou sair do inferno pro céu. E daí eu fui pro outro lugar, pro outro lugarzinho no inferno, né? Porque não era bem aquilo que a gente esperava"*.

Rose demonstrou ter internalizado a mãe fálica, o pai era ausente. Ausente no sentido da sua individuação (autonomia), e ao não romper a relação entre duas mulheres. A ausência do pai dificultou na vivência interna do conflito edípico. Ela conta tal fato, pela relação com seu esposo, na entrevista e nas lâminas A_3 e B_2 do TRO.

Rose: *"Tive que aprender a amar. Hoje eu vivo assim. Nem morro de amor. Nem sou mulher apaixonada pelo esposo. A palavra amor eu nunca soube. Eu casei criança, encarei de ser mãe. O amor que eu tinha que dar pra ele, foi para os filhos"*.

Rose: *"Vejo vultos de três pessoas. Essas três pessoas fumam, e parece que estão jogando fumaças para cima. Essas manchas todas pelo corpo, e ao redor deles, parece que vai subindo. Essa de cá é um homem tomado de doença. O mais alto é também um homem. Tem um rosto de lado, está tomado por uma doença contagiosa, observo três pessoas com a mesma doença e todas as três devem ser fumantes e não conseguiram ter um tratamento para o problema. Porque todas estão tomadas pelo quadro escuro. A do canto me representa uma mulher"*. (lâmina A_3)

Rose: *"Todos doentes. Eles não se dão bem. Só dois se dão. Os outros estão se distanciando. A pessoa que não é fumante tem mais chance de sobreviver"*. (inquérito A_3)

Na lâmina A_3 do TRO, compreende-se o medo da separação no Édipo e do aniquilamento pela separação; já na lâmina B_2, o medo da sexualidade propriamente dita.

Rose: *"Uma árvore com duas pessoas em pé. É uma casa, um túmulo cheio de portas, nota-se que tem uma forma de uma árvore, mas é uma doença que cresceu. É um cemitério. E essas duas pessoas em pé estão encostadas. Não é bem uma árvore. É uma carne esponjosa cheia de coisa por dentro. Essa árvore para mim pode ser uma pessoa que não cuidou da doença daí acabou alastrando pelo corpo, por exemplo o pulmão. Em baixo parece a forma de uma cova ou de uma cabeça. É um cemitério de pessoas que não cuidaram da doença e acabaram aí"*. (lâmina B_2)

Rose: *"São pessoas amigas e se dão bem"*. (inquérito B_2)

A vivência da menarca foi marcada pela desinformação. A dificuldade na sexualidade era anterior à doença, porém a fantasia era que essa dificuldade advinha do câncer.

Chamou atenção o fato de Rose vivenciar a realidade, as relações objetais de forma parcial e idealizada. Hinshelwood (1992, p.392) em seu texto explicita:

> Na posição esquizo-paranóide, o objeto parcial existe em relação a sensações corporais do sujeito. Através da projeção para o objeto, ele se torna uma extensão narcísica das experiências do próprio ego e a qualidade de separação do objeto não é reconhecida.

Parcial ao aludir que não era ela que sentia. Era o seio, o corte. Rose afirmou:

Rose: *"Qualquer coisinha, uma dorzinha nele, ele já se encomoda que é doença"*.

O medo das fantasias (morte/recidiva) serem confirmadas no cotidiano deixavam-na apavorada, confusa e exacerbavam a ansiedade persecutória e de aniquilamento. Esse medo foi traduzido na entrevista e na lâmina A_G do TRO.

Rose: *"Porque a gente fica... Acha que não se cura mais"*.

Rose: *"Parece o meio de um corpo, com umas manchas tomadas de preto, me lembra um pulmão. Parece uma pessoa que fuma e os pulmões estão tomados por fumaça e por manchas. Dá para se ver que essa pessoa deixou a doença tomar conta, e está se deformando. É esquisito. Chegam à morte porque o tratamento não tem solução. Estas pessoas estão sem tratamento e sem solução. Parecem umas pessoa tipo planta, que estão se enraizando de lá para cá"*. (lâmina A_G)

Rose: *"Não se dão bem, essas pessoas cada uma está com problema. Essas três pessoas talvez possam mandar o outro enfrentar o sofrimento. Eles estão querendo desistir"*. (inquérito A_G)

A impossibilidade de entrar em contato com a vida psíquica e com a doença interna promoveu o adoecimento emocional. Como ilustrado a seguir na entrevista e na lâmina C_1 do TRO:

Rose: *"Quando eu bato o olho nas vizinhas, assim que as vizinhas vêm: você já melhorou? Já mexe, já me lembra. Não tem jeito assim da gente escapar depois que dá uma doença dessas"*.

Rose: *"Deu vai morrer. Ninguém acredita que eu vou viver na minha rua. Então hoje eu ergui a cabeça: eu vou viver, confio em Deus. Ele é o maior"*.

Rose: *"Observa-se uma cadeira, uma jarra e um cinzeiro. É um consultório médico. Tem esse quadrado com essa porta que vai até o alto. Uma estrada, que pega assim, um pouco do vaso e vai até o fim. Tem uma mancha na cadeira. Elas são amarelas e pretas. É um consultório médico, aonde tem um cinzeiro que a pessoa ou médico pode utilizar. Tem um quadro de uma doença. Uma jarra com um copa maus para cá. Tem uma parede com uma porta, nesse pedaço da parede tem uma coisa fazendo demonstração. Essa pessoa é bem contagiosa, ela fuma e contagia o consultório. Essa pessoa contaminou tudo, manchou a cadeira, ela não é uma pessoa limpa, tem sujeira pelo corpo. Quando a gente vai ao médico tem que ir limpo para não contagiar. Essa pessoa está suja, é fumante. Deixou a doença na cadeira"*. (lâmina C_1)

Rose: *"Pessoas distantes umas das outras. O corpo deve estar limpo todas as vezes que vamos visitar o médico"*. (inquérito C_1)

Rose: *"Eu tentei me matar. Adotei um pé de árvore que tem na minha porta"*.

Simbolicamente, na frase anterior, poderia-se inferir que Rose disse que: tentou se matar, mas vai viver porque não perdeu a função materna. Que ela era ainda mulher que cuida e dá a vida. Que precisava acreditar nisto. Esta frase pode ser entendida como uma mensagem que contém uma mistura da esperança com a desesperança (morte). Em oportuna discussão sobre saúde mental, Klein (1960, p. 308) mostra que:

> A falta de prazer no trabalho e no lazer e no contato com as outras pessoas deixa a personalidade estéril e desperta ansiedades e insatisfações. Essas ansiedades, de natureza tanto persecutória quanto depressiva, são, quando excessivas, a base para a doença mental.

Rose reeditou na relação com os filhos a dificuldade na maternidade oriunda da sua história, o que mobilizou sentimentos de culpa, gostaria de ter sido uma mãe diferente daquela que ela teve. Quando perguntada como ela se via enquanto mãe, ela respondeu:

Rose: *"Aquela mãe doida. Eu acho que criei assim: dava amor, carinho, limpeza. Que toda vida eu fui uma pessoa muito caprichosa para os meus filhos. Mas tinha aquele desgosto no coração. Que eu também erro, não poderia dar a vida que eles precisavam também"*.

Demonstrou dificuldade em lidar com o processo de separação-individuação dos filhos e com a entrada do terceiro (figura masculina), repetindo novamente sua história com a mãe. Esses aspectos foram evidenciados na entrevista e na descrição da lâmina C_3 do TRO, páginas 93-94. A resposta à lâmina C_3 mostrou o medo da exclusão diante do par unido e o desejo de manter afastado o terceiro.

Rose: *"Eu era igual galinha cheia de pintinhos, que abria as asas e entrava os cinco assim... Era muito agarrada com os meus filhos"*.

Rose: *"Um filho por ano. Então, era dois de mamadeira, era dois na fralda, e já a barriga com outro. E a vida financeira pequenininha"*.

Com a doença, o esposo fez uma tentativa de reparação da relação conjugal. Começou a cuidá-la de forma carinhosa durante os tratamentos de quimioterapia e radioterapia. A paciente regrediu emocionalmente, a função exercida pelo esposo comparou-se à exercida por uma mãe boa. Klein (1959, p. 282) faz a seguinte observação sobre a mãe boa: "o bebê não espera da mãe apenas o alimento, mas deseja também amor e compreensão. Nos estágios mais iniciais, amor e compreensão são expressos pela mãe através do seu modo de lidar com o bebê e levam a um sentimento de unicidade".

No decorrer da pesquisa, a paciente apresentou recidiva da doença e efetuou mastectomia radical no seio esquerdo.

Caso 6 - Marli

Marli é mãe de Rose, residia no sítio nas proximidades de Dourados. Recebeu convite para participar da pesquisa de forma satisfatória. Com o objetivo de facilitar a entrevista e a coleta de dados, os encontros ocorreram na sua residência.

Alguns aspectos do ambiente chamaram atenção durante a entrevista, entre eles o descuido da residência quanto aos hábitos de higiene, desorganização dos móveis e dos utensílios domésticos, descuido da aparência de Marli, denotando ainda as condições precárias de vida.

Marli relatou que o desmame de Rose foi tardio e abrupto. O desmame de Rose contrapôs as recomendações de Klein (1936, p. 342) "O desmame do seio em si, deve ser realizado de forma lenta e suave [...] O desmame será bem mais fácil caso se procure utilizar a paciência para acostumar a criança à nova alimentação".

Rose: *"mamou mais de um ano. Eu me lembro dela grandona, os peitos enchiam e ela mamava". "Eu desmamava assim: quando via que estava grávida de outro, aí eu tirava".*

Descreveu a sua história de vida completamente diferente do relato de Rose. Negou dificuldades no relacionamento maternal e conjugal. Utilizou-se do mecanismo de negação e idealização ao informar uma vida melhor do que realmente era. Hinshelwood (1992, p. 141) alerta que "a idealização se combina com o mecanismo da negação, o qual, por sua vez, é respaldado pela onipotência: é a negação onipotente que pode negar completamente a existência de objetos maus".

Marli: *"A gente sofreu um pouco, era pobre, mas tudo bem, tudo feliz eu com meu esposo".*

Marli: *"Nós vivíamos bem, ele me ajudou muito".*

Tanto Marli quanto Rose demonstraram repressão dos impulsos agressivos. Os seus relacionamentos eram "mornos". Marli, ao informar sobre a convivência e seu relacionamento com Rose, comentou que:

Marli: *"Eu ia pra roça trabalhar, deixava ela em casa sozinha, mas era um amor. Ela não deu trabalho. Mas mansinha foi ela. Não era brava".*

Marli: *"Nunca deu uma mau resposta para o pai e nem pra mim. Era muito amorosa e até hoje é amorosa pra nós. Até hoje não me deu trabalho".*

Marli: *"Às vezes é sempre assim, mais com a mãe. Assim mesmo não guardava raiva. Ela não"*.

O relato de Marli sobre a figura paterna se contradisse à percepção e à vivência de Rose. A mãe acreditou que o pai estabelecia com a filha uma relação atenciosa e carinhosa, e respondeu:

Marli: *"Ele era mais amoroso com essa menina e é pra tudo, até hoje. Era demais com essa guria"*.

A maternidade para Marli era desvinculada de afeto no sentido de compreender e atender aos filhos a partir das suas necessidades individuais. Quando questionada sobre o relacionamento de Marli com Rose na adolescência, ela afirmou:

Marli: *"Ajudou a criar os pequeninos. Coitadinha, muito boa, muito trabalhadeira"*.

A angústia de separação de Marli em relação aos filhos foi observada com o casamento de Rose. Os dados da entrevista e a resposta de Marli à lâmina A_3 do TRO confirmaram essa interpretação.

Marli: *"Eu chorei. Ela morou ali mesmo, mas eu chorava por causa dela, chorava a falta dela"*.

Marli: *"Três homens. Dois em cima e um em baixo. Dois mais do esquerdo e um do direito. Parece também que estão no hospital"*. (lâmina A_3)

Marli: *"Parece que são tranqüilos. Estão em três. Parece que estão sofridos. Não sei se é por causa da doença ou também pela justiça. Talvez fizeram alguma coisa. Parece que o segundo é mais velho, os dois juntos são mais novos"*. (inquérito A_3)

Em relação à sexualidade a educação foi rígida. As noções sobre o relacionamento sexual, parto, não eram conversadas entre mãe e filha, com exceção da menarca

Marli: *"Eu me achava com vergonha de explicar. Às vezes eu queria explicar, mas ficava acanhada porque eu não fui criada assim, tinha vontade de falar, mas a parte a natureza não pedia. E casou tudo virgem. Todas vestidas de noiva"*.

Marli: *"Não, minhas filhas não sabiam nem como era um parto meu"*.

Marli: *"Quando era tempo de ficar menstruada, eu explicava. Porque ai tem direito"*.

Marli apresentou o mundo psíquico pobre em termos da capacidade de simbolização e abstração. Era uma pessoa que provavelmente passou por falhas ambientais e precariedade na relação parental, repetindo com os filhos a vivência introjetada das suas relações objetais da infância.

Dentro do enfoque que as relações objetais na infância são reeditadas na vida adulta, Klein (1960, p. 307) referiu: "O êxito dessa primeira relação se estende às relações com outros membros da família, em primeiro lugar com o pai, e se reflete nas atitudes adultas, tanto no ciclo familiar como em relação às pessoas em geral".

Caso 7 - Ana

Ana possuía história de doenças físicas desde a infância, iniciando aos onze anos com "problema na perna", seguido de infecção e cirurgia de apêndice. Aos 17 anos, durante a gravidez, manifestou bronquite e asma.

A inter-relação dos aspectos somáticos emocionais perpassaram sua história de vida e denotou a dificuldade em simbolizar em palavras as suas angústias e o sofrimento psíquico.

Ana: *"Dos onze em diante tive muitas enfermidades"*.

Ana: *"Eu só vivo, eu vivia, dentro de um hospital, até que chegou um dia e eles falaram que a Medicina não tem mais jeito, a única solução é o Psiquiatra"*.

Um outro aspecto a ser ilustrado é a resposta de Ana na lâmina A_1 do TRO, onde demonstrou o medo da solidão, de enfrentar situações novas e desconhecidas e o iminente desejo de controlar o desconhecido e o afastamento da solidão, como:

Ana: *"Ai meu Deu do céu! Uma pessoa que está de pé olhando, admirando uma cachoeira. Eu não tenho imaginação"*. (lâmina A1)

Ana: *"Um homem e uma criança. Essa criança é uma menina. Certamente, são pai e filha. Na imaginação foi a única vez que passearam juntos. A menina está de costas viradas para ele. Não gostou do passeio. Não deu muita bola para ele"*. (inquérito A1)

Desde o encaminhamento efetuado para o psiquiatra, Ana estava tomando o medicamento Limbitrol para tratar-se da depressão.

A figura parental era autoritária e impossibilitava a capacidade de autonomia, podendo "ser" apenas através das vontades dos outros. De acordo com Klein (1945, p. 459):

> Apesar de o mundo interior ser predominantemente na vida emocional da menina, sua necessidade de amor e sua relação com as pessoas, demonstram uma grande dependência do mundo externo. Trata-se porém, apenas de uma contradição aparente, [...] A dependência do mundo externo é reforçada pela necessidade de se tranqüilizar a respeito do mundo interior.

Quando questionada se suas vontades e individualidades eram respeitadas, comentou que:

Ana: *"Nem era, nem foi e nem até não é"*.

Percebeu-se uma certa desvalorização da figura feminina pelo pai, fato que se repetiu na relação estabelecida com o esposo. Esses aspectos foram evidenciados na entrevista e na lâmina B_2 do TRO. A resposta de Ana à lâmina revelou o medo da sexualidade, concomitantemente ao desejo de repará-la.

Ana: *"Ele era muito brabo com a gente, você já estudou que chega você é menina. E tudo isso eu fui cortada [...] não é tudo por causa dele mas também por causa das enfermidades"*.

Ana: *" Parece que ele (esposo) quer me deixar doida. Então ele me corrige muito, talvez ele esteja certo e eu não estou prestando a atenção e ele me corrige muito. [...] Eu falo num sentido e ele entende outro sentido. [...] Porque ele nunca vem no médico junto comigo. Ele é muito exigente ai eu penso: ruim com ele pior sem ele. Então eu fico com ele"*.

Ana: *"Um quintal com uma árvore. Com uma casa e duas pessoas debaixo da árvore. Pegou a prancha e disse: é uma pedra"*; (lâmina B2)

Ana: *"É um casal, são amorosos, são casados. Não é a casa deles, é um casarão histórico. Eles estão passeando"*. (inquérito B_2)

A repressão e a negação da sexualidade, o "boicote" da feminilidade, a mágoa do pai (e provavelmente da mãe, também, por não interceder em seu favor), o casamento como fuga (resolução mágica), fizeram parte da sua história.

Ana perpetuou as dificuldades paternas infantis na vida adulta. Klein (1937, p. 354) escreveu:

> Se a mulher leva uma vida emocional bem desenvolvida, ela também terá mantido, além desses sentimentos maternais, um pouco de sua atitude enquanto criança diante do pai, e alguns traços desse antigo relacionamento entrarão na sua relação com o marido, por exemplo, ela terá confiança nele e o admirará, vendo nele a mesma figura protetora e prestativa que antes via no pai.

A seguir exemplifica-se, pelos dados colhidos na entrevista e na lâmina A_2 do TRO, a consideração anterior.

Ana: *"Ele (pai) me bateu, por estar conversando com um rapaz e ele achou que era o meu namorado. Isso eu guardei mágoa por muito tempo. Com muita oração eu consegui perdoar. Eu não podia passar um esmalte, cortar meu cabelo, raspar minhas pernas"*.

Ana: *"Eu talvez não casei tanto por amor. Foi para sair dali"*.

Ana: *"Duas pessoas conversando, pegando na mão são duas mulheres. Eu tenho a impressão que estão tristes. A da esquerda é uma pessoa, a da direita é um anjo"*. (lâmina A_2)

Ana: *"O anjo é uma proteção. Essa outra está triste. Certamente é o desprezo que deixa a pessoa triste. Nesse momento, quem dá o consolo é Deus, é um anjo. Tem sentido o desprezo. O desprezo forte é do pai, filho, marido. Se fosse de pessoa estranha, não tem nada que ficar triste. O desprezo das pessoas da família doe mais, a gente sente mais rejeitada"*. (inquérito A_2)

A relação estabelecida com o pai foi vivida de forma persecutória, mesclada pela culpa devido aos ataques de raiva efetuados através da fantasia. O pai foi internalizado como objeto mau, o que impossibilitou a resolução do conflito edípico. Para Klein (1945, p. 459):

> Na formação do superego da menina, o pai bom e admirado corresponde de certa forma ao pai mau castrador [...] se a internalização de uma mãe boa, com cuja atitude maternal ela pode se identificar, serve de contrapeso a esse medo persecutório, sua relação com o pai bom internalizado é fortalecida pela sua própria atitude maternal diante dele.

Ana: *"No dia em que eu casei, quando eu cheguei meu pai foi falar comigo, aí ele me deu aquela palavra de amor, de carinho, falou que Deus abençoasse meu casamento"*.

Ana: *"Eu cheguei na minha casa, a minha mente tava naquelas palavras que meu pai disse. Eu chorei o tempo todo. Eu não tive uma noite (lua-de-mel). Passei a noite chorando"*.

Ana parecia sofrer com a incapacidade de resolução de conflitos internos e do cotidiano. Repetiu na relação matrimonial a submissão com o pai autoritário.

Os episódios de alucinações e delírio devido à fragilidade egóica levaram-na a crises de despersonalização, parecendo alucinar um mundo melhor. Como afirma Klein (1952c, p. 324) "nos pacientes adultos, os estados de despersonalização e de dissociação esquizofrênica parecem constituir uma regressão a esses estados infantis de desintegração".

Ana: *"Pesadelo assim que é visível e de verdade"*.

Ana: *"Acordada. Já tive pesadelo de eu estar olhando e de repente acontecer outra coisa, eu ver outra coisa"*.

Ana: *"Eu estava assistindo uma missa no rádio, na TV com minha filha. Falei assim: Nossa que coisa mais linda. Quando eu falei assim, eu estava no local. Eu tava no local e uma mulher muito bonita ao meu lado. E aquela mulher queria me levar"*.

Os objetos destrutivos foram projetados na realidade e se tornaram reais, embora fossem uma tentativa fracassada para contê-los. A cisão era clara quando falou de duas partes de si contrárias e conflitantes. Os pares de opostos estavam sempre presentes - bom/mau, pesadelo/sonho, etc.

Ana: *"Tem uma criança na minha vida que é em sonhos e em pesadelos. Pesadelo acordada"*.

Ana: *"Porque a criança não gosta de mim e acontece coisas ruins comigo. É duas crianças: um menino e uma menina. A menina me odeia, o menino gosta de mim e eu sempre dou comida pro menino no sonho. É eu sonhar, acontece coisas ruins comigo e com minha família"*.

Diante da alucinação e do delírio Ana tornava-se imobilizada, o que representava sua própria vivência de estar inativa, paralisada, bloqueada, "castrada" em sua autonomia e realização de seus desejos. Klein (1952c, p. 328-329) fala desta dificuldade na

autonomia “Outra característica das relações objetais esquizóides é um acentuado artificialismo e falta de espontaneidade, a par de um grave distúrbio do sentimento do eu ou, como eu diria, da relação com o eu”.

Ana: *“A poltrona do meu lado estava vazia. Eu senti que essa criança sentou do meu lado. Eu fiquei com meu pensamento perfeito. Só que eu fico presa, eu na me mexo”*.

Na história com o marido, encontrava-se solitária. Sente necessidade de inserção no grupo familiar, como comentado a seguir na lâmina B_G do TRO. Associado aos aspectos anteriores, demonstrava medo da recidiva e de não conter a doença, conforme lâmina A_G do TRO.

Ana: *“Um portal de quê? De uma casa. Não sei falar mais nada”*.(lâmina B_G)

Ana: *“Estão admirando, olhando um cemitério. É um velório, não é? Passa pela cabeça que é um. Essas pessoas são amigos. Os que estão na janela foram juntos. O que está saindo está triste, foi sozinho. Parece que tem uma estrada junto a parede. Parece a* (ela cita o nome da rua). *É idêntica à rua do cemitério. Desde a hora que eu olhei, lembro da rua”*.(inquérito B_G)

Ana teve medo de enfrentar as perdas e a morte, seu desejo foi de manter afastado esses receios.

Ana: *“Parece uns pingüins tomando sol. Eu não tenho cabeça para inventar histórias. Estão numa praia, areia. Não consigo mais contar a história, nem que eu queira não sei falar”*. (lâmina A_G)

Ana: *“Eu gosto de pingüins. Eu não tenho peças de pingüins em casa. Se for para possuir estátuas de cachorro, eu não tenho. Eu vejo coisas ruins neles. Eu vejo maldade. Eu não sei inventar, nunca contei histórias para os meus filhos. Eu sou neutra, eu não sei fazer as coisas, eu tenho medo”*. (inquérito A*G*)

Demonstrou a expectativa da realização dos desejos de independência e autonomia através da filha.

Ana: *“Não é igual à mãe, ela trabalha. Ela é dona do nariz dela”*.

Os conteúdos internos eram vivenciados como estragados para Ana, como evidenciados a seguir.

Ana: *"Eu me senti assim era rejeitada, ele tinha vergonha de sair comigo, ele não saiu comigo neste ano todinho"*.

Ana: *"Não chegou a falar eu não quero mais você, você tá feia, não chegou a falar, mas pra quem sabe ler ou quem lê, né?"*

Os sentimentos agressivos foram internalizados e contidos através do isolamento e da depressão. Os objetos bons e os objetos maus foram vividos de forma parcial, os impulsos amorosos foram indistintos dos agressivos. Pareceu que Ana é auto-agressiva.

Ana: *"Quando eu tô sozinha eu quero dormir. E é onde decerto eu engordo"*.

A partir dos dados da entrevista inferiu-se que o ego de Ana era frágil e os mecanismos de defesa utilizados para lidar com a realidade eram característicos da posição esquizo-paranóide, por exemplo, cisão, identificação projetiva maciça e negação. Esses mecanismos de defesa foram referendados nesse estudo em Klein (1952a, p.228) e citados por Hinshelwood (1992, p. 136).

Provavelmente a falha na personalidade e o prejuízo mental advém da pergunta "quem sou eu?" e refletem a impossibilidade de Ana ter respondido para si mesma a referida questão.

Durante a investigação fez-se necessário suspender temporariamente o roteiro da entrevista semi-estruturada para proporcionar a escuta terapêutica de Ana, cumprindo-se assim o papel terapêutico inerente a este tipo de entrevista. Na medida em que a entrevistada sentiu-se à vontade para falar, manifestou os conteúdos mentais mais primitivos, apesar do receio de não contê-los.

Caso 8 - Nilva

Nilva era uma senhora agradável no trato social, apresentava-se sorridente e com a casa bem arrumada para a entrevista. Estabeleceu com os filhos uma relação superprotetora, fusionada-simbiótica, o que fala a favor da dificuldade na maternidade. Nilva somava-se às demais mães da amostra nessa dificuldade. O tema, maternidade, encontra-se descrito neste trabalho na página 88, e em Klein (1936, p. 337-

338). Essa superproteção foi representada pelas doenças psicossomáticas clássicas, como a bronquite e a alergia de Ana.

Nilva: *"Teve assim o problema da bronquite. Aí ela ficou grávida do primeiro filho dela, pegou uma bronquite alérgica que nunca mais sarou"*.

Nilva, como citado anteriormente, demonstrou dificuldade na maternidade, agora representada na dificuldade de amamentar e nas gravidezes sucessivas.

Nilva: *"Só que eu tinha sim pouquinho leite. Eu dava mamadeira pra ela. Ah! Mas já engravidei logo do outro. Ela é de julho, o outro nasceu em setembro"*

Nilva: *"Ela mamou uns dois três meses no máximo. Eu não tirava mamadeira não. Mamou até grandona. Até uns três anos"*.

Em relação ao convívio conjugal percebe-se a submissão e a dependência do marido autoritário, esses aspectos foram evidenciados na lâmina B_2 do TRO.

Nilva: "*Uma árvore no quintal. Muito maravilhosa. Um gramado lindo. Duas pessoas descansando em baixo da árvore. Deixaram a casa e foram passear. Na voltas pararam no riacho para verem as águas correrem, voltaram para casa*". (lâmina B_2)

Nilva: *"Lembro da casa do pai. Tinha um pé de paineira na frente da casa. Tinha um peão que veio encrencar com ele, só que não aconteceu nada. Meu pai era muito bom. É um homem e uma mulher. É, eu acho que sofreram muito. Eu morei no meio do mato, a gente não tinha muito, criamos assim na beira do córrego"*. (inquérito B_2).

A percepção da relação parental de Nilva foi revelada de forma incongruente de Ana.

Nilva: *"O pai chegava em casa não sabia o que fazia com ela"*.

Infere-se que a relação internalizada do pai-bom passava pela relação desse objeto (pai) no mundo interno da mãe. Será que a falha na internalização desse objeto pela mãe poderia ter dificultado a relação dessa filha (Ana) com esse pai, a ponto da filha (Ana) não perceber o carinho, a atenção demonstrada por ele?

Nilva mantinha com Ana uma relação simbiótica-fusionada pela dificuldade no processo de separação-individualização. A fantasia de Nilva era que Ana fosse molestada sexualmente.

Nilva: *"Porque eu num, eu não deixava em canto nenhum. Era só comigo"*.

Nilva: *"Ciúme que eu tinha. Nas outras casas da minha cunhada, só era menina. Toda vida, saia só se fosse comigo ou com os pai dela, mas assim, sair sozinha pelo mundo, não saia não"*.

Na resposta de Nilva na lâmina B_3 do TRO, pode se constatar a sua dificuldade no processo de separação-individualização. O medo de Nilva era da ameaça do par unido pelo terceiro, e o desejo era de estar diante do par unido.

Nilva: *"Uma casa com três pessoas. A mãe com o filhinho nos braços. Não sai a história da cabeça, não tenho o que falar"*. (lâmina B_3)

Nilva: *"Lembro da casa em que morava. A casa dos meus pais. O tanto que sofreu na vida. Hoje tudo é fácil, antes era dificuldade. A criança era uma menina. As história são assim , porque passei por elas"*. (inquérito B_3)

A sexualidade e a feminilidade foram vividas por Nilva de forma rígida, o que repercutiu na relação com Ana. A repressão da sexualidade e da autonomia apareceu na relação com os namorados.

Nilva: *"Teve uma vez, mesmo, que ela, acho que tava gostando de um rapaz, acho que ele (pai) bateu nela. Mas ele era, muito severo mesmo com as meninas"*.

Nilva: *"Não, é uma coisa que eu fui criada assim também. Naquele tempo, as mães tinham muita vergonha. Quando as filhas ficavam menstruadas, a gente se virava porque ninguém sabia. E eu fiquei assim, minha mãe não sabia, não falava. E as minhas também ficou e eu nunca tive coragem de falar nada. Tinha maior vergonha do mundo"*.

A expressão dos impulsos agressivos (raiva) era contida tanto por Nilva quanto por Ana, levando a uma atitude conformista e passiva. Nos seguintes exemplos, pode-se observar que:

Nilva: *"Eu acho que nem isso não reclamava. Tudo que a gente fazia tava bom"*.

Nilva: *"De jeito nenhum, tudo que ele falava elas aceitavam tudo direitinho, graças a Deus, nunca elas ficaram chorando, mãe eu quero ir. A mãe falava não ia, pronto, acabou. Ficavam numa boa. É assim com ela e foi com todas as três"*.

O tema da entrevista referiu-se ao precário processo de separação-individualização na relação de Nilva com Ana.

As condições precárias de vida, o trabalho na lavoura, associados ao mundo interno de Nilva, comprometeram as possibilidades básicas de atenção, cuidados suficientemente bons e teve como conseqüência o empobrecimento psíquico de Ana.

O mundo interno de Nilva levou-a ao estabelecimento de uma relação marcada pela identificação projetiva - "quem sou eu" e "quem é o outro" que não eram diferenciados. Talvez isso explique, por exemplo, a contradição na percepção de Nilva das relações estabelecidas de Ana com o mundo real. Para ela, Ana cresceu sem grandes traumas.

COMENTÁRIOS

A partir das entrevistas semi-estruturadas e dos TROs da amostra, inferiu-se as relações objetais de mulheres com câncer de mama com suas mães. De forma geral, observa-se uma tendência das mulheres com câncer de mama a apresentarem conflitos primitivos, sobretudo ligados à relação precoce com a mãe.

Os dados obtidos neste trabalho confirmam a experiência profissional da autora no atendimento psicológico às mulheres com câncer de mama, onde empiricamente verificava a qualidade das relações objetais desenvolvidas entre essas mulheres e suas mães, bem como as implicações em suas vidas. Na amostra, teve-se acesso a dados semelhantes aos encontrados por Nascimento (1988), em estudo sobre relações objetais em câncer de mama.

Apesar de não haver a intenção neste estudo de investigar a relação das mulheres com câncer no âmbito da maternidade, observa-se que o modo como as filhas que compuseram a amostra vivenciaram a maternidade evidenciou a repetição inconsciente das relações estabelecidas com suas mães, principalmente nos aspectos da amamentação e da separação-individuação dos filhos. Esses dados confirmam os achados de Becker (1979).

A psicanálise demonstrou os meandros dessa relação. Segundo Klein (1937, p. 363) "a atitude da mãe para com a criança tem muito em comum com seus sentimentos em relação a sua própria mãe durante a infância".

Outros elementos desta análise sugeriram que as mães entrevistadas, das mulheres com câncer de mama, não tinham a possibilidade para fazer uma leitura adequada do que estava acontecendo com suas filhas. Em diferentes momentos da relação, elas não conseguiam entender as vivências das filhas, transmitidas por identificação projetiva. De forma geral, as mães da amostra identificavam-se com as filhas, na medida que eram muito dependentes e submissas aos seus maridos e possivelmente às suas próprias mães. Elas não estimulavam suficientemente seus bebês e devolviam com agressividade as manifestações de suas filhas (Caso 4-Dirce).

De qualquer forma, alude-se que as mães da amostra puderam ser consideradas como "mães más", ou seja, sem aspectos bons, ao impossibilitarem o processo de desenvolvimento e maturação adequados aos seus bebês, obstaculizando a elaboração dos conflitos de suas filhas, por não instrumentalizarem adequadamente o amadurecimento das defesas normais a qualquer bebê.

Em alguns casos, por exemplo, Caso 1-Ilza e Caso 5-Rose, demonstraram que a irmã substituiu o papel da mãe em suas vidas.

Os aspectos citados anteriormente, relacionados ao vínculo mãe-filha, comprometeram a maternidade e a vivência do desmame progressivo. Ora essas filhas eram submetidas ao desmame abrupto, ora este era prolongado, desfavorecendo assim o ajustamento às frustrações e outras gratificações.

Cabe enfatizar que os achados da literatura a respeito das perdas na história de vida e a influência no desenvolvimento do câncer são pertinentes ao grupo estudado, apesar da divergência dos instrumentos da pesquisa, a exemplo dos casos Ilza, Elza, Rose e Ana.

As mulheres com câncer de mama da amostra vivenciaram situações de perda do objeto em determinados momentos da vida, seja na infância ou idade adulta. Esses dados coincidem com o que expõem Leshan (1966); Correa et al. (1980); Cox e Mackay (1982); Nascimento (1988); Gandini et al. (1995); Biondi, Costantini e Parisi (1996).

Nesta pesquisa, as evidências demonstraram a carência afetiva e pouca proximidade das filhas com os pais no período da infância e adolescência, com “melhora” na idade adulta, tais como os referidos casos: Elza, Rose e Ana.

Essas descobertas vêm ao encontro de alguns estudos que apontaram uma relação afetiva frustadora para o bebê (BOOTH, 1699), a falta de proximidade com os pais na infância (THOMAS, 1982).

A ocorrência de um ambiente frio nos vínculos familiares, a perda da confiança e a sobrecarga de responsabilidade, foram reveladas, nesta pesquisa, nos sujeitos Elza, Rose e Ana, assemelhando-se nesses aspectos aos dados de Becker (1979).

Observa-se uma tendência nas mães dessas mulheres com câncer de mama em inviabilizarem a entrada do terceiro (pai-esposo) em suas vidas e, conseqüentemente, na vida de suas filhas, favorecendo, na amostra, relações simbióticas e a resolução inadequada do complexo de Édipo.

Knobel e Sarmento (1980) relataram que os estudos de Leshan e Wortington (1956) "demonstraram que as mulheres com câncer, muitas vezes, estabelecem excessiva dependência em relação à mãe". Vale salientar que as informações desses autores confirmam os achados relacionados à dependência em relação à mãe da amostra. Essa dependência impossibilitou às filhas efetuarem o processo de separação-individuação e responderem internamente a pergunta "quem sou eu", conforme ilustramos nas entrevistas do Caso Ilza, Elza, Rose e Ana .

A expressão da dificuldade de elaboração edípica pode ser observada na lâmina A_3 do TRO, para o grupo de filhas e mães (Ilza/Márcia, Rose/Marli, Ana/Nilva), com o adendo que Elza/Dirce buscavam a reparação da sexualidade, porém as entrevistas esclareceram o fracasso na resolução edípica. Encontra-se o fato citado anteriormente no estudo do grupo de filhas e do grupo de mães.

A escolha do parceiro por essas mulheres foi marcada pelas vivências infantis. Klein (1937, p. 363) comenta:

> [...] suas impressões acerca do pai, seus sentimentos em relação à ele - admiração, confiança, e assim por diante - podem exercer papel preponderante na sua escolha de um companheiro. No entanto , seu amor arcaico pelo pai pode ter sido abalado.

O relacionamento sexual, amoroso, da amostra corroborou para evidenciar a não-resolução do conflito edípico. Essas mulheres vivenciavam com os respectivos maridos uma vida afetiva precária, marcada pela dependência e submissão.

Comparando-se o grupo de filhas e mães, o estudo das respostas à lâmina B_G do TRO e as entrevistas revelaram que a amostra, em geral, necessitava do apoio do grupo (familiar/social) para tomar decisões, o processo de autonomia e escolha eram ineficazes.

A feminilidade dessas mulheres, no sentido amplo, era comprometida pela questão edípica associada à pouca orientação sexual.

Parece que toda amostra apresentou dificuldade em expressar os afetos e sentimentos, principalmente os agressivos. Esses dados foram verificados na entrevista e no Teste de Relações Objetais de Phillipson. Outros autores, entre eles Cox e Mackay (1982); Rosa et al. (1991); Butow et al. (2000), demonstraram essas dificuldades em pesquisas anteriores.

Como já se mencionou anteriormente, os grupos de filhas e mães apresentaram comprometimento no equilíbrio dos afetos (amor/ódio). Esses dados foram averiguados na resposta à lâmina C_G do TRO e nas entrevistas.

A partir dos achados em relação à repressão dos afetos, do relacionamento com a mãe má internalizada, pontua-se a possibilidade de que essas mulheres, ao adoecerem com câncer de mama, simbolicamente estariam atacando a relação com a mãe má, através do seu representante-seio. Tais aspectos mereceriam pesquisas.

A incidência de sintomas psicossomáticos na história de vida, dentro do grupo pesquisado, ocorreu antes da eclosão do câncer, no Caso 2-Elza e Caso 3-Rose. Isto demonstra semelhanças com o trabalho de Becker (1979), que relata alta incidência de sintomas psicossomáticos antes da manifestação da doença, entre eles alergia, infecções, inflamações e um processo auto-destrutivo.

Em relação à recidiva do câncer de mama, destacam-se o Caso 1-Ilza e o Caso 5-Rose, que apresentaram recidiva no transcorrer da pesquisa.

No grupo de filhas, os Caso 1-Ilza, Caso 5-Rose e Caso 7-Ana expressaram claramente, na entrevista e na lâmina A_G do TRO, o medo da recidiva e a dificuldade em lidar com processo de luto e perdas.

Em síntese, no grupo de filhas e suas mães existem semelhanças nas respostas à lâminas A_G do TRO, demonstrando o ego comprometido e a dificuldade de entendimento do luto e da perda. As histórias, na sua maioria, eram confusas e com contradições. Esses dados também foram confirmados nas entrevistas.

Alguns estudos, entre eles o de Stommel et al. (2001), demonstraram que os pacientes com limitações anteriores e problemas emocionais têm piores chances de sobrevivência que aqueles que só têm câncer. No presente estudo, tais aspectos também foram revelados, conforme demonstrado alhures, nos Casos Ilza, Rose e Ana. Entre os três citados, no último o sujeito apresentou os distúrbios emocionais mais severos na sua história de vida.

A incapacidade de simbolização constituiu uma particularidade da amostra, demonstrada na precariedade na formação de símbolos. Observa-se essa característica nas respostas evasivas e sem detalhes.

Chama a atenção o fato de, apesar da entrevista ser semi-estruturada e o entrevistado poder lançar inúmeras perspectivas de respostas para expressar o seu mundo interno e externo, tal não aconteceu. Talvez isto explique as inúmeras argüições e repetições do enunciado das perguntas pela entrevistadora, que era tomada pela ansiedade ao vislumbrar que o mundo interno da amostra parecia "vazio de significados".

Vale evidenciar que os mecanismos de defesa explicitados no TRO são característicos da posição esquizo-paranóide, o que denota o empobrecimento do ego no grupo de filhas e no grupo de mães. Essa verificação veio ao encontro dos estudos de Nascimento (1988) e de Gandini et al (1995), que concluíram que as mulheres com câncer de mama não elaboraram com êxito a posição depressiva.

Em relação à capacidade de enfrentamento, personalidade e sobrevivência no câncer de mama, os dados obtidos nesta pesquisa, através dos relatos dos sujeitos Rose e Ana, ao vislumbrarem a implicação do emocional no enfrentamento da doença, estão em concordância com os trabalhos de Wonghongkul et al. (2000) e Carver (2000), que relacionam os riscos ou falhas de precaução da saúde aos problemas emocionais e de personalidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método clínico, embasado na matriz de compreensão psicodinâmica, foi fundamental para o entendimento do indivíduo, de maneira singular, na compreensão do inconsciente e das relações objetais e suas vicissitudes na vida dos sujeitos, o que facilitou para alcançar os objetivos propostos para este estudo.

Em relação aos procedimentos e técnicas utilizados, a entrevista semi-estruturada e o Teste de Relações Objetais de Phillipson contemplaram satisfatoriamente o objeto de estudo.

A entrevista psicológica, conforme já comentado, e retomando a Bleger (1989), proporcionou dois movimentos fundamentais, a transferência e a contratransferência, que neste estudo merecem referência.

O movimento contratransferencial mobilizado pela amostra é de suma importância. A identificação projetiva da autora com esses mulheres favoreceu a compreensão do conteúdo manifesto e latente das entrevistas. A princípio, as entrevistas pareciam vazias, porém, posteriormente, compreendeu-se a riqueza do material: era a tradução ímpar do mundo interno. Para Klein (1937, p. 352) "se ao nos identificarmos com outras pessoas compartilhamos, por assim dizer, da ajuda ou da satisfação que nós mesmos lhe oferecemos, retomamos de um lado o que perdemos do outro"

Cabe salientar a importância da atitude da mãe, no nascimento psicológico do indivíduo. A relação primária com a mãe favorece paulatinamente a diferenciação e integração entre "quem sou eu" e "quem é o outro". É o sentido da evolução do objeto parcial para objeto total.

As mulheres com câncer de mama, objeto deste estudo, demonstraram vivenciar suas relações objetais de forma parcial, tendo buscado sanar as falhas oriundas dos cuidados e das orientações advindas da relação com o primeiro objeto, a mãe, através de substitutos, como por exemplo, marido e irmãs.

Verificou-se que as marcas das relações objetais dessas mulheres com câncer de mama com suas mães as têm acompanhado por toda a existência, proporcionando prejuízo no relacionamento adulto, o que encontra eco no pensamento kleiniano.

As mulheres integrantes da amostra apresentaram déficit no processo de separação-individuação, no desmame e na resolução do complexo edípico. Os mundos interno e externo foram pautados pelas defesas características da posição esquizo-paranóide.

O presente estudo evidenciou, em diferentes momentos práticos e teóricos, o pensamento psicodinâmico da repetição inconsciente dos padrões infantis na vida adulta e suas vicissitudes.

Faz-se necessário salientar que os resultados deste trabalho não podem ser generalizados, uma vez que foram obtidos dentro de uma abordagem de estudo de caso.

No estudo das relações objetais da amostra, através da entrevista semi-estruturada, compreendeu-se a importância dos seus aspectos psicodinâmicos e, com o Teste de Relações Objetais de Phillipson, identificou-se as relações objetais inconscientes, os vínculos e os sistemas defensivos. Isto confirma a importância destes instrumentos como possibilitadores da compreensão do psiquismo de mulheres com câncer de mama para o planejamento de uma abordagem preventiva e psicoterapêutica.

Mergulhar nas relações objetais de mulheres com câncer de mama com suas mães implicou coragem, dedicação e discernimento, para que se pudesse, a todo momento, diferenciar as histórias de vida. Trabalho árduo, porém gratificante, assim expresso pelo dizer de uma amiga "...não existe crescimento sem sofrimento..."

Este trabalho proporcionou à autora grande aprendizado e espera-se que seja uma contribuição para outros profissionais de saúde, que tenham como ofício a compreensão do mundo das relações objetais e a saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANASTASI, A. **Testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ARZENO, M. E. C. **Psicodiagnóstico clínico:** novas contribuições. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.338-361.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

BARANGER, W. **Posição e objeto na obra de Melanie Klein**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p.127-152.

BECKER, H. Psychodynamic aspects of breast cancer: differences in younger and older patients. **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 32, n. 1-4, p. 287-298, July. 1979.

BIONDI, M.; COSTANTINI, A.; PARISI, A. Can loss and grief activate latent neoplasia? **Psychotherapy and Psychosomatics**, Basel, v. 65, p. 102-105, Mar-Apr. 1996.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia:** entrevista e grupos. 4.ed. São Paulo: M. Fontes, 1989.

BLEIKER, E. M.; PLOEG, H. M. van der; ADÈR, H .J.; DAAL, W. A. J. van; HENDRIKS, J. H. C. L. Personality traits of women with breast cancer: before and after diagnosis. **Psychological reports**, Missoula, v. 76, p. 1139-1146, May. 1995.

BLEIKER, E. M.; PLOEG, H. M. van der; ADÈR, H .J.; DAAL, W. A. J. van; HENDRIKS, J. H. C. L. Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 88, n. 20, p. 1478-1482, Oct. 1996.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, R. K**. Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução Maria João Alvarez et al. Porto - Porto: 1994.

BOOTH, G. General and organic specific object relationships in cancer. **Annals of the New York Academy of Science**, New York**,** n. 164, p. 568-577, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília, 1996.

BUCHER, R.; RODOVALHO, J. C.; FERREIRA, T. C. Influências e estruturas psicológicas no câncer de mama. **Acta psiquiatrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v. 32, p. 271-280, 1986.

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**, Elmsford, NY, v. 49, n. 3, p. 169-181, Sept. 2000.

CALIL, R. C. C. **Psicoterapia de grupo de criança: aspectos clínicos de um estudo de caso**. 2001. Tese (Doutorado Em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

CARVER, C. S. Influences of personality and coping variables on health behaviors and health outcomes. **Compendium of continuing education in dentistry**, United States, v. 30, p. 49-56, 2000.

CHEN, C. C.; DAVID, A. S.; NUNNERLY, H.; MICHELL, M.; DAWSON, J. L.; BERRY, H.; DOBBS, J.; FAHY, T. Adverse life events and breast cancer: case-control study. **British Medical Journal**, Londres, v. 311, p. 1527-1530, Dec. 1995.

CORBINEAU, G. D. Um grupo de pacientes mastectomizadas: Aplicações da psicanálise no trabalho institucional. **Informação Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 10-18, 1989.

CORREA, J. E.; LEMA, A. E.; ARTIAGOITIA, M. D. C. Una dinâmica de pérdidas en la historia vital del enfermo con cancer. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, Buenos Aires, v. 26, n. 3, p. 228-241, Sept. 1980.

COX, T.; MACKAY, C. Psychosocial factors and psychophsiological mechanism in the aetiology and development of cancers. **Social Science & Medicine**, New York, v. 16, n. 4, p. 381-396, 1982.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 3-8.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médica, 1987. p. 27-39.

FALLOWFIELD, L; BAUM, M. Problemas psicossociais associados com o diagnóstico e tratamento de câncer de mama. In: BLAND, K. I.; COPELAND III, E. M. **A mama:** tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas. Tradução Nelson Gomes de Oliveira. São Paulo: Manole, 1994. p. 1225-1236.

FINNEY, L.J.; IANNOTTI, R. J. The impact of family history of breast cancer on women's health beliefs, salience of breast cancer family history, and degree of involvement in breast cancer issues. **Women & Health**, New York, v. 33, n. 3-4, p. 15-28, 2001.

FLÓREZ, H. B. Psicoterapia de grupo em pacientes de câncer. **Revista Latino Americana de Psicologia**, Bogotá, v. 2, n. 1, p. 47-63, 1979.

FRANCO, M. L. P. B. **Ensino médio**: desafios e reflexões. Campinas, SP: Papirus, 1994.

FRYKBERG, E.; BLAND, K. Terapia primária do câncer de mama: princípios e técnicas cirúrgicas. In: BLAND, K. I.; COPELAND III, E. M. **A mama:** tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas. Tradução Nelson Gomes de Oliveira. São Paulo: Manole, 1994. p. 1225-1236.

GANDINI, R. C.; BARBOSA, G. F.; VIEIRA, J. C.; ROSA, J. T.; REZENDE, M. G.; SILVA, L. J. O teste de relações objetais de Phillipson (TRO), como facilitador do processo psicoterapêutico com mulheres com câncer de mama. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICO-ONCOLOGIA, 2.; ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICO-ONCOLOGIA, 4. **Anais...** Salvador, 1996. Revista de Psicologia do Triângulo Mineiro, v. 2, n. 2, p. 58-56, 1999.

GANDINI, R. C.; SILVA, J. C.; WUTKE, E. F.; PELLEGRINO, I.; ROSA, J. T. Relações objetais em mulheres com câncer de mama. In: ENCONTRO DE TÉCNICAS DE EXAME PSICOLÓGICO: ENSINO, PESQUISA E APLICAÇÕES, 1., 1994, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 1994. Estudos de Psicologia - PUC - Campinas, v. 12, n. 2, p. 37-42, 1995.

GINSBERG, A.; PRICE, S.; INGRAM, D.; NOTTAGE, E. Life events and the risk of breast cancer: a case-control study. **The European Journal of Cancer**, New York, v. 32a, n. 12, p. 2049-2052, Nov. 1996.

HEIMANN, P. (1952). Certas funções da introjeção e da projeção no início da infância. In: KLEIN, M. et al. **Os progressos da psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 136-184.

HERMANN, F. **Quatro Notas Brevíssimas Sobre o Método Psicanalítico**. IDE, v. 14, p. 17-20, 1987.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu et al. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

INCA. **Câncer de mama**. In: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancer/mama.htm>. Acesso em: 6 jan. 2003, p. 1.

INCA. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. In: Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br /cancer/epidemiologia/ estimativa2002/sintese.html>. Acesso em: 6 jan. 2003, p. 1.

ISAACS, S. (1952). A natureza e a função da fantasia. In: KLEIN, M. et al. **Os progressos da psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 128.

JAPIASSU, H. **Introdução à Epistemologia da Psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1977, p. 7-11.

KLEIN, M. (1936).O desmame. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. (1921-1945), com uma nova introdução escrita por HANNA SEGAL. Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 330-345.

_____. (1937). Amor, culpa e reparação. In: _____. _____. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 347-384.

_____. (1945). O complexo de Édipo à luz das ansiedades arcaicas. In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. (1921-1945), com uma nova introdução escrita por HANNA SEGAL. Tradução André Cardoso. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 413-464.

_____. (1952a). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M. et al. **Os progressos da psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 216-255.

_____. (1952b). Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: : _____. _____. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 256-289.

_____. (1952c). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: : _____. _____. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 313-343.

_____. (1957). **Inveja e gratidão:** Um estudo das fontes do inconsciente. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1959). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos** (1946-1963). Tradução da 4ª ed. inglesa; Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coordenadores e colaboradores). Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 282.

_____. (1960). Saúde mental. In: _____._____. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 308.

KLEIN, M. (1963). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: KLEIN, M. **O Sentimento de solidão**: nosso mundo adulto e outros ensaios. Tradução Paulo Dias Corrêa. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 23-40.

KLEIN, M.; RIVIERE, J. (1937). **Amor, ódio e reparação**. Tradução Maria Helena Senise. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: EDUSP, 1975. p. 107.

KNOBEL, M.; SARMENTO, R. Diagnóstico psicológico em mastologia. In: PINOTI, J. A. **Diagnóstico em mastologia**. São Paulo: Manole, 1980. p. 136-144.

LAPLANCHE, C.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: M.Fontes, 1992.

LESHAN, L. An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. **Annals of the New York Academy of Science**, New York, n. 125, p. 780, 1966.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R. **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Tradução Helena Mascarenhas de Souza. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p.19.

MAHLER, M. **O nascimento psicológico da criança**: simbiose e individuação. Tradução Jane Araújo Russo. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. p. 15.

MEISSNER, W. W. Projeção e identificação projetiva. In: SANDLER, J. **Projeção, identificação, identificação projetiva**. Tradução José Octávio Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes médicas, 1989. p.48.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

MONTORO. A. F. **Mastologia**. São Paulo: Sarvier, 1984. p. 97-112.

NASCIMENTO, M. G. R. **Estudo clínico sobre a natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama**. 1988. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1988.

NEISE, C.; RAUCHFUSS, M.; PAEPKE, S.; BEIER, K.; LICHTENEGGER, W. Risk perception and psychological strain in women with a family history of breast cancer. **Onkologie**; Basel, v. 24, n. 5, p. 470-475, Oct. 2001.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. A entrevista inicial. In: OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo de psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: M. Fontes, 1990. p. 24.

_____. O teste de relações objetais. In: OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo de psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: M. Fontes, 1990.

O'DONNELL, M. C.; FISHER, R.; IRVINE, K.; RICKARD, M.; McCONAGHY, N. Emotional suppression: can it predict cancer outcome in women with suspicious screening mammograms? **Pshychological Medicine**, Cambridge, v. 30, n 5, p. 1079-1088, Sept. 2000.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa:** abordagem teórica - prática. Campinas, SP: Papirus, 1996. p. 15-67.

PHILLIPSON, H. **Test de relaciones objetales**. Buenos Aires: Paidós, 1970.

REZENDE, A. M. **Psicanálise e filosofia das ciências**: a questão da verdade. IDE, v. 14, p. 21-24, 1987.

ROSA, I. P.; GANDINI, R. C.; ROSA, J. T.; WUTKE, E. F.; SIMON, R. Orientação psicológica de mulheres com câncer de mama sob um ponto de vista sociopsicossomático. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, Santo André, v. 3, n. 1, p. 41-52, 1991.

ROSA, J. T. (Org.) - **Atualizações clínicas do teste de relações objetais de Phillipson**. Santo André, São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda., 1995. p. 10-26.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história: In: GIMENES, M. G. (Org). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Editorial Psy, 1997. p. 43-70.

SEGAL, H. (1955). Notas sobre a formação de símbolos. In: **Melanie Klein Hoje. Desenvolvimento da teoria e da técnica**. Editado por Elizabeth Bott Spillius; tradução de Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p. 167-184.

SEGAL, S. M. **Mastectomia**: mantendo sua qualidade de vida após o câncer de mama. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1995. p. 25-39.

SCHERG, H.; BLOHMKE, M. Associations between selected life events and câncer. **Behavioral Medicine**, New York, v. 14, n. 3, p. 119-124, 1988.

STOMMEL, M.; GIVEN, B. A. GIVEN, C. W. Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. **Cancer**, Philadelphia, v. 94, n. 10, p. 2719-2727, May. 2002.

THOMAS, C. B. Stamina: the thread of human life. **Psychoterapy and Psychosomatics**, New York, v. 38, n. 1-4, p. 74-80, 1982.

VAN KOLCK, O. L. **Técnicas do exame psicológico e suas aplicações no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1981. p. 225-259.

WAGNER JR, F. B. História das doenças da mama e de seu tratamento. In: BLAND, K. I.; COPELAND III, E. M. **A mama:** tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas. Tradução Nelson Gomes de Oliveira. São Paulo: Manole, 1994. p. 1-17.

WELLISCH, D. K.; LINDBERG, N. M. A psychological profile of depressed and nondepressed women at hight risk for breast cancer. **Psychosomatics**, New York, v. 42, n. 4, p. 330-336, July-Aug. 2001.

WELLS JR, S. A.; YOUNG, V. L.; ANDRIOLE, D. A. **Atlas de cirurgía de la mama**. Madri: Mosby/Doyma Livros, 1995.

WONGHONGKUL, T.; MOORE, S. M.; MUSIL, C.; SCHNEIDER, S.; DEIMLING, G. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. **Cancer Nursing:** an international journal for cancer care, v. 23, n. 6, p. 422-429, Dec. 2000.

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de consentimento

Eu, _____, RG _____, CIC_____, autorizo e participo voluntariamente das entrevistas psicológicas com uso de gravador, e aplicação de testes, para fim específico de estudos científicos.

Estes estudos estão sendo desenvolvidos pela Psicóloga Cláudia Regina de Oliveira Lima, CRP-14/00638-8.

Estou consciente do sigilo que assegura a minha privacidade, quanto aos dados confidenciais envolvidos nas pesquisas e, independentemente desta participação, meus tratamentos médicos continuarão normalmente sem qualquer prejuízo.

Ante o exposto, firmo o presente.

Dourados, ____ de _____ de 2000.

_____

ANEXO 2 - Levantamento de Dados - Psicologia

Nome Completo: _____

Prontuário: _____ Idade: _____

Data de Nasc.: _____/_____/_____ Estado Civil: _____

Natural: _____/_____ Profissão: _____

Endereço: _____

Data da Cirurgia: _____/_____/_____

Tipo da Cirurgia: _____

Nome da Mãe: _____

Está viva: ( ) Sim ( ) Não

Endereço/Mãe: _____

Entrevistador: _____

ANEXO 3 - Roteiro de Entrevista - Paciente

1) Dados pessoais:

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Estado civil:

Escolaridade:

Número de filhos:

Tipo de cirurgia:

Data da cirurgia:

2) Como você vivenciou as situações específicas de perdas acontecidas no decorrer da sua vida? Você conseguiu resolvê-las? Se não, como vive com estas situações?

3) Genitograma familiar de origem e atual?

4) O que você se lembra para me contar de seu relacionamento com seus pais na infância, adolescência e atualmente?

5) Quais são as lembranças que tem de seus pais? Tipo de lembrança (positiva, negativa), data dessas lembranças. Com quem tem mais facilidades ou dificuldades?

6) Com quem você tinha mais facilidade ou dificuldade para expressão de afeto, carinho, raiva? Quem era mais permissivo, aceitava e retribuía afeto?

7) Quem você considera que lhe compreendia melhor, pai ou mãe?

8) Suas necessidades eram atendidas pelo pai, pela mãe ou ambos?

9) Em situações de decisão, seus pais decidiam por você ou auxiliavam-na em sua decisão?

10) Fale como foi conquistado o seu vínculo de independência e autonomia.

11) As suas vontades e individualidades eram respeitadas? Por quem?

12) Na sua relação com seus irmãos, com quem teve facilidades ou dificuldades?

13) Na infância, quais foram as brincadeiras preferidas? Com quem brincava, homens, mulheres ou ambos?

14) Como você viu desenvolver-se a sua sexualidade e crescimento corporal?

15) Como foi a escolha do parceiro atual?

16) Qual foi a sua relação com os namorados? Hoje como é sua relação com o esposo? No caso de viuvez, teve interesse em procurar outro parceiro? Sim ou não e por quê?

17) Qual foi a idade que ocorreu a primeira relação sexual? Como foi a vivência do momento? Teve algum momento de dificuldade ao longo de sua vida sexual? Foi de sua parte ou do parceiro? Como é a vida sexual atualmente?

18) Como é a sua relação com seus filhos? Quais são as dificuldades e facilidades encontradas?

ANEXO 4 - Roteiro de Entrevista - Mãe

1) Dados Pessoais:

Nome:

Idade:

Data de nascimento:

Estado Civil:

Escolaridade:

Número de filhos:

2) Como foi a gravidez desta sua filha? Desejava, no momento, ter filhos?

3) O seu relacionamento conjugal durante a gravidez e após o nascimento da criança sofreu alterações do ponto de vista relacional? Sim, não e por quê?.

4) Qual foi sua reação e sentimentos quanto viu o bebê pela primeira vez? O sexo do bebê correspondia à sua expectativa e à do parceiro? Você esperava que nascesse menino ou menina? E o pai, esperava menino ou menina?

5) Em relação à amamentação, como se desenvolveu? Teve prazer ou não em amamentar? Quanto tempo amamentou e como ocorreu o desmame e a introdução de alimentos sólidos?

6) Durante a infância da sua filha, como foi a sua convivência com a mesma?

7) O seu parceiro participava dos cuidados e do processo de crescimento da criança? Quem você considerava mais próximo da filha?

8) A independência era estimulada ou não? Existia a possibilidade da filha se perceber diferente dos pais?

9) Como foi o relacionamento mãe e filha na adolescência?

10) Qual foi a reação de vocês pais, quando a filha começou a namorar, escolheu o companheiro e se casou?

11) A educação sexual foi-lhe apresentada? De que forma?

12) A sua filha apresentava facilidades em expressar afetos, sentimentos, raiva para com o pai ou para com mãe? Como vocês recebiam essas manifestações emocionais?

13) Ocorreu algum fato traumático, situação de perda na história de sua filha? Se sim, como ela reagiu?

14) Quando mãe e filha divergiam em alguns assuntos e opiniões, qual era a sua reação e a da sua filha? Como solucionavam essas divergências?

15) Como a senhora se vê sendo a mãe dessa filha? E dos outros? Sente alguma diferença?

ANEXO 5 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Ilza

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Manter afastado a solidão de si	Aniquilamento, da morte, da solidão e da doença	Alucinação positiva, negação, cisão, identificação projetiva
A_2	Reparação do par	Sexualidade, do vínculo no par	Negação, identificação projetiva, cisão
A_3	Manter a separação afastada	Separação no Édipo	Negação, idealização
A_G	Manter a morte afastada de si	Morte	Negação, defesa maníaca
B_1	Reparação dos conteúdo internos	Solidão da doença, dos conteúdos estragados e persecutórios	Negação, defesa obsessiva, idealização
B_2	Reparação de ataques realizados ao par	Ataque ao par	Idealização, negação
B_3	Inclusão no casal	Exclusão do casal	Identificação projetiva, cisão, isolamento
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo, indiferença	Cisão, negação
C_1	Ser aceita como é	Aniquilamento, olhar para si, ser olhado	Alucinação negativa, controle obsessivos
C_2	Manter destrutividade do par afastada	Do fracasso de reparação no par	Alucinação negativa
C_3	Inclusão no par	Exclusão diante do par unido	Negação
C_G	Manter afastada autoridade interna/externa, controle id	Da autoridade, interna e externa, retaliação do superego, impulsos do id	Abafamento das emoções, negação

ANEXO 6 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Elza

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Reparação	Fracasso na reparação	Confubalação, identificação projetiva
A_2	Reparação das dificuldades sexuais	Enfrentar a sexualidade	Negação, abafamento de emoções, introjeção dos objetos
A_3	Manter afastada a separação	Separação, identificação	Confubalação, negação
A_G	Manter afastada a perda, o luto	Perda, luto	Escotomização, negação imobilização
B_1	Reparação na destrutividade na relação com as pessoas	Isolamento peb desprezo	Obsessiva, cisão, negação, idealização
B_2	Relação adulta, reparação sexualidade	Sexualidade e relação adulta	Confusão, confubalação, negação, cisão
B_3	Controlar sentimentos destrutivos ao par	Destruição do par	Idealizações, controle dos objetos interno/externo
B_G	Inclusão no grupo, controlar destrutividade do grupo	Comportamento do grupo, exclusão do grupo	Identificação projetiva, isolamento
C_1	Reparação	De ser olhada, olhar a doença interna	Obsessiva, idealização, cisão, identificação projetiva
C_2	Controlar o fracasso na reparação	Fracasso na reparação, isolamento social	Cisão, identificação projetiva, maciça, negação
C_3	Reagir à destrutividade do par	Destrutividade do par	Negação, cisão, imobilização
C_G	Controlar as forças destrutivas do id, fortalecimento do ego	Romper o ego, não controlar o id	Negação, fragmentação

ANEXO 7 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Rose

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Reparação, cura	Enfrentar solidão, doença, desconhecido, aniquilamento	Identificação projetiva, negação
A_2	Sexualidade afastada, união do par, reparação	Enfrentar sexualidade madura, não reparar o par	Excisão, cisão, negação, idealização, identificação projetiva
A_3	Manter afastada a separação	Separação no Édipo, aniquilamento	Negação maciça, escotomização, alucinação
A_G	Controle da doença	Aniquilamento, perda objetal,doença	Negação, escotomização, cisão
B_1	Afastar a morte	Solidão, doença, interna, aniquilamento	Identificação projetiva, cisão, negação, controle obsessivo
B_2	Controle de ataque ao par	Sexualidade, exclusão	Idealização, alucinação positiva, cisão, negação, escotomização
B_3	Inclusão no par	Exclusão do par	Negação, idealização, alucinação negativa
B_G	Inclusão no grupo	Confirmação de rejeição no grupo	Identificação projetiva, negação
C_1	Controlar o olhar do outro, a doença	Ser olhada nas patologias	Controle obsessivo, alucinação positiva
C_2	Controlar a doença, separação e a morte	Aniquilamento, separação no par	Identificação projetiva, negação, alucinação real
C_3	Afastar o terceiro	Exclusão do par unido	Cisão, negação, alucinação negativa
C_G	Afastar a autoridade, controle impulsos agressivos	Própria destrutividade, impulsos destrutivos, superego, autoridade	Negação, alucinação, negativa, cisão, splitting-off

ANEXO 8 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Ana

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Controla o desconhecido, afastar a solidão dela	Solidão, situações novas, desconhecido	Cisão, identificação projetiva
A_2	Afastar os conflitos sexuais	Sexualidade, desprezo da figura masculina	Escotomização, confusão, cisão, negação
A_3	Manter afastada a separação	Enfrentar a separação	Negação, confusão
A_G	Afastar perdas e lutos	Perdas, morte	Escotomização, identificação projetiva, confubalação, cisão
B_1	Afastar doença interna	Doença interna	Obsessiva, identificação projetiva, cisão, negação
B_2	Reparação da sexualidade	Sexualidade	Idealização, negação
B_3	Controlar o par unido	Intolerância do par unido	Escotomização, idealização, negação, splitting-of
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Alucinação, identificação projetiva, negação, forças destrutivas contra perseguidores internos
C_1	Afastar o pensamentos	Aniquilamento, não reparar a situação da doença	Obsessiva, negação identificação projetiva, idealização, confubalação
C_2	Afastar a doença do par	Fracasso na reparação do par	Obsessiva, fracasso na reparação
C_3	Controlar as forças destrutivas do par	Enfrentar o par unido	Identificação projetiva, negação
C_G	Manter afastada autoridade interna/ externa, controle dos impulsos do id	Autoridade interna/externa, forças destrutivas do id	Cisão, identificação projetiva, controle maníaco

ANEXO 9 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Márcia

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Manter afastada a doença	Estar sozinha, coisas novas, enfrentar a doença	Identificação projetiva, angústia confusional negação, excisão
A_2	Manter afastada a separação no par	Separação no par, morte	Identificação projetiva, excisão, abafamento de emoções
A_3	Manter afastada a separação	Separação no Édipo	Identificação projetiva, negação, confusão
A_G	Manter afastada a perda, o luto	Perda	Idealização, negação, abafamento de emoções
B_1	Resolução do problema	Fracasso na resolução do problema	Identificação projetiva, maciça, negação
B_2	-	Morte do par heterossexual	Escomotização, identificação projetiva, confusa, negação maciça
B_3	Inclusão no par	Exclusão do par	Cisão, identificação projetiva, negação, confusão
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Identificação projetiva cisão, confubalação escomotização
C_1	Manter a doença afastada, a separação	Olhar para si, ser olhada	Escomotização, negação, alucinação negativa
C_2	Reparação	Fracasso da reparação	Confusão, identificação projetiva, negação deslocamento
C_3	Inclusão no par	Exclusão do par	Escomotização, negação, identificação projetiva, alucinação
C_G	Controle id, autoridade de castradora	Da autoridade interna e externa, retaliação do superego, impulsos do id	Cisão, negação, identificação projetiva, alucinação

ANEXO 10 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Dirce

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Afastar a solidão e a morte	Solidão, morte, aniquilamento	Identificação projetiva, confubulação, angústia confusional
A_2	Manter a sexualidade afastada	Sexualidade	Confubulação, identificação projetiva
A_3	Enfrentar a separação	Não enfrentar separação	Abafamento de emoções
A_G	Controle de morte, perdas	Morrer	Identificação projetiva, confusão, negação escotomização
B_1	Manter a solidão doença afastada	Solidão, doença	Identificação projetiva, confubulação, cisão
B_2	Reparação do par	Sexualidade	Idealização, negação, identificação projativa, escotomização
B_3	Controle do par	Exclusão do par	Idealização, identificação projetiva, confusão
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Identificação projetiva, cisão, confusão
C_1	Controlar a doença interna	Ser olhada, olhar a doença interna	Obsessivo, identificação projetiva, negação
C_2	Controlar a morte	Fracasso na reparação	Identificação projetiva, confubulação
C_3	Controlar a retaliação	Retaliação diante do par	Alucinação negativa, confusão
C_G	Manter o controle da agressividade, autoridade interna/externa	Autoridade interna/externa, impulsos id	Escotomização, negação

ANEXO 11 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Marli

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Afastar a doença de si	Solidão, desconhecido, situação nova	Negação, identificação projetiva, abafamento de emoções, alucinação, cisão
A_2	Controle dos impulsos sexuais doentios	Sexualidade, enfrentar a sexualidade do par, intolerância ao par	Identificação projetiva, idealização, negação, alucinação positiva
A_3	Afastar a separação	Separação do Édipo	Negação, identificação projetiva, ambigüidade
A_G	Afastar e controlar, perdas e a morte	Morte, perda	Ambigüidade, negação, identificação projetiva.
B_1	Afastar a doença de si	Doença interna, abandono, aniquilamento, doença	Escotomização, identificação projetiva, negação
B_2	Afastar a sexualidade	Sexualidade, relação ameaçadora terapeuta	Escotomização, deslocamento, cisão, negação
B_3	Afastar o par unido	Exclusão do par unido	Negação, alucinação negativa
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Triunfo, ambigüidade, abafamento de emoções, cisão
C_1	Controle da doença	Ser olhada pelo terapeuta	Obsessiva, alucinação negativa, distorção, negativa
C_2	Afastar as dificuldades do par	Incapacidade de reparação no par	Alucinação negativa, negação, escotomização, negação
C_3	Afastar a situação do incesto	Par unido, do incesto	Alucinação negativa, escotomização, splitting-off, negação
C_G	Controle autoridade interna/externa, impulsos destrutivos do id	Autoridade interna/externa, impulsos destrutivos do id.	Escotomização, abafamento das emoções, splitting-off

ANEXO 12 - Análise do Sistema Tensional Inconsciente

Sistema Tensional Inconsciente Dominante - Nilva

Lâmina	Desejos	Medos	Defesas
A_1	Reparação, aprender a lidar com a solidão	Solidão, desconhecido	Cisão, idealização, identificação projetiva
A_2	Reparação da sexualidade	Sexualidade	Escotomização, negação, confubalação, identificação projetiva
A_3	Manter afastada a separação do par	Enfrentar a separação	Confubalação, escotomização, negação, cisão, idealização
A_G	Afastar a morte, perdas de si	Aniquilamento, morte, perdas	Identificação projetiva, escotomização, negação
B_1	Êxito na reparação	Fracasso na reparação	Identificação projetiva, idealização, confusão
B_2	Reparação da sexualidade	Sexualidade	Idealização, identificação projetiva, negação
B_3	Inclusão no par unido	Ameaça do par unido pelo terceiro	Imobilização, identificação projetiva, cisão
B_G	Inclusão no grupo	Exclusão do grupo	Escotomização, negação identificação projetiva, idealização
C_1	Afastar a doença	Entrar em contato com a doença, olhar e ser olhada	Obsessiva, idealização, negação, racionalização
C_2	Reparação no par	Fracasso na reparação do par	Splitting-off, identificação projetiva, confabulação
C_3	Afastar o par	Destrutividade do par unido	Exotomização, cisão, confabulação
C_G	Controlar os impulsos do id	Impulsos destrutivos do id	Abafamento das emoções, negação, identificação projetiva