

UNESP UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU
Programa de Pós-graduação em
Psicologia do Desenvolvimento e Saúde

GUILHERME MAGNOLER GUEDES DE AZEVEDO

A CRIANÇA COM PSORÍASE E AS
RELAÇÕES VINCULARES COM A MÃE E A FAMÍLIA

Bauru

2007

GUILHERME MAGNOLER GUEDES DE AZEVEDO

A CRIANÇA COM PSORÍASE E AS
RELAÇÕES VINCULARES COM A MÃE E A FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
-Programa Pós-Graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem como requisitos
à obtenção do título de Mestre em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem, área de
concentração, Desenvolvimento: comportamento e
saúde, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Carmen
Maria Bueno Neme.

Bauru
2007

GUILHERME MAGNOLER GUEDES DE AZEVEDO

A CRIANÇA COM PSORÍASE E AS
RELAÇÕES VINCULARES COM A MÃE E A FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências
-Programa Pós-Graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem como requisitos
à obtenção do título de Mestre em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem, área de
concentração, Desenvolvimento: comportamento e
saúde.

Bauru 28 de fevereiro de 2008

Comissão Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Carmen Maria Bueno Neme
UNESP- Faculdade de Ciências – Bauru

Prof^ª. Dr. Manoel Antonio dos Santos
USP - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras - Ribeirão Preto

Prof^ª. Dr^ª. Tânia Gracy Martins do Valle
UNESP- Faculdade de Ciências – Bauru

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa Dra Carmen Maria Bueno Neme, carinhosamente conhecida como “Pilé”, pela compreensão, paciência e solicitude em todo e qualquer momento necessário.

Aos estagiários do Instituto de Estudos Psicanalíticos, Ariadne, Camila Caldeira, Camila Nardi, Cibelli, Denise, Gustavo, Maria Raquel, Roberta e Rodolfo, pela ajuda em diversos detalhes da execução desse trabalho.

À psicóloga e auxiliar de pesquisa Thais, pela sua dedicação e ajuda fundamental na coleta e análise dos desenhos infantis.

Às mães e crianças participantes dessa pesquisa, que gentilmente colaboraram em participar, e sem as quais a execução desse trabalho não teria sido possível.

Às psicólogas Mariane e Renata, assim como a todos os profissionais do Instituto Lauro de Souza Lima, que, carinhosamente e sempre de maneira impecavelmente cordial, nos acolheram na instituição para a realização da coleta de dados.

Aos meus queridos pais Guilherme e Elza, por depositarem em mim, sempre, a confiança necessária à conquista de meus sonhos, e por estarem ao meu lado em todos os momentos importantes de minha vida.

Às minhas queridas irmãs Paula e Lia, pelo carinho, pelo apoio sempre irrestrito e por terem sempre suportado minhas loucuras de maneira tão sensata e com muita compreensão.

À minha querida filha Rafaela, que, com certeza, foi quem mais perdeu para que a conquista desse trabalho fosse alcançada, pela sua paciência em suportar minha ausência em momentos importantes e por trazer sempre alegria aos meus dias.

À minha querida namorada Mariana, pela sua grandeza de caráter, pelo seu apoio incondicional, assim como pela sua capacidade única em me compreender e me acolher em cada momento.

...Abençoada a tenra criança –
 Pois com as melhores projeções traçaria
 O progresso do nosso ser – bendita a criança
 Acalentada nos braços de sua mãe, o bebê que dorme
 Sobre os seios de sua mãe, pois, quando sua alma
 Sustenta manifesta afinidade com uma alma terrena,
 Recolhe paixão dos olhos maternais.
 Estes sentimentos entram em sua vida serena
 Como uma brisa que desperta, e então sua mente,
 Mesmo nos primeiros passos em direção a seu poder,
 Está disposta e atenta, ansiosa por compor
 Em uma única imagem todos os elementos
 E partes do mesmo objeto, caso contrário disperso
 E avesso a aglutinar-se. Assim, a cada dia
 Sujeitos à disciplina do amor,
 Seus órgãos e faculdades receptivas
 Crescem em velocidade e vigor; sua mente se expande,
 Zelosa das formas que recebe.
 Em tal presença amada – não, ainda mais que isso,
 Neste hábito de tudo apreender
 E nas sensações emanadas
 Desta presença amada – existe
 Uma virtude que irradia e exalta
 Todas as coisas através dos canais dos sentidos.
 Não é um ser marginal, confuso e deprimido;
 Pelas veias desta criança se fundem
 Os laços gravitacionais e filiais
 Da Natureza, que a unem com o mundo.
 Um ser assim vive enfaticamente,
 Habitante deste universo ativo.
 Da Natureza recebe muito, e não apenas
 Se satisfaz, mas muito também retribui;
 Pois o sentimento lhe deu força,
 E – poderoso em todas as sensações de alegria,
 Júbilo, medo e dor – sua mente,
 Sempre agente de uma mente superior,
 Cria ambos, criador e criatura,
 Em aliança com as obras
 Que contempla. Tal, sem dúvida, é o primeiro
 Espírito poético da nossa existência humana –
 Em uniforme controle através dos anos
 Sob as mais humilhantes condições, mesmo
 Por todos os períodos de crescimento ou decadência
 Proeminente até a morte.

(WORDSWORTH 1979: 20-1)

... aquela primeira vez,
 Quando, ainda bebê, por meio do toque
 Dialoguei de forma muda
 Com o coração de minha mãe.

(WORDSWORTH 1979: 21)

AZEVEDO, Guilherme Magnoler Guedes de. **A criança com psoríase e as relações vinculares com a mãe e a família.** 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP – Faculdade de Ciências. Bauru, 2007.

RESUMO

O presente estudo investigou o vínculo mãe-bebê a partir do relato das mães, bem como as relações fraternais e os conflitos edípicos de crianças com psoríase em atendimento ambulatorial no Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru, com base no referencial psicanalítico. A psoríase é uma doença crônica de pele, acomete de 1 a 3% da população e tem etiologia indefinida, embora fatores genéticos, ambientais e psicológicos sejam apontados como fazendo parte do quadro etiológico da doença. A literatura demonstra relações entre eventos emocionalmente traumáticos e o aparecimento ou agravamento de fenômenos psicossomáticos, entre eles a psoríase. A pele, como o maior órgão do corpo humano, serve de barreira de contato entre o indivíduo e o meio externo. É apontado como local onde são vivenciados os primeiros contatos com o mundo externo e constitui importante via corporal de formação e desenvolvimento do ego infantil. A pele representa uma divisa entre o mundo interno e o externo, ao mesmo tempo em que faz a ligação entre o indivíduo e o meio. Buscou-se estudar as relações de crianças com psoríase com suas mães e familiares, visando identificar possíveis relações compreensivas entre características dos vínculos e a doença dermatológica. Participaram do estudo 6 crianças com psoríase e suas mães, as crianças tinham entre sete e dez anos de idade. Foi realizada entrevista semi-estruturada para investigar o vínculo mãe-criança, com ênfase no vínculo primário mãe-bebê, uma vez que a literatura ressalta ser este o vínculo mais significativo para a construção da estrutura psíquica. Nas crianças, foi aplicado o Teste do Desenho da Família, visando identificar, pela interpretação dos aspectos emocionais projetados no desenho, como a criança se percebe no ambiente familiar, investigando também possíveis conflitos fraternais e edípicos. Os resultados obtidos indicam que o vínculo primário de todas as duplas mães-crianças participantes havia passado por algum tipo de dificuldade, ocorrendo o desenvolvimento de vínculos de dependência com características simbióticas. As crianças apresentaram aspectos sugestivos de fortes conflitos relacionais com irmãos e/ou com os pais, além de sentimentos de culpa e angústia de separação, relacionados à figura materna, sugerindo a ação de impulsos agressivos não simbolizados, frequentemente associados à emergência e agravamento de manifestações psicossomáticas como a psoríase.

Palavras-chave: Psoríase. Psicossomática. Psicanálise. Vínculo mãe-criança. Relações Fraternais. Conflitos edípicos. Família. Teste do Desenho da Família.

AZEVEDO, Guilherme Magnoler Guedes de. **A criança com psoríase e as relações vinculares com a mãe e a família.** 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) – UNESP – Faculdade de Ciências. Bauru, 2007.

ABSTRACT

The present study investigated the mother-child attachment, as well as the fraternal relationship and the Oedipus Complex conflicts of children with the diagnosis of psoriasis that were under treatment at the Lauro de Souza Lima Institution – Bauru – SP, based on the psychoanalytical referential. Psoriasis is a chronic skin disease that affects from one to three per cent of the world's population. The cause of psoriasis is undefined although ambient, genetics and psychological factors are considered to play a part in its etiology. Specific literature shows evidence of a connection between emotionally traumatic events and the outcome or worsening of psychosomatic disorders, among them psoriasis. The skin, as the biggest human organ, is used as a contact barrier between the organism and the external world, and is indicated as the local where the first contacts with the world are experienced. This study examined the relationship that children bearing psoriasis had with their family, especially with their mother, aiming to indicate possible comprehensive relations between the characteristics of familiar bonds and the dermatological disease. Six children, aging between seven and ten years, bearing psoriasis and their mothers took part of this work. The mothers were interviewed and the children were submitted to the Test of The Family Drawing. The results pointed out that the mother-baby attachment of all participants showed signs of difficulties in its early stages. As a result of this, mothers and children developed pathological bonds, with symbiotic characteristics. The children demonstrate strong conflicts with their brothers, sisters and parents. Besides, they showed strong guilty and separation anxiety, related to the mother, indicating repressed aggressive impulses.

Key Words – psoriasis, psychosomatic, psychoanalysis, mother-child attachment, fraternal relations, Oedipus Complex, family, Family Drawing Test.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados demográficos familiares dos prontuários.....	47
Quadro 2 - Principais dados do roteiro de anamnese.....	48
Quadro 3 - Sobre a relação das entrevistadas com suas mães e seus pais.....	51
Quadro 4 - Principais aspectos do vínculo mãe-criança	55
Quadro 5 - Falas das mães demonstrativas do apego mãe-criança e avaliação sobre a intensidade do vínculo.....	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Sobre a psoríase.....	12
1.2 Psoríase e aspectos psicológicos.....	13
1.3 Breve histórico da abordagem psicossomática.....	19
1.4 Psicossomática psicanalítica e desenvolvimento infantil.....	25
1.5 O desenho como técnica projetiva.....	32
1.6 Objetivo geral e específico.....	38
2 MÉTODO.....	39
2.1 Resultados.....	47
2.2 Discussão.....	118
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	123
ANEXOS.....	130

INTRODUÇÃO

A psoríase é uma doença dermatológica crônica etiologicamente relacionada a fatores hereditários e ambientais, afetando de um a três por cento da população mundial. Suas causas são desconhecidas, embora muitos estudos indiquem que fatores genéticos e ambientais estejam envolvidos e que fenômenos emocionais são freqüentemente associados ao seu aparecimento (COHEN, 2000).

Incluída no grupo das erupções papuloescamosas, a psoríase caracteriza-se pela presença de pápulas e escamas superficiais. Essas erupções são responsáveis por grande número de casos, tanto na dermatologia pediátrica como na clínica de cuidados primários pediátricos. Embora não sejam contagiosas, essas erupções apresentam descamações que podem gerar afastamento ou isolamento do indivíduo afetado. Na população infantil, a psoríase pode manifestar-se freqüentemente, ocasionando a necessidade de cuidados especiais, sendo os tratamentos geralmente longos e difíceis (COHEN, 2000).

Dadas as freqüentes associações entre diferentes tipos de patologias e especialmente entre diversas dermatoses e estados afetivo-emocionais, a psoríase e outras doenças dermatológicas têm sido objeto de estudos no campo da psicossomática, buscando-se estabelecer relações de significado entre estados e processos psicológicos e manifestações de pele (CHIOZZA, 1987; 1997).

Para Eksterman (1992, p. 77), a medicina psicossomática “é um estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais”.

A Psicossomática é uma resposta à velha dicotomia mente-corpo, uma vez que considera o organismo como um todo e atribui o surgimento de diversas doenças somáticas como tendo em sua etiologia fatores psíquicos (MELLO FILHO, 1992).

Para Alexander (1989), toda doença é psicossomática, pois todos os processos do corpo são influenciados por fatores emocionais, sendo impossível a separação entre corpo e psiquismo no que tange à saúde ou ao adoecimento.

De acordo com Cerchiari (2000), a partir de 1944, Franz Alexander estruturou seu modelo psicossomático em quatro premissas: 1) todas as funções humanas são psicossomáticas; 2) as emoções estão sempre associadas aos concomitantes

fisiológicos; 3) as emoções ou conflitos específicos levam a concomitantes fisiológicos específicos; 4) as emoções cuja expressão direta é recalcada por razões ligadas ao conflito intrapsíquico provocam secundariamente estados de tensão fisiológica pelo aumento em intensidade e duração, dos seus concomitantes fisiológicos.

Em crianças, as manifestações psicossomáticas podem relacionar-se a dificuldades nos vínculos familiares, especialmente maternos, identificados principalmente nos dois primeiros anos de vida, pois é nesse período que a criança irá construir as bases de sua estrutura psíquica e sua capacidade de suportar pressões psicológicas (MELLO FILHO, 1992).

1.1 Sobre a psoríase

A psoríase é uma doença de pele freqüente, que atinge homens e mulheres na mesma proporção. É mais comum na faixa etária de 15 a 45 anos, embora acometa também crianças. Essa doença tem etiologia indefinida, embora fatores emocionais sejam comumente associados ao seu surgimento e/ou agravamento. Admite-se também predisposição genética (LOWY, 2000).

Apesar de não ser uma doença contagiosa e não haver necessidade de se evitar contato físico com os sintomas da psoríase, a maioria dos portadores acaba evitando o contato social, da mesma maneira que são freqüentemente evitados pelos outros, principalmente pelo aspecto aversivo das lesões (BECHELLI, 1988).

A psoríase pode apresentar-se de muitas maneiras, desde a mais simples, na qual poucas partes do corpo são afetadas, até as mais complexas, como a psoríase eritrodérmica, na qual toda a pele fica comprometida. A forma de psoríase mais freqüente é a psoríase em placas, também conhecida como psoríase vulgar, que é caracterizada pelo aparecimento de lesões avermelhadas e com descamações da pele (LOWY, 2000).

Os locais mais atingidos pelas placas de descamação são os cotovelos, o couro cabeludo, o tronco e os joelhos. A psoríase em placas pode atingir várias regiões do corpo, embora não seja comum que isso aconteça. O diagnóstico da psoríase é geralmente clínico, mas pode ser confirmado por biópsia (COHEN, 2000).

O tratamento, na maioria das vezes, é realizado com medicação tópica, e a resposta varia muito de paciente para paciente, sendo que os componentes

emocionais influenciam essa resposta. Considerada doença crônica, não existe cura definitiva para a psoríase, embora em alguns casos a remissão total possa ocorrer (LOWY, 2000).

Também de acordo com Sampaio (2007), a etiologia da psoríase ainda está indefinida, embora alguns fatores sejam citados. Dentre eles o autor refere o caráter genético, as infecções, as variações climáticas e os estados emocionais.

1.2 Psoríase e aspectos psicológicos

A pele, por ser a expressão simbólica do *Self*, além de ter origem embrionária no mesmo tecido celular que forma o sistema nervoso, é alvo freqüente de manifestações afetivo-emocionais. Por intermédio da pele, considerado o maior órgão e barreira imunológica do corpo humano, ocorrem os primeiros contatos com o mundo externo (ANZIEU, 1989).

Para Freud, 1923-1925 (1996a, p. 38),, “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície.”

Segundo Montagu (1988), do ponto de vista psicológico, a pele representa a delimitação entre o eu e o mundo externo, é um órgão reparador e degenerativo, uma barreira e um instrumento de contato, tendo ainda muitas outras funções orgânicas e psíquicas, tais como: apresentação do indivíduo (aparência); tato; mediação de sensações; barreira imune e individual entre o sujeito e o mundo externo; camada protetora e reguladora da temperatura.

De acordo com Montagu (1988), a pele suporta diversos aspectos psicológicos. Uma doença de pele, por exemplo, pode fazer com que uma mãe tenha que cuidar diariamente da criança, passando pomadas, acariciando-a e preocupando-se com ela. Nesse sentido, a pele funcionaria como um meio de comunicação e permitiria que a criança expresse sua necessidade de contato e de cuidados.

Ao abordar as relações entre psoríase vulgar e fantasias inconscientes, Chiozza (1997) aponta que algumas doenças de pele podem também servir como proteção, no sentido de afastar os outros, causando aversão e proporcionando defesas para indivíduos que percebem o mundo como sendo hostil e perigoso. Sendo fonte de sensação e de percepção, a pele exerce funções de superfície de contato e de barreira limitante, além da função simbólica de identidade, auto-

representando o sujeito em suas relações consigo mesmo e com o mundo. Para Paul Schilder (1958 apud CHIOZZA, 1997, p. 26), a pele está intimamente ligada à noção de identidade e tem importante papel na conformação do esquema corporal, que se desenvolve por meio das relações do indivíduo com o mundo.

Analisando e discutindo casos de pacientes infantis e adultos com psoríase, Chiozza (1997) discute o papel de fantasias inconscientes na doença, sugerindo que a privação de experiências relacionadas com a pele como superfície de contato pode gerar um desejo de recuperação de tais experiências não vividas. O autor cita Korovsky (1978), que afirma a existência de concordância entre o aparecimento da doença e algum acontecimento traumático, cujo significado é a experiência de perda, real ou fantasiada, de um objeto idealizado.

Aprofundando suas concepções sobre a função mental de identidade representada pela pele, Chiozza (1997) acrescenta que essa representação mental corresponde ao aspecto abordado por estudos no campo da Biologia, como os de Panconesi e Cols (1984), os quais indicam as importantes funções imunológicas desempenhadas pela pele e apresentam o sistema imunológico como mantenedor da identidade orgânica, reconhecendo o que lhe é ou não próprio.

Em diversas dermatoses, incluindo a psoríase, existe alguma situação emocional estressante ligada ao seu desencadeamento e/ou agravamento. A situação de estresse, por outro lado, tende a se agravar pelo fato de a doença envolver a pele e ter características constrangedoras (STEINER & PERFEITO, 2003).

Em um estudo recente, Silva e Silva (2007) realizaram levantamento de artigos sobre a psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, estresse e eventos da vida. As autoras concluíram que a literatura demonstra relação significativa entre os aspectos psicológicos e emocionais e o estresse no aparecimento e no agravamento da psoríase. Chamam a atenção para o fato de que o clínico deve atentar para o estado emocional do indivíduo, além de se preocupar com suas lesões cutâneas. Também relatam que os pesquisadores são concordantes sobre a importância do fator genético na etiologia da doença, indicando causas multifatoriais.

A Psicodermatologia ou Medicina Psicocutânea focaliza o estudo das interações e barreiras entre a Psiquiatria, a Psicologia e a Dermatologia. Koo e Phan (1992) salientam a relevância de fatores emocionais em patologias

dermatológicas e chamam a atenção para o fato de que existem poucos estudos sobre como atuar em relação a essas doenças. Esses autores alertam para a necessidade de se tratar os fenômenos psicodermatológicos de maneira interdisciplinar, com esforços direcionados tanto às questões orgânicas quanto às psicológicas.

Koo e Lebwohl (2001), pesquisadores do Departamento de Dermatologia da Universidade da Califórnia, relataram que um fenômeno psicodermatológico envolve uma interação entre a mente e a pele. O manejo dos distúrbios psicodermatológicos requer atenção para com os fatores dermatológicos, psicossociais e familiares.

Para Koo e Phan (1992), os aspectos psicológicos, além dos hereditários e ambientais, são importantes na gênese da psoríase. Dentre os fatores psicológicos implicados na psoríase e em outras dermatoses, principalmente na criança pequena, encontram-se fatores relacionais da criança com a mãe, enfatizando-se distúrbios na formação de vínculos afetivos nos primeiros anos de vida.

Feldman, Bechnam e Koo (2005), relataram os resultados obtidos em estudo de revisão que envolveu o levantamento de todos os artigos publicados em língua inglesa na base de dados da Pubmed (banco de dados da Livraria Nacional de Medicina dos Estados Unidos, com mais de 17 milhões de citações de artigos desde 1950) sobre psoríase e dermatite atópica, de 1970 até 2003. Os pesquisadores concluíram que a psoríase tem forte impacto negativo na qualidade de vida de seus portadores. Em um estudo com 120 pacientes com psoríase, 40,8% relataram declínio na vida sexual ativa devido à doença, além do fato de que a antecipação ou medo de ser rejeitado provocava evitação social. Em outro estudo citado pelos pesquisadores, feito com 137 pacientes, 26,3% referiram que as pessoas evitavam contato físico com eles quando a psoríase era visível. Outra pesquisa com 100 pacientes revelou que 19% relataram já terem tido de deixar um local público devido à psoríase, como por exemplo, piscinas ou quadras esportivas. Além disso, o impacto no trabalho pode ser fulminante. Em um estudo com 369 pacientes com psoríase severa, 59,3% haviam perdido o emprego, sendo que 33,9% relacionaram a perda do emprego à doença.

Em um estudo comparativo entre pacientes dermatológicos em geral (grupo controle com 88 sujeitos) e pacientes com psoríase (41 sujeitos), Patrus e Santos (1993) investigaram os fatores psicogênicos relacionados à psoríase e os compararam com os resultados obtidos no grupo-controle. Os autores concluíram

que as queixas psicológicas dos pacientes com psoríase são significativamente mais freqüentes do que as dos portadores de outras dermatoses. Nas palavras dos autores: “Assim, concluímos que, neste estudo, fatores psicológicos são mais freqüentes entre os doentes de psoríase que entre os de outras dermatoses” (p. 337).

Outro estudo, que teve como objetivo identificar os fatores de estresse mencionados pelos pacientes como relacionados ao desencadeamento ou agravamento do vitiligo e da psoríase, Souza et al. (2005) concluíram que algum episódio denotando perda/separação havia sido relatado em 45,4% dos casos de pacientes com psoríase, o mesmo ocorrendo com 27,3% dos casos de vitiligo. Os autores concluíram que os problemas dermatológicos podem ter relação muito próxima com o estresse e com problemas emocionais, principalmente perdas e separações.

Em artigo intitulado “Distúrbios de ansiedade e depressão na Dermatologia”, Marot (1993) estudou a freqüência de síndromes de ansiedade e depressão em pacientes dermatológicos. Nesse estudo foram entrevistados 70 pacientes da enfermaria e ambulatório do serviço de dermatologia de um hospital universitário, durante o período de seis meses. A doença dermatológica mais freqüente foi a psoríase (28 casos), seguida de pênfigo (12 casos), dermatites (9 casos), ceratoses (5 casos) e 16 outros casos menos comuns, como o vitiligo e a esclerodermia. O estudo revelou que mais de um terço dos pacientes dermatológicos apresentavam distúrbios de ansiedade e/ou depressão.

Pesquisa no Serviço de Dermatologia de um hospital universitário, realizada por Taborda, Weber e Freitas (2005) apresentou resultados que confirmaram esses achados, indicando a prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses, com 25% da amostra apresentando claro sofrimento psíquico.

Em estudo sobre estratégias de *coping* e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase, envolvendo 115 sujeitos (61 portadores de psoríase e 54 portadores de outras dermatoses), Silva, Muller e Bonamigo (2006) verificaram que 68% dos pacientes relataram estar passando por alguma situação estressante na época do aparecimento da doença, sendo que 30% desses casos apontaram problemas relacionados a conflitos e doenças na família.

Em uma pesquisa realizada com outra dermatose bastante comum, a Dermatite Atópica (DA), Neto et. al. (2005) avaliaram os sintomas emocionais e

comportamentais em crianças portadoras de DA, em comparação com os mesmos sintomas em um grupo-controle de crianças sem DA. A faixa etária selecionada foi de 4 a 16 anos em ambos os grupos, com 25 sujeitos em cada grupo. Os resultados demonstraram que, em relação às competências sociais, as crianças do grupo de estudo (GE) participavam menos das atividades do que as do grupo controle (GC). O GE apresentou alterações sociocomportamentais significativas em relação ao GC. No que diz respeito às escalas de queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas de pensamento e comportamento agressivo, no GE os valores foram significativamente maiores do que no GC.

Em um estudo de caso clínico realizado com um paciente de 2 anos de idade, portador de Dermatite Atópica (DA), Neto et. al. (2005) constataram que a relação mãe-filho estava bastante comprometida, de modo que a mãe não conseguia ser empática e atender às necessidades da criança. Concluíram ainda que o “menino investia em algumas tentativas de pedido de ajuda à mãe, mas logo desistia, provavelmente em função da ausência de resposta” (p.80). Os resultados indicaram que se tratava de uma criança rejeitada pela mãe, que manifestava seu pedido de ajuda através da manifestação psicossomática em forma de DA.

Em trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Ishida, Trope e Kahtalian (1985) investigaram aspectos psicossomáticos da psoríase em um caso de regressão narcísica em um paciente portador de psoríase eritrodérmica. O objetivo do trabalho foi o de investigar a inter-relação entre fatores emocionais e psoríase. O estudo de caso foi realizado com um sujeito do sexo masculino, de 36 anos de idade, sendo a coleta de dados realizada durante os três meses de internação do paciente. Concluiu-se que o paciente havia sofrido “fratura” da relação simbiótica normal estabelecida com a mãe após o nascimento, momento em que o contato e a pele cumprem papel fundamental na construção do psiquismo. Também foi observado, de acordo com os autores, que o paciente procurava intensamente um contato com a equipe médica, obtendo ganhos secundários com sua doença, o que permitiu a interpretação da doença como um canal de comunicação, por meio do qual manifestava suas necessidades.

Ao realizar estudos estatísticos sobre dermatoses pediátricas, Carvalho et al. (2004) apontaram a escassez de estudos sobre fenômenos psicodermatológicos em dermatologia pediátrica, ressaltando que no Brasil também há falta de pesquisas

nessa área, apesar de serem numerosos os problemas dermatológicos que afetam a população infantil.

Embora outras dermatoses possam gerar reações sociais negativas, a psoríase, por suas características, é uma das doenças que mais freqüentemente geram tais reações, principalmente nos momentos de crise. Em artigo publicado no *British Journal of Dermatology*, referente a um estudo realizado com mais de 300 pacientes com psoríase severa, Finlay e Cooles (1995) relataram que 59,3% dos participantes que estavam empregados no momento da pesquisa, tinham perdido, em média, 26 dias de trabalho no ano anterior devido à psoríase. Dentre os pacientes, aqueles que além da psoríase sofriam de Diabetes, Asma e Bronquite, respectivamente 87%, 80% e 77% relataram que era a mesma coisa, ou melhor, sofrer dessas doenças do que ter psoríase.

Kahtalian e cols. (1995) realizaram, durante 10 anos, estudo de observação em 18 pacientes psoriáticos internados em enfermaria dermatológica em hospital do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados alcançados indicaram que fatores psíquicos estavam presentes de maneira expressiva nas situações de internação e na piora desses pacientes. De acordo com os autores os principais fatores traumáticos relacionados ao aparecimento e agravamento da doença eram: episódios de espancamentos na idade de desenvolvimento psicológico dos pacientes, apego, separação, maus tratos/hostilidade, perdas e doenças na primeira infância. Outros fatores desencadeantes foram percebidos: relações de vínculos simbióticos, forte apego nos vínculos, presença de angústia de separação em todos os casos, assim como sentimentos de hostilidade, agressividade, perdas e culpa.

Segundo Catropa (1986), o conflito básico do paciente portador de psoríase refere-se à elaboração deficiente das primeiras separações, principalmente em relação à figura materna. Para esse autor isso faz com que mãe e criança mantenham um vínculo simbiótico constante ou duradouro.

Num estudo clínico com um paciente de seis anos de idade, foi possível constatar relações psicodinâmicas significativas entre a manifestação da psoríase e os aspectos emocionais da criança, especialmente aqueles relacionados ao seu vínculo com a mãe (AZEVEDO; NEME; FURIGO, 2006).

A relação entre doenças infantis e dificuldades no vínculo primário da mãe com o filho também são evidenciadas em pesquisas abordando outros fenômenos

psicossomáticos. Uma das doenças mais associadas a fatores emocionais é a asma. A asma é uma doença que tem etiologia indefinida, assim como a psoríase, embora, também no caso da asma, fatores ambientais, genéticos e emocionais sejam indicados como fazendo parte da etiologia da doença (ROCKENBACH & PICCININI, 1994).

Rockenbach e Piccinini (1994) relataram que a relação mãe-criança asmática é caracterizada por alguns autores como sendo de natureza intrusiva e simbiótica.

French e Alexander (1941 apud ROCKENBACH & PICCININI, 1994, p. 76), pioneiros no estudo da asma, relatam que essa doença está relacionada a um conflito de dependência da criança com relação à mãe.

Quando o indivíduo afetado por psoríase é uma criança, o impacto pode ser maior do que no caso de um adulto, tendo em vista o processo de desenvolvimento físico e psicossocial no qual se encontra e os riscos potenciais que reações negativas de outras pessoas à criança podem oferecer. Diferentemente do adulto normal, a criança depende, em grande proporção, das relações com os outros e dos sentimentos de aprovação e aceitação que percebe em suas relações. Grande parte do desenvolvimento da auto-estima decorre da aceitação da criança pela sociedade em que vive (BRAZELTON, 2002).

1.3 Breve histórico da abordagem psicossomática

O desenvolvimento da consciência, do pensamento e da linguagem, propiciou ao homem a construção de um mundo civilizado. Contudo, o ser humano teve que frear a manifestação direta dos impulsos e abrir mão de algumas satisfações pessoais para que a sociedade pudesse se constituir. Entre os impulsos plenos de desejos e a realidade externa existe uma instância psíquica, cuja finalidade é a de mediar e controlar esses impulsos de acordo com as exigências da comunidade. Freud denominou essa instância de Ego (FREUD, 1996a).

Assim, é apenas a contragosto que o homem se submete à repressão dos impulsos, e, para que essa repressão funcione, deve operar desde a mais tenra infância, quando, por meio da educação, cada indivíduo percorrerá, solitariamente, o mesmo caminho uma vez percorrido pela espécie; o caminho da repressão dos instintos. Entre esses instintos, Freud (1996b) aponta como os menos ajustáveis à sociedade aqueles relacionados à sexualidade e à agressividade. Apenas parcialmente é que os impulsos sexuais e agressivos foram controlados e adaptados

às exigências do convívio social, como se pode compreender pela constatação de que esses impulsos estão na base de parte considerável dos conflitos sociais.

Para Freud (1996a), a dificuldade que o homem tem de atender, ao mesmo tempo, às demandas da sociedade e às necessidades pulsionais, pode gerar, em alguns indivíduos, distúrbios neuróticos, como é o caso de suas pacientes histéricas, que manifestavam no corpo um conflito inconsciente entre os instintos sexuais e os instintos de auto-preservação do ego (princípio do prazer X princípio da realidade).

Freud (1996b) ressaltou que a comunicação verbal não é a única existente; que o corpo também se comunica. Em seu “Caso Dora”, Freud (1905, p. 109) escreve: “nenhum mortal pode guardar segredo: se sua boca permanece em silêncio, falarão as pontas de seus dedos [...]”.

Na teoria clássica de Freud sobre a conversão histérica, compreende-se que o sintoma se manifesta em uma disfunção orgânica, na qual um órgão ou alguma parte do corpo torna-se o receptáculo de um conflito simbólico inconsciente, que, pela defesa do ego (princípio da realidade), que catalogou um impulso sexual como sendo inaceitável, foi reprimido e impossibilitado de se manifestar livremente. Assim, foi por meio principalmente do estudo da histeria que se iniciou a compreensão do papel do corpo nos distúrbios psíquicos (MACDOUGALL, 1996).

A palavra histeria, antes de Freud, já vinha sendo utilizada há mais de 2000 anos. Acredita-se que Hipócrates tenha usado a palavra pela primeira vez, para descrever doenças do útero. Ao longo do tempo, as explicações para o aparecimento dessa doença variaram bastante, ora sendo explicada como resultado de lesões nos nervos, ora sendo descrita como estados de êxtase, possessão demoníaca, formas de protesto, entre outras. Foi a partir de Freud que a histeria ganhou atenção e reconhecimento como uma doença que encerra em si características psicológicas, apesar de se manifestar no corpo. Dessa maneira, embora não tenha se ocupado diretamente de fenômenos psicossomáticos, Freud deu uma importante contribuição para a superação da separação mente-corpo (BOROSSA, 2005).

Segundo Borossa (2005, p. 8), “entre os estados psicossomáticos, só a histeria, com uma eloqüência e uma capacidade única de simbolizar o conflito e a aflição numa espécie de linguagem substituta, daria conta do recado e mostraria ser, junto com os sonhos, o caminho régio para o inconsciente”.

A Psicossomática vem ampliando seu campo de estudos em várias áreas da saúde humana. A idéia de sintomas psíquicos que encontram caminhos de manifestação no corpo, por diversas maneiras, é bem antiga. Mas foi apenas após Freud e os primeiros psicanalistas que a Psicossomática desenvolveu-se como abordagem à saúde, com fundamentos teóricos e científicos (MELLO FILHO, 1992).

O estudo dos fenômenos psicossomáticos ainda sofre influência do pensamento biomédico em saúde, impregnado do dualismo mente-corpo. Essa influência gerou, historicamente, duas tendências opostas para a compreensão do fenômeno psicossomático. A discussão, na maioria das vezes, torna-se limitada e polarizada, com organicistas de um lado e psicologistas de outro. (CAPOTE; GIBRAN; HORTA & NEME, 2003).

A abordagem psicossomática visa superar a visão dicotômica biomédica na compreensão dos fenômenos vitais, considerando-os de modo sistêmico, ao mesmo tempo, psíquicos e somáticos (VOLICH, 2000; NEME, 2003).

Segundo Santos Filho (1994), algumas manifestações corporais admitem uma leitura, representam um discurso, evidenciando por meio de um sintoma, a manutenção de um equilíbrio psíquico, que visa a supressão da angústia.

Entretanto, apesar do fato de Freud ter dado um importante passo na complexa relação entre mente e corpo com o estudo da histeria, essa doença não é considerada como um fenômeno psicossomático clássico, tendo em vista que, embora afete o corpo, seu sintoma é a representação de um conflito psíquico simbólico reprimido, no qual a dinâmica mental é a repressão. Na histeria, um material psíquico simbólico é reprimido e se manifesta em vias somáticas. No caso dos fenômenos psicossomáticos clássicos, a dinâmica mental é pré-simbólica, e faz uso de mecanismos de defesa mais primitivos do que os que atuam na histeria. De acordo com Volich (2000), na afecção psicossomática não há simbolização e o corpo funciona como apoio imediato do estímulo, que, por não poder ser simbolizado, passa a ser somatizado. Ainda, segundo Volich (2000), os fenômenos psicossomáticos têm origem em acontecimentos da vida atual do indivíduo e não representam expressões de conflitos inconscientes infantis, como no caso da histeria.

De acordo com Laplanche e Pontalis (2004), o próprio Freud já havia feito essa distinção, conforme reavaliava sua teoria ao longo do tempo. Segundo esses autores, Freud nomeou dois grupos de neuroses, as Neuroses Atuais e as

Psiconeuroses. Considerou as Psiconeuroses como sendo aquelas nas quais os sintomas representavam a expressão simbólica dos conflitos infantis, dividindo-as em Neuroses de Transferência e Neuroses Narcísicas. Freud chamou de Neuroses Atuais aquelas cuja origem dos sintomas não deve ser procurada nos conflitos infantis, mas na atualidade, e cujos sintomas não são expressão simbólica. As doenças chamadas por Freud de Neuroses Atuais seriam as equivalentes aos fenômenos psicossomáticos.

Segundo Mello Filho (1992), o corpo de um fenômeno psicossomático não é um corpo simbólico preso a uma história imaginária, mas um corpo físico exposto às vicissitudes da natureza. O autor cita Franz Alexander e modernos autores americanos, para quem, na manifestação psicossomática existe uma cena real, um fato, mais do que uma representação imaginária ou fantasiosa.

Rodrigues e Gasparini (1992, p. 97), citando Wolf (1952), dizem que “os distúrbios da relação do homem com o seu ambiente físico e psicossocial podem gerar emoções desprazerosas e estimular reações de vários tipos. A doença é uma reação ativa do organismo e não apenas um efeito aos estímulos nocivos”.

Os sintomas ditos psicossomáticos são geralmente considerados mais próximos das neuroses atuais do que da histeria. Sublinhando a impossibilidade de integração dessas manifestações e o funcionamento autônomo das funções corporais com relação ao psiquismo, Joyce MacDougall aponta que “na histeria o corpo ‘se empresta’ à psique para ser utilizado segundo a vontade desta última [enquanto] na doença somática o corpo faz seu próprio pensamento (VOLICH, 2000, p. 113).

Apesar da grande importância do trabalho de Freud na criação e desenvolvimento da psicossomática, coube a seus sucessores a tarefa de pesquisar mais detidamente o assunto (MELLO FILHO, 2002).

O termo *psicossomática* foi introduzido na Medicina em 1818, por Helmholtz, e tinha como finalidade nomear doenças somáticas que tinham em sua etiologia aspectos mentais (RODRIGUES & GASPARINI, 1992).

Esse conceito ampliou-se e leva em conta hoje fatores biopsicosociais. Isso implica uma visão interdisciplinar do paciente com manifestações psicossomáticas, no qual a ênfase é colocada no indivíduo, em detrimento da atenção apenas para a doença. A doença, nesse enfoque, não é mais vista como causal, mas como sendo

expressão não só da condição atual do indivíduo, mas de toda sua história, incluindo os eventos psíquicos, somáticos e sociais (RODRIGUES & GASPARINI, 1992).

Na década de 1910 coube a Groddeck (1866-1934) desenvolver hipóteses que levariam ao desenvolvimento da visão psicossomática. Esse autor, paralelamente a Freud e apoiando-se nas idéias deste, fundamentou que na gênese de diversas afecções orgânicas existiam expressões de conflitos psíquicos, apresentando sua tese – hoje em dia muito difundida – de que toda doença é psicossomática, pois envolve ao mesmo tempo e em constante relação aspectos somáticos e psíquicos (VOLICH, 2000).

Seguindo o trabalho de Groddeck, e tendo como principal colaborador o psicanalista Franz Alexander, surgiu, por volta da década de 1930, a Escola Psicossomática Americana, ou Escola de Chicago, que pesquisou e descreveu as sete principais doenças psicossomáticas: asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, tireotoxicose e hipertensão essencial (ZIMERMAN, 2001).

Para os autores da Escola de Chicago, os transtornos psicossomáticos apareceriam como resultado de estados crônicos de tensão, relacionados a experiências emocionais não expressadas adequadamente, sendo desviadas, assim, para o corpo. (MELLO FILHO, 2002).

Franz Alexander organizou os conhecimentos existentes em duas categorias: 1) Estados Conversivos, que seriam aqueles que contêm um conteúdo simbólico em sua gênese, como o caso dos sintomas histéricos; e 2) Neuroses Vegetativas, que seriam as afecções psicossomáticas, que não guardam uma significação simbólica, e seriam “basicamente, respostas fisiológicas exageradas acompanhando estados de tensão emocional crônica e mantidas por processos mentais inconscientes” (MELLO FILHO, 2002, p.33).

Franz Alexander (1989), examinando o conceito freudiano de histeria, chegou a conclusões semelhantes às aquelas alcançadas pelo pai da Psicanálise. Assim como Freud havia traçado uma diferença entre neuroses de transferência e neuroses atuais, Alexander fez uma distinção entre sintoma conversivo e neurose vegetativa. O sintoma conversivo seria aquele da histeria clássica, na qual a expressão simbólica de um conflito emocional se expressa no corpo, pelo sistema neuromuscular voluntário. A neurose vegetativa, por outro lado, seria uma resposta fisiológica dos órgãos vegetativos. Alexander considerou que as expressões

simbólicas estão reservadas ao sistema voluntário, de modo que é improvável que haja esse tipo de expressão nos órgãos internos. Assim, explicou a manifestação psicossomática como uma descarga emocional atual direcionada aos órgãos vegetativos (ALEXANDER, 1989).

A partir do final da década de 1950, na França, alguns pesquisadores, liderados por Pierre Marty, iniciaram estudos no campo da psicossomática. Esse empenho teve como resultado, em 1972, a fundação do “Instituto de Psicossomática de Paris. Pierre Marty, tendo como referência as concepções psicanalíticas, acredita que os fenômenos psicossomáticos se devem à impossibilidade de síntese psíquica do indivíduo, a qual ocorreria como resultado de uma estrutura psíquica pouco desenvolvida. (MARTY, 1993)

A concepção teórica de Marty (1998) parte do princípio de que quanto menor a capacidade de atividade mental, maior a vulnerabilidade para expressões patológicas nos órgãos do corpo. Assim, um indivíduo com poucos recursos mentais teria muita dificuldade de lidar com fortes demandas psíquicas, comuns nas situações de trauma, de modo que o excedente dessas estimulações não elaboradas mentalmente teria a tendência de se desviar para as funções somáticas.

A partir da idéia de uma capacidade de síntese psíquica deficiente, surgiram novos conceitos na nosografia psicossomática, como por exemplo, o conceito de “Pensamento Operatório”. Pensamento Operatório é o nome dado para uma das características de uma mente pouco capaz de simbolização. Nesse tipo de pensamento, o indivíduo pensa de maneira bastante concreta, tendo dificuldade de simbolizar e fantasiar. O pensamento operatório carece de investimentos libidinais e tem pouca mobilidade para realizar ligações emocionais entre os diferentes conteúdos emocionais, de modo que não absorve a energia psíquica de maneira satisfatória, facilitando assim a incidência de descargas afetivas nos órgãos vegetativos (MARTY, 1993, 1998).

Influenciada pelas escolas de psicossomática americana e francesa, mas com um pensamento sempre muito individual e original, Joyce MacDougall, psicanalista nascida na Nova Zelândia, mas radicada na França após passagem pela Inglaterra, dá seqüência aos estudos no campo da psicossomática.

O pensamento de McDougall (1988) é concordante com o de Marty, ao afirmar que nos casos de pacientes somatizantes, existe uma carência na

elaboração psíquica, cujo resultado é a falha na simbolização, compensada por uma manifestação somática.

Uma grande contribuição dessa autora à teoria da psicossomática foi fundamentar que a origem de tal dificuldade na elaboração psíquica está na base do desenvolvimento infantil, mais especificamente nas primeiras relações da criança com sua mãe. Dessa forma, o pensamento operatório seria uma defesa contra estados emocionais primários (MACDOUGALL, 1988).

O funcionamento do paciente psicossomático diante de um trauma é de modelo infantil. Esse tipo de paciente, por incapacidade de lidar com demandas psíquicas, regride a um tipo de funcionamento muito primitivo. McDougall refere-se a essa característica do funcionamento primitivo, vivida pelo bebê, da seguinte maneira: “o bebê, psicologicamente, não pode elaborar situações de tensão, de dor mental ou de uma estimulação excessiva; as manifestações patológicas são, invariavelmente, de natureza psicossomática, como a insônia infantil, o contínuo regurgitar, o merecismo, o vômito cíclico e as reações espasmódicas de índoles diversas” (McDougall, 1989. p. 110).

As relevantes contribuições de MacDougall à psicossomática psicanalítica e à compreensão do desenvolvimento dos fenômenos de somatização desde as primeiras relações mãe-bebê tornam sua teoria fundamental para o estudo das manifestações psicossomáticas, especialmente em crianças, tendo sido eleita para o embasamento teórico de muitos estudos.

1.4 Psicossomática psicanalítica e desenvolvimento infantil

Para Melanie Klein (1991), os primórdios do desenvolvimento da personalidade, do ego e do pensamento, estão localizados nas primeiras relações objetais. Klein apresenta uma teoria que vincula o pensamento à capacidade de simbolização. Salienta a possibilidade de se tolerarem frustrações como condição para a formação de símbolos.

Segundo Klein (1991, p.167) “as relações de objeto iniciam-se quase no nascimento e surgem com a primeira experiência de alimentação. Descobri, além disso, que todos os aspectos da vida mental estão intimamente ligados a relações de objeto”.

Segundo Klein (1996), a criança precisa ser acolhida e amada desde o início de sua vida para poder construir a idéia de um mundo bom, onde predomine a

gratificação em relação à frustração e onde seus desejos sejam vistos como manifestações normais, mesmo que não sejam considerados como passíveis de serem realizados. A criança que cresce acreditando num mundo bom, sem se sentir demasiadamente culpada por seus desejos sexuais e agressivos, pode suportar a civilização com certa complacência e ajustar-se a ela.

Porém, quando ocorrem rupturas no desenvolvimento infantil ou traumas psíquicos ao longo do desenvolvimento, a estrutura psíquica se enfraquece e o ego não tem a mesma força para intermediar a relação entre as pulsões e a realidade externa. Em decorrência disso, três situações podem ocorrer: alienação ou a negação da realidade, por esta se tornar insuportável ao indivíduo, o que acontece com frequência nas psicoses; repressão dos impulsos que o ego não pode aceitar, o que aparece nas neuroses; e somatização de conflitos psíquicos, o que se dá nas neuroses atuais, hoje consideradas fenômenos psicossomáticos (FREUD, 1996a).

Para Klein (1996), os sentimentos e as fantasias vividas nos primeiros meses de vida marcam profundamente a formação do psiquismo infantil, influenciando a vida afetiva do indivíduo. A primeira gratificação obtida pela criança tem origem na amamentação. Os primeiros meses de vida constituem um momento ou etapa do desenvolvimento afetivo denominado de “posição esquizoparanóide”, na qual a criança encontra-se ameaçada por ansiedades de origem muito primitivas e se defende de forma também rudimentar. Ainda sem condições de apreender a realidade de forma mais global, a criança percebe-se e relaciona-se com aspectos dissociados do objeto (mãe-seio), cindindo-o em “objeto bom” e “objeto mau”, ou “seio bom” e “seio mau”, de acordo com a gratificação ou frustração das suas necessidades e a capacidade materna em corresponder. Todo afeto positivo é dirigido ao *seio bom* e todo afeto negativo ao *seio mau*, por meio de um mecanismo denominado *Identificação Projetiva*.

A criança introjeta, ao mesmo tempo em que projeta seus afetos positivos (amor) e negativos (ódio/agressão) em termos absolutos no seio bom ou no seio mau. Nessa primeira posição ou forma de relação criança-mãe (posição esquizoparanóide), é fundamental que o bebê tenha experiências agradáveis e seja atendido suficientemente em suas necessidades, para poder introjetar os aspectos positivos, criando uma percepção positiva do mundo. Se, por algum motivo, ocorrem distúrbios ou falhas nessas relações objetais nos primeiros meses de vida, ou ao longo dos primeiros anos da infância, a criança poderá desenvolver uma percepção

negativa e distorcida de mundo, interpretando-o como hostil ou não acolhedor. Essa situação se encontra na base de alguns processos de funcionamento psicótico e distúrbios da função simbólica (KLEIN, 1996; ABRAM, 2000).

A mãe com um tipo de funcionamento mental favorável na primeira relação com o bebê propicia a introjeção de um “seio bom” e com isso a tolerância à frustração, o que dará origem à transformação da ausência de objeto em pensamento, em algo possível de ser representado simbolicamente (BION, 1991).

Para representar e simbolizar é preciso que o bebê se dê conta da frustração, gerada pela ausência e separação do objeto. Encontra-se em condições de “pensar” suas experiências para além da identificação projetiva quando percebe a existência de um outro, separado dele, mas a ele ligado afetivamente. Instala-se assim o início daquilo que Bion (1991) e Klein (1996) consideram como Posição Depressiva. Para que essa ocorra, se faz necessária a distinção entre sujeito e objeto (perceber a mãe separadamente de si mesmo), o que permite a percepção total de objeto e conseqüentemente a integração da boa e da má experiência. Mas isso só se dá se a criança é acolhida em sua sensação de desamparo inicial (BION, 1991).

Assim, manifestações psicossomáticas em crianças podem relacionar-se a dificuldades nos vínculos familiares, especialmente maternos, principalmente nos dois primeiros anos de vida, pois é nesse período que a criança irá construir as bases de sua estrutura psíquica e sua capacidade de suportar pressões psicológicas (MELLO FILHO, 1992).

De acordo com McDougall (1996), muitas doenças somáticas têm sua origem nas primeiras relações mãe-bebê, quando a mãe é insuficiente ou falha na intermediação bebê-mundo, prejudicando o desenvolvimento da capacidade de simbolização e expressão afetivo-emocional, criando maior vulnerabilidade a manifestações psicossomáticas. Outras correntes psicanalíticas são concordantes quanto ao papel decisivo das primeiras relações do bebê com a figura materna ou com o cuidador primário, tanto para o desenvolvimento psíquico saudável, como para maior proteção quanto ao desenvolvimento de manifestações psicossomáticas.

Ao abordar a relação da mãe com o recém nascido, Abram (2000) refere-se a Winnicott (1975), relatando que, após o nascimento, mãe e filho devem reorganizar-se, dada a ruptura do estado físico e psíquico de total fusão da vida intra-uterina. Essa reorganização se dá pelo desenvolvimento de uma relação ainda algo fusional, simbiótica, que, de acordo com Winnicott (1975), é saudável e necessária. Winnicott

(1983) denomina *preocupação materna primária* a capacidade da mãe em identificar o que o bebê sente e aquilo de que necessita, voltando para as necessidades dele.

Para Winnicott (1983), o bebê e a mãe constituem uma unidade inseparável: não existe um bebê sem sua mãe. O desenvolvimento da personalidade e do verdadeiro *self* depende desses momentos iniciais de adaptação materna às exigências de sobrevivência física e emocional do pequeno ser.

A Arte, a Cultura e a Criatividade, segundo Winnicott (1983), se iniciam nas primeiras relações objetais entre a mãe e o bebê. Num primeiro momento, o bebê está pronto para criar, e a mãe lhe torna possível ter a ilusão de que o seio, e aquilo que ele significa, foram criados pelo impulso originado da necessidade do bebê.

A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa correspondente à sua própria capacidade de criar. A tarefa final da mãe consiste em desiludir gradativamente o bebê, mas sem esperança de sucesso, a menos que, a princípio, tenha podido propiciar oportunidades suficientes para a ilusão (WINNICOTT, 1975, p.26-27).

Segundo Abram (2000), há duas situações extremas nas quais a mãe não consegue se envolver de maneira saudável com o lactente, podendo gerar transtornos na formação do vínculo. Uma delas é a dificuldade da mãe em envolver-se afetivamente, geralmente por uma impossibilidade pessoal de deixar seus próprios interesses e necessidades para ocupar-se prioritariamente da criança, ou por uma doença, como ocorre na depressão pós-parto. No outro pólo, existem as mães que permanecem identificadas com o bebê por longo tempo, preocupando-se de forma patológica com as necessidades do filho, como se pode constatar em mães que amamentam seus filhos até os três, quatro ou mais anos de idade, não permitindo as pequenas frustrações necessárias ao desenvolvimento psíquico equilibrado. Ambas as situações são consideradas inadequadas e podem gerar problemas ou constituírem-se em situações traumáticas no vínculo mãe-bebê, facilitando o desenvolvimento de transtornos mentais ou psicossomáticos.

Para Winnicott (1983), um bebê imaturo está sempre na iminência de sofrer uma ansiedade inimaginável. Essa ansiedade é evitada pela função materna suficientemente boa, pela capacidade da mãe de colocar-se no lugar do bebê.

Pesquisas realizadas pelo psicólogo britânico Bowlby (2006), criador da Teoria do Apego, revelaram que a privação materna pode gerar diversos distúrbios psíquicos. Em suas palavras:

Nossa posição é que as provas, hoje, são de tal ordem que não deixam margem a dúvida quanto à proposição geral – de que a privação prolongada dos cuidados maternos pode ter efeitos graves e de longo alcance sobre a personalidade de uma criança pequena e, conseqüentemente, sobre toda a sua vida futura (p. 45).

Para diferentes autores (WINNICOTT, 1983; KLEIN, 1996; BOWLBY, 2006), o núcleo da construção do ego se dá nos primeiros anos de vida. Para Bion (1991), a compreensão dos estágios iniciais do desenvolvimento lança luz sobre os pontos de fixação da psicose adulta, bem como dos sintomas psicossomáticos, e abre caminho para o tratamento desses pacientes pela psicanálise.

Para os teóricos da psicanálise (WINNICOTT 1983; KLEIN 1991; BION 1991; FREUD, 1996a), a integração da personalidade e da relação corpo-mente está intimamente relacionada às vicissitudes do processo de elaboração do Complexo de Édipo, conceito nuclear na estruturação do psiquismo.

Para Freud (1996a), esse momento ocorre por volta de 3 a 5 anos de idade, na chamada fase fálica. O auge da intensidade dos impulsos sexuais e agressivos se concentra nesse período, quando a criança se depara com a diferença entre os sexos, e faz sua primeira escolha objetual, elegendo ou a mãe, se a criança for um menino, ou o pai, se for uma menina, como primeiro objeto de amor.

Freud (1996a) deu o nome de Complexo de Édipo a todo contexto que envolve a escolha e abandono do primeiro amor objetual. Para ele é entre os três e os cinco anos que a criança dará significado e direcionamento a seus impulsos sexuais incestuosos e à sua agressividade. O ponto culminante desse estágio está na capacidade de a criança elaborar esses impulsos sem sentir-se demasiadamente culpada, tanto no que diz respeito aos pais como em relação aos irmãos. Segundo Freud, o Superego é o herdeiro do Complexo de Édipo, ou seja, surge a partir da interdição dos desejos incestuosos da criança em relação aos pais e da inserção dos valores culturais.

Melanie Klein (1991), na esteira dos conceitos freudianos, amplia as descobertas psicanalíticas, situando os conflitos da situação edípica e o aparecimento do Superego numa idade bem mais precoce (por volta do segundo

trimestre do primeiro ano de vida), na entrada da criança na posição depressiva. As ansiedades relacionadas às fantasias agressivas frente às situações de frustração decorrentes do período de desmame, na primeira relação com o seio, irão condicionar as futuras relações da criança com o pai, irmãos e demais pessoas de seu ambiente. A intensidade dos conflitos psíquicos de amor, ódio, ciúme e inveja tem suas raízes nos estágios arcaicos do desenvolvimento humano. O momento edípico concentra as maiores intensidades de angústias. A capacidade de enfrentar as exigências da realidade interna e externa sem dissociar-se, entrando na via das defesas neuróticas e psicóticas, depende da estruturação madura do ego e do superego.

Para Winnicott (1983), a maturidade emocional é um processo evolutivo e diz respeito à continuidade do ser. Essa concepção implica na possibilidade de um ambiente facilitador ao desenvolvimento do verdadeiro *self* do indivíduo. Situações de falhas básicas nessa evolução ocasionam rupturas na integração psicossomática, ocasionando danos à saúde física e mental.

Todo ser humano tem diante de si, ao nascer, uma longa tarefa de educação dos desejos e impulsos egoístas para poder viver e trabalhar em sociedade. Nesse caminho, grande número de conflitos psíquicos pode ocorrer, dizendo a maioria deles respeito à má elaboração de impulsos hostis e incestuosos nas relações fraternais e no triângulo edípico (FREUD, 1996c).

Os conflitos psíquicos gerados durante o desenvolvimento humano podem manifestar-se por diferentes vias, de modo mais ou menos direto, dependendo de aspectos constitucionais do indivíduo, da natureza do conflito e de condições desencadeantes, como as caracterizadas como situações de estresse, mobilizadoras de respostas psicofisiológicas diferenciadas (GABBARD, 1998). No entanto, o modo de ser de uma pessoa, o conjunto de aspectos que compõem o que se denomina e se compreende como personalidade, manifestam-se em seus atos, expressões, verbalizações, atos motores, produções escritas, desenhos e outras produções, principalmente por meio de projeções (HAMMER, 1991).

A identificação e o estudo de aspectos afetivo-emocionais que configuram a estruturação dinâmica da personalidade ou daqueles, considerados mais transitórios, atuais ou contextuais, podem ser realizados por meio de instrumentos de investigação sistematizados que demonstraram sua capacidade de mobilizar

respostas emocionais, as quais dificilmente ocorreriam de forma espontânea ou por outros meios (HAMMER, 1991)

Especialmente no caso da criança, dificilmente seria possível se obter informações sobre sua percepção consciente ou inconsciente dela mesma, em curto espaço de tempo, por meios diretos como perguntas ou entrevistas.

Na perspectiva psicanalítica, as técnicas projetivas são instrumentos reconhecidos como eficientes mobilizadores de respostas emocionais diferenciadas, permitindo enfoques interpretativos do material que contém, com base na teoria psicanalítica freudiana e nas contribuições de Melanie Klein, bem como nas teorias do vínculo e nos avanços teóricos de Bion (GRASSANO, 1996).

Pelo mecanismo da projeção, o indivíduo deposita no outro características que pertencem a ele mesmo. Isso se dá quando os sentimentos ou emoções possuem carga afetiva muito intensa para serem suportados pelo ego do indivíduo, o que faz com que precise livrar-se desse conteúdo pelo mecanismo da projeção. Assim, o outro passa a ser o possuidor, na fantasia do indivíduo, de tais sentimentos e emoções. O indivíduo projeta seus conteúdos afetivos não apenas em outras pessoas, mas em suas diversas atividades e produções ao longo de sua vida (KLEIN, 1991).

São técnicas projetivas, as que, com base na hipótese de que o ser humano projeta-se em suas ações e produções, revelando-se em seus atos ou expressões, visam, de maneira sistematizada, identificar e compreender os aspectos dinâmicos que constituem a vida psíquica do indivíduo, incluindo os recursos e fragilidades que o constituem (OCAMPO e cols., 1981).

No campo da Psicologia e, mais especificamente, na teoria e na prática do psicodiagnóstico, diferentes técnicas projetivas têm sido pesquisadas e validadas como instrumentos clínicos eficientes para a identificação e a compreensão dos aspectos psicodinâmicos de crianças, adolescentes e adultos, tais como os mais conhecidos e utilizados na pesquisa e na prática: Teste de Rorschach; Teste de Apercepção Temática de Murray (TAT); Teste de Apercepção Infantil de Bellak (CAT); Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI); Questionário Desiderativo; Teste das Relações Objetivas de Phillipson, além dos testes gráficos ou provas de desenhos (OCAMPO e cols., 1981; GRASSANO, 1996; CUNHA, 2003)

1.5 O desenho como técnica projetiva

As produções projetivas são criações que expressam o modo pessoal de estabelecer contato com a realidade externa e interna (GRASSANO, 1996).

Para Hammer (1991), o homem, desde os tempos primitivos, sempre se utilizou de desenhos para registrar ações, idéias, emoções e sentimentos, muito antes de poder utilizar símbolos verbais. No desenvolvimento do indivíduo, a capacidade de comunicar-se graficamente através de desenhos precede a capacidade de expressão por meio da escrita.

Estudando as aplicações clínicas dos desenhos projetivos, Hammer (1991) realiza extenso trabalho, no qual aborda historicamente o desenho como produção humana expressiva e projetiva, desde o homem primitivo que habitava as cavernas até as mais famosas e conhecidas obras artísticas de Leonardo da Vinci; Van Gogh; Botticelli e outros. Passando pela demonstração da projeção nos desenhos de crianças, adolescentes e adultos no contexto clínico e psicodiagnóstico, o autor fundamenta a prática do uso do desenho como instrumento clínico.

Ao apresentar a utilização do desenho no psicodiagnóstico, Cunha e cols. (2003) referem que essa utilização já aparece no final do século XIX, como tentativa de estudo e compreensão do desenvolvimento psicológico dos indivíduos, especialmente de crianças.

Quase todos os trabalhos relativos ao desenho infantil já efetuados até hoje se inscrevem em uma ótica psicológica, seja pela tentativa de se identificarem indicadores de desenvolvimento intelectual de crianças, seja pela necessidade de se estudar e compreenderem aspectos de personalidade e de ajustamento emocional (MÈREDIEU, 1999; CUNHA, 2003)

Assim como uma obra de arte, o desenho representa um lugar privilegiado de projeção do mundo interno do indivíduo. No desenho, a criança não apenas projeta seus sentimentos e angústias, no sentido estritamente psicológico, mas também opera usando mecanismos de defesa, sendo o deslocamento o mais comum no desenho (MÈREDIEU, 1999).

Segundo Corman (2004), o desenho, por ser expressão da atividade imaginativa criadora da criança, pode, mais do que qualquer outro instrumento, ser um veículo projetivo dos conteúdos profundos da personalidade, que, de acordo com o autor, não poderiam ser obtidos por investigação direta.

Concordantemente, Mèredieu (1999) ressalta que o desenho reserva para si um lugar privilegiado das fantasias infantis em relação a seus conflitos emocionais, com seus familiares e com o mundo em geral.

Para Hammer (1991), o indivíduo, principalmente a criança, desenha muito mais o que sente do que o que vê, refletindo, de forma manifesta, seus traços subjacentes e expressando sua personalidade. Segundo o autor, diferentes tipos de desenhos podem ser objeto de projeções: o desenho de uma árvore, de uma casa, de um animal, de uma pessoa ou de uma família, assim como desenhos livres ou com outras temáticas, confirmando convincentemente o potencial projetivo dos desenhos.

Não apenas o desenho em si, mas também os aspectos formais do desenho, como a intensidade e as características do traçado, o uso do espaço da página, o tamanho das figuras, entre outros aspectos de sua estrutura, contribuem para a compreensão dos conteúdos emocionais (CUNHA, 2003). Nas palavras de Corman (2004, p.14): “O desenho não comporta somente elementos formais. Ao lado da forma, há o conteúdo, e nesse conteúdo se exprime algo da personalidade total”.

A efetividade dos desenhos como instrumentos para a identificação de aspectos de personalidade, bem como de outros aspectos relacionais e do desenvolvimento, tem sido confirmada por diferentes estudos encontrados na literatura da área.

Em um estudo realizado com estudantes e profissionais da área de psicologia cognitivo-comportamental, Oliveira, Noronha e Dantas (2006) investigaram quais instrumentos de avaliação psicológica eram mais conhecidos (C) e quais eram mais utilizados (U) pelos entrevistados. Os participantes receberam uma lista com 152 instrumentos de diversas editoras e tinham que identificar com um “C” ou com um “U” aqueles que conheciam e/ou utilizavam. Os instrumentos mais conhecidos foram o Zulliger (teste de personalidade), seguido da Escala de Maturidade Mental Colúmbia (teste de nível e maturidade cognitiva) e, em terceiro, o Teste de Apercepção Temática (TAT, teste de personalidade). Dentre os mais utilizados apareceram em primeiro lugar o Bender Infantil (teste de inteligência e maturidade escolar) e, em segundo lugar, o Desenho da Figura Humana.

Outro estudo semelhante corrobora a percepção de que os instrumentos que envolvem desenhos são bastante utilizados na avaliação psicológica. Freitas e Noronha (2005) realizaram levantamento sobre instrumentos utilizados no processo

de psicodiagnóstico em uma clínica-escola. Os resultados demonstraram que o teste mais usado foi o HTP (teste projetivo do desenho da casa, árvore e figura humana), seguido pelo CAT (Teste de Apercepção Infantil) e TAT (Teste de Apercepção Temática).

Segundo Hutz e Bandeira (1993), o Desenho da Figura Humana fazia parte da lista dos testes mais usados no Brasil e no exterior, sendo que no nosso país era o terceiro instrumento projetivo mais utilizado, perdendo apenas para o Rorschach e o TAT/CAT.

Wechsler e Schelini (2002), em estudo envolvendo mais de 400 crianças, pesquisaram a validade do desenho da figura humana para a avaliação cognitiva infantil. O estudo analisou o sistema de avaliação de desenhos de Wechsler comparando-o com outro instrumento de avaliação cognitiva, o Teste Não Verbal de Raciocínio Infantil – TNVRI de Pasquali. Os autores concluíram pela validade do desenho como instrumento de avaliação cognitiva.

Trabalhando com dois grupos de 15 crianças entre seis e dez anos, sendo um grupo formado por crianças que haviam sofrido abuso sexual e o outro, constituído de crianças que não haviam sofrido abuso sexual, Fonseca e Capitão (2005) verificaram se os instrumentos Desenho da Figura Humana (DFH) e o Teste de Apercepção Infantil – Animal (CAT animal) eram sensíveis à identificação desse abuso. Foi avaliado se esses instrumentos permitiriam diferenciar o grupo de crianças que sofreram abuso sexual de um grupo-controle, formado por crianças que não haviam sofrido abuso. Os resultados demonstraram que tanto o CAT quanto o Desenho da Figura Humana foram capazes de diferenciar os grupos de pesquisa e controle, ressaltando assim a eficiência de ambos os instrumentos. Na análise de ambos os instrumentos foi computado um indicador para cada vez que a criança fazia referência explícita a um dos seguintes parâmetros indicativos de conflito emocional: abuso sexual, medo, ameaça do meio, desequilíbrio e referências a figura do médico. No que diz respeito aos indicadores emocionais do DFH foi possível constatar que no grupo de crianças que haviam sofrido abuso sexual, dois terços das participantes apresentaram escores maiores do que 3 indicadores, enquanto no grupo controle dois terços apresentaram até dois indicadores. O mesmo se deu como o CAT, onde dois terços do grupo de crianças que haviam sofrido abuso apresentaram mais que seis indicadores, e dois terços do grupo controle apresentaram até 3 indicadores.

Em trabalho intitulado “Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa”, Peres e Santos (2006) avaliaram a imagem corporal de 10 mulheres entre dezenove e trinta e três anos portadoras de anorexia nervosa. Os resultados demonstraram que as participantes apresentavam fragilidade egóica, além de serem propensas à utilização de mecanismos de defesa arcaicos e terem tendência à introversão, obsessividade e dependência. Os autores concluíram que “...o Desenho da Figura Humana pode ser considerado uma técnica profícua para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa, de modo que se destaca como uma valiosa alternativa aos instrumentos psicométricos usualmente empregados com essa finalidade.”

Em pesquisa realizada por Ferracina et. al. (2004), foram analisados dois grupos de crianças entre 5 a 11 anos de idade, sendo um grupo de estudo formado por crianças portadoras de glaucoma e um grupo-controle, composto por crianças sem glaucoma. Foram obtidas diferenças entre os grupos, no que diz respeito à maturidade, aos níveis de ansiedade, à socialização e ao nível de dependência, detectadas pelo Teste do Desenho Livre. Os resultados demonstraram que as crianças do grupo de estudo apresentaram maior índice de imaturidade (66,6% das participantes, ante 46,6% do grupo controle), maior ansiedade (86,6% ante 40% do grupo controle), maior dependência (73,3% ante 40%) e menor capacidade de socialização (80% ante 33,3%).

Em um estudo que abordou a reciprocidade nas relações interacionais de natureza sócio-afetiva em crianças portadoras de fissura labiopalatal (PFLP) e suas famílias, realizada por Valle (2000), foram utilizados, além da entrevista de anamnese, dois instrumentos: o Teste do Desenho com Cores da Família - TDCF (MAGGI, 1970) e a Entrevista Familiar Estruturada - EFE (CARNEIRO, 1983). Os dados foram coletados em dois grupos de 10 crianças, sendo um Grupo Experimental (GE), de crianças com PFLP, e um Grupo-Controle (GC), composto por crianças que não apresentavam PFLP. De acordo com os resultados, as crianças do GE apresentavam disfunções nos quesitos agressividade, obediência de regras e individuação.

Cecconello e Koller (1999) realizaram uma pesquisa para avaliar a representação mental da relação de apego através do Desenho da Família em crianças brasileiras. Participaram do estudo 100 crianças (50 meninos e 50 meninas), com idade entre seis e nove anos de idade. O estudo avaliou, também, o

nível de concordância nos resultados obtidos por dois sistemas de avaliação do Desenho da Família. Os autores concluíram que o Desenho da Família

Além de poder avaliar a qualidade do vínculo em crianças numa idade em que elas já passaram pelo processo de apego e já têm internalizado um modelo mental de funcionamento do mesmo, também é possível obter informações sobre a estabilidade da classificação de uma relação de apego.(p. 34)

Os autores concluem que, de uma maneira geral, o Desenho da Família possibilita avaliar a relação de apego por meio de uma metodologia confiável e de fácil aplicação, dispensando assim a necessidade de muitos recursos de mensuração. Além disso, os resultados apontam concordância entre as duas diferentes escalas de avaliação do desenho, a saber: Escala de Freqüência de Sinais Específicos nos Desenho da Família e Escala Global para avaliação do Desenho da Família.

As pesquisas realizadas com a utilização de desenhos como técnicas projetivas, bem como sua utilização na prática clínica e no psicodiagnóstico têm confirmado seu valor e eficácia na identificação de diferentes aspectos individuais. Toda pessoa projeta, em seu desenho, características pessoais. No desenho da família, quando a criança desenha uma família de sua imaginação e não a própria família, pode-se inferir que, a rigor, cada personagem desenhada carrega aspectos projetivos da criança, sejam seus desejos, medos, culpas, entre outros (CORMAN, 2004).

Corman (2004) e Mèredieu (1999) chamam a atenção para o fato de que, num mesmo desenho da família, a criança pode representar ora a família real, ora a imaginária, em constante oscilação, o que permite que revele seus sentimentos e conflitos em relação à família.

Os autores enfatizam o fato de que detalhes como a composição da família, a ordem do aparecimento dos personagens, tempo gasto em cada um deles no desenho, capricho, tamanho, etc., são de grande importância para a apreensão do todo, Corman (2004), Mèredieu (1999), Campos (1987).

Além disso, a aplicação não se esgota com o término do desenho da família. Após este, vem a entrevista, na qual a criança é incentivada a falar da família desenhada, inventar uma história e responder a perguntas que irão colaborar no ambiente projetivo do desenho, trazendo novas revelações sobre seu funcionamento, seus vínculos e relações familiares (CORMAN, 2004).

Seguindo a técnica de correção do Teste do Desenho da Família, o presente trabalho enfatizará principalmente a avaliação psicanalítica dos conflitos fraternais e edípicos das crianças estudadas, assim como as manifestações de dependência/independência e agressividade (CORMAN, 2004).

Com base na literatura pesquisada sobre a psoríase e sua manifestação em crianças, bem como sobre a possível influência de aspectos emocionais e conflitos originados em seu desenvolvimento afetivo, especialmente associados à natureza dos vínculos mãe-bebê e às suas relações familiares posteriores, no desencadeamento e agravamento da doença, considera-se relevante a proposição de um estudo que busque compreender estas relações.

Considerando, ainda, as conseqüências da psoríase na qualidade de vida e no desenvolvimento de crianças por ela afetadas, o fato de ser uma doença crônica que se estende até a idade adulta, por ter etiologia indefinida, pela escassez de estudos encontrados na literatura da área e por ser ela uma das doenças dermatológicas mais freqüentes; este estudo pretende compreender a história de desenvolvimento e das relações mãe-criança, do ponto de vista materno, bem como a percepção da criança sobre sua família. Busca-se, também, contribuir para a formulação de futuros estudos no campo da Psicologia, Psicologia da Saúde, Psicossomática e da Psicodermatologia, fortalecendo esta área de interface entre a Psicologia e a Dermatologia, bem como incrementar a utilização de técnicas projetivas em pesquisas desta natureza, as quais são raramente encontradas na literatura.

1.6 Objetivos

Geral

Investigar a história das relações afetivo-familiares e da formação dos vínculos afetivos entre mães e filhos com psoríase.

Específicos

- Averiguar aspectos psicológicos relativos ao vínculo afetivo mãe-bebê, de acordo com o relato das mães.
- Pesquisar possíveis conflitos fraternais e edípicos no desenvolvimento das crianças.
- Investigar a percepção atual que as crianças têm de si mesmas e de suas famílias.
- Analisar qualitativamente os dados obtidos com as mães e com as crianças participantes e estabelecer relações de significado entre os dados coletados.

2 PROCEDIMENTOS MÉTODOLÓGICOS

Foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos:

a) Método

Trata-se de um estudo qualitativo, no qual foram organizados seis estudos de caso, com base nos pressupostos psicanalíticos. Os dados obtidos foram descritos e analisados qualitativamente, buscando obter a compreensão de cada díade mãe-criança em sua singularidade, além da exploração de similaridades e diferenças entre os casos analisados, de acordo com os objetivos do estudo.

Segundo Cozby (2003), os métodos de observação do comportamento humano podem ser classificados como quantitativos ou qualitativos, prevalecendo, nos estudos quantitativos, as entidades numéricas. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001), o estudo qualitativo procura compreender e interpretar os eventos, partindo do pressuposto de que as atitudes das pessoas são regidas por suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e que o comportamento tem sempre um sentido oculto, um significado que não é revelado pelas aparências, e que precisa, assim, ser interpretado pelo pesquisador.

O estudo de caso busca apresentar o mais completa e profundamente possível, um conjunto de informações sobre um indivíduo ou grupo, ultrapassando a simples observação de dados (LUDQUÈ & ANDRÉ, 1986). De acordo com D'Allones (1989), o estudo de caso engloba informações obtidas por meio de entrevistas com pacientes e familiares, prontuários médicos, observações e resultados da aplicação de instrumentos diversos, integrando-as e totalizando-as.

Um dos instrumentos para se analisar dados oriundos de entrevistas ou comunicações é a Análise de Conteúdo, que pode ser utilizada em diferentes tipos de pesquisa qualitativa e quantitativa (Bardin, 1977). Ao definir a análise de conteúdo, Bardin (1977) cita Berelson (1971), que afirma que a análise de conteúdo é uma técnica de investigação realizada por meio de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo, tendo por finalidade a interpretação das comunicações. De acordo com Minayo (1992), a Análise de Conteúdo permite a organização dos dados em forma de categorias temáticas e a identificação de significados presentes em uma dada comunicação.

b) Universo da pesquisa: participantes

Seis crianças portadoras de psoríase, com idades entre sete e dez anos, sendo uma do sexo masculino e cinco do sexo feminino, e suas mães.

O critério da faixa etária das crianças participantes deveu-se à necessidade de que estivessem ainda na etapa de desenvolvimento infantil, antes da puberdade, e que já fossem capazes de realizar desenhos elaborados, para serem submetidas ao Teste do Desenho da Família utilizado no estudo. De acordo com Piaget (1969) por volta dos seis ou sete anos de idade, a criança chega ao final do período pré-operacional do desenvolvimento cognitivo, no qual, desde os dois anos de idade, vinha reconstruindo, no plano mental, as aquisições que havia realizado nos primeiros 24 meses de vida no plano sensório motor. Piaget (1969) destaca como as principais dessas conquistas as noções de objeto permanente, tempo, espaço e causalidade. Dessa forma, a criança de seis/sete anos é capaz de manejar o pensamento de maneira bem mais flexível, o que a capacita de realizar desenhos mais sofisticados.

Como o desenho infantil depende muito do desenvolvimento das noções citadas acima, nessa idade a criança sofrerá grande avanço nas suas produções artísticas. Segundo Lowenfeld (1954), a partir de mais ou menos 6 anos a criança entra na fase do desenho esquemático, onde é capaz de trabalhar com mais acuidade as figuras, por já ter desenvolvido melhor a noção de espaço.

c) Coleta de dados: local

A Coleta de dados foi realizada no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). Essa instituição foi criada em 1933 como Asilo-Colônia Aymorés, e atendia portadores de hanseníase de Bauru, região e de todo o país.

Em 1949 o Asilo-Colônia Aymorés foi transformado em Sanatório Aymorés. Com a reorganização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1969, passou a se chamar Hospital Aymorés de Bauru. Em 1974, homenageando um dos grandes hansenologistas do Brasil o hospital passa a se chamar Hospital "Lauro de Souza Lima".

A partir de 1989 o hospital transforma-se num Instituto de Pesquisa, subordinado à Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo passando a ser denominado Instituto Lauro de Souza Lima.

Hoje, o ILSL é centro de referência na área de Dermatologia Geral, além de sua especialidade em Hanseníase. Contando com equipe multiprofissional, o ILSL presta serviços na área de dermatologia e também realiza atividades voltadas à pesquisa, ensino, reabilitação física, terapia ocupacional, fisioterapia, cirurgias plásticas corretivas e aconselhamento/atendimento psicoterápico.

No que diz respeito ao tratamento psicológico, o ILSL conta com equipe de profissionais que atendem os pacientes encaminhados pelos médicos da instituição. Os encaminhamentos são feitos após atendimentos ambulatoriais, e os critérios para encaminhamento são estabelecidos pelos próprios médicos.

As mães e crianças participantes dessa pesquisa não haviam sido encaminhadas ao setor de psicologia, de modo que não haviam passado por tratamento psicoterápico na instituição.

Instrumentos

Para a realização da coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de identificação da criança, para a coleta de dados pessoais e dados de prontuário da instituição (Anexo A).
- Roteiro de Entrevista de Anamnese, semi-estruturada e com questões abertas, adaptado para este estudo e utilizada com as mães participantes (Anexo B). Os itens desse roteiro focalizaram dados sócio-culturais da família, informações sobre as condições gerais de nascimento e desenvolvimento da criança até a idade atual, incluindo o desenvolvimento motor, cognitivo, social e escolar da criança, além de dados sobre as relações afetivo-familiares.
- Roteiro de entrevista semi-estruturada, com questões abertas, para a coleta de dados pessoais da mãe, da história do vínculo mãe-bebê e demais dados sobre o desenvolvimento da criança. A entrevista foi realizada com as mães (Anexo C). Os tópicos deste roteiro foram organizados do seguinte modo: I - Aspectos relativos à história pessoal da mãe; II - Aspectos relativos à relação conjugal (com o pai da criança); III - Aspectos relativos vínculo mãe-criança nos períodos de gestação, parto e puerpério; IV - Aspectos relativos vínculo mãe-criança no período de um a quatro meses de idade da criança; V - Aspectos relativos vínculo mãe-criança no período de quatro meses a um ano de idade da criança;

VI - Aspectos relativos vínculo mãe-criança no período de um a dois anos de idade da criança; VII – Aspectos relativos ao bebê; VIII – Outras informações consideradas relevantes pelo pesquisador ou entrevistada.

Segundo Cozby (2003) existem duas formas de se fazer um levantamento de dados nos moldes de interrogatório; uma delas é pelo uso de um questionário, a outra através de entrevista. Comparando o uso de entrevistas em relação a outros métodos, Cozby (2003) relata que as taxas de retorno tendem a ser mais altas quando se utiliza entrevistas, e cita duas vantagens da entrevista, a saber: os participantes tendem a responder todas as perguntas, o que pode não acontecer em questionários, e o entrevistador pode esclarecer dúvidas e adicionar perguntas durante a entrevista, o que também não acontece com o uso de questionários.

A entrevista semi-estruturada é frequentemente utilizada por permitir a coleta de dados objetivos e subjetivos, permitindo a exploração dos conteúdos que aparecem durante sua realização. Nesse tipo de entrevista o pesquisador tem participação ativa, ou seja, mesmo seguindo um roteiro de entrevista, o entrevistador pode acrescentar perguntas adicionais de acordo com a necessidade (COLOGNESE & MELO, 1998).

- Teste do Desenho da Família: O Teste do Desenho da Família, de Corman (2004), adotado neste trabalho como instrumento de coleta de dados, foi fundamentado em longos anos de experiência do autor no assunto e foi baseado na correção e análise individual de 1.200 casos, sendo 800 desenhos de meninos e 400 de meninas, comportando sujeitos normais, perturbados, débeis mentais leves e neuróticos (CORMAN, 2004). O autor relata que, ao longo da análise desses casos, os pesquisadores chegaram à conclusão que a temática edípica “mostrou estar em causa, com maior frequência do que imaginávamos, não somente nas neuroses, mas ainda em numerosas perturbações quanto à adaptação no lar ou na escola.” (CORMAN, 2004; p. 10)

O Teste do Desenho da Família é um instrumento projetivo que visa investigar como o indivíduo se vê no contexto familiar atual, percepção esta construída ao longo da história de seu desenvolvimento. O instrumento também investiga os conflitos fraternais e edípicos do participante.

As informações acerca da personalidade e das relações sociais de um indivíduo podem ser obtidas através do auto-relato (entrevistas, questionários); pela observação; ou por meio de técnicas projetivas (KLEPSCH & LOGIE, 1984)

A Técnica do Desenho da Família é frequentemente utilizada para a compreensão das percepções e sentimentos da criança relativamente à sua família e à sua inserção nela. Num trabalho clássico de avaliação de crianças emocionalmente perturbadas e normais por meio da Técnica do Desenho da Família, Hulse (1951), citado por Klepsch & Logie (1984), concluiu que as crianças projetam em seus desenhos suas relações e respectivos sentimentos desenvolvidos quanto aos diferentes membros do grupo familiar.

Segundo Retondo (2000) o desenho com figuras humanas revela três tipos de projeções: a primeira seria a projeção daquilo que o indivíduo acredita ser, aquilo que vê em si mesmo, a segunda seria a projeção daquilo que ele gostaria de ser, seu ideal de ego, e a terceira aquilo que ele percebe sobre as pessoas que são significativas em sua vida.

Uma das técnicas projetivas mais consistentes na coleta de dados sobre a personalidade infantil é a técnica do desenho, principalmente por ser confiável e de fácil aplicação, já que as crianças em geral gostam de desenhar (KLEPSCH & LOGIE, 1984; HORTA, 2006).

Procedimentos para a coleta de dados.

O projeto foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências, UNESP – Bauru.

Os pesquisadores científicos do ILSL realizaram levantamento do grupo de possíveis participantes, e disponibilizaram ao pesquisador os prontuários desses pacientes.

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: 1) faixa etária da criança, de 6 a 10 anos, independentemente do sexo; 2) crianças com diagnóstico de psoríase; 3) crianças que encontravam-se em tratamento ambulatorial na instituição; 4) casos indicados pela equipe de saúde do local onde os dados foram coletados por possuírem maior facilidade de acesso ao ambulatório, excluindo-se casos que apresentassem deficiência mental ou dificuldades motoras

graves que poderiam comprometer a aplicação do teste; 5) mães que tivessem acompanhado pessoalmente o desenvolvimento das filhas.

Inicialmente foram selecionados e contatados 10 casos de pacientes, que perfaziam todo o universo de participantes possíveis no local de coleta. Apesar de não existir critério relativo ao local de moradia dos participantes, duas mães não puderam participar por morarem em outra cidade. Outras duas famílias não foram encontradas. Assim, compuseram o grupo seis duplas mãe-criança, sendo cinco crianças do sexo feminino e apenas uma do sexo masculino.

As seis mães das crianças que se dispuseram a se locomover até o local de pesquisa com seus filhos foram informadas sobre o estudo, seus procedimentos e utilização científica de seus resultados, e convidadas a participar. Após concordarem com a participação na pesquisa, as mães foram agendadas para as entrevistas individuais.

No dia agendado, as mães foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme normas do Ministério da Saúde para pesquisas com seres humanos (Anexo F), após leitura cuidadosa do mesmo.

As entrevistas das mães foram realizadas individualmente pelo pesquisador e foram anotadas nos impressos do roteiro de entrevista e em forma de relatório, à vista das participantes e de forma cuidadosa para garantir a fidelidade dos dados.

As crianças participantes compareceram ao Instituto Lauro de Souza Lima junto de suas mães na data de suas entrevistas. Durante o período em que o pesquisador estava entrevistando a mãe, a criança foi submetida ao Teste do Desenho da Família, aplicado por Auxiliar de Pesquisa (psicóloga devidamente treinada e preparada para a tarefa). As coletas de dados com a criança e com a mãe foram realizadas no mesmo dia para se evitar nova locomoção das participantes até o local da pesquisa, dada a distância da instituição, localizada a alguns quilômetros do centro da cidade. O procedimento simultâneo da aplicação dos instrumentos se deu para abreviar o tempo que os participantes teriam que permanecer na instituição, uma vez que as entrevistas duravam cerca de duas horas. Pela mesma razão, optou-se pela realização da coleta de dados com a mãe e com a criança, não apenas pelo pesquisador, eliminando-se, também, a possibilidade de contaminação na coleta e interpretação dos dados obtidos com a criança por meio dos desenhos e material do inquérito, após a realização da entrevista com a mãe ou vice-versa.

Antes da aplicação do teste, foi realizado o Rapport e cada criança foi informada, na presença de sua mãe, sobre a tarefa que seria solicitada a realizar: um desenho. Foi também informada de que a mãe permaneceria na sala ao lado, sendo entrevistada pelo pesquisador, enquanto ela estaria em outra sala, realizando o desenho com a psicóloga auxiliar.

Seguiu-se a aplicação individual do teste, instruindo-se a criança de acordo com o manual do instrumento (Anexo D)

Procedimentos para a análise dos dados.

Os dados dos prontuários dos participantes foram anotados pelo pesquisador, organizados em uma tabela e analisados, compondo os estudos de caso realizados.

Os relatos obtidos nas entrevistas com as mães foram cuidadosamente lidos, relidos e organizados de acordo com os temas abordados na entrevista. Todos os dados foram organizados em tabelas para melhor visualização e comparação dos dados em cada caso e entre os seis casos, com relação a cada tema pesquisado. Em seguida foram analisados e descritos.

Para a análise de conteúdo das entrevistas, seguiram-se as três fases apresentadas por Godoy (1995): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Os desenhos foram interpretados individualmente de acordo com o roteiro de interpretação do Teste do Desenho da Família (CORMAN, 2004). Essa análise foi realizada em conjunto, pelo pesquisador e pela auxiliar de pesquisa que aplicou o teste dos desenhos nas crianças participantes.

De acordo com Corman (2004), a interpretação do Teste do Desenho da Família deve começar com a entrevista e as questões propostas à criança, passando por três níveis de interpretação: conteúdo, estruturas e formas e gráfico. O nível de estruturas e formas e o nível gráfico aludem a tipos de personalidade, traços de caráter e níveis de desenvolvimento cognitivo e emocional.

No nível de conteúdo, as respostas foram interpretadas de acordo com a teoria psicanalítica, referencial utilizado pelo autor do instrumento, e referem-se principalmente à percepção da criança em seu contexto familiar (CORMAN, 2004). Segundo esse referencial, a criança projeta sua própria família no desenho, ou a família que deseja para si, e deposita duas espécies de tendências afetivas nos desenhos: umas positivas e outras negativas. As positivas são os sentimentos de

admiração, amor, que valorizam determinada personagem do desenho. As negativas são os sentimentos de desconsideração ou de ódio, que faz com que a pessoa desenhada seja desvalorizada.

Os dados de todos os desenhos foram colocados em tabelas para melhor visualização e análise dos seis casos em conjunto. Em seguida foram descritos.

Após a análise de todos os dados coletados, foram organizados os estudos de caso individuais, compostos com os principais informes obtidos nos prontuários, nas entrevistas com as mães e no Teste do Desenho da Família com cada criança, buscando-se atingir os objetivos propostos. Para a análise do material foi utilizado o referencial da psicossomática psicanalítica, sob o enfoque de Joyce McDougall.

2.1 Resultados

Para a apresentação dos resultados, cada dupla mãe-criança recebeu um número de identificação (duplas de 1 a 6). Os participantes serão denominados “mães” e “crianças”, e serão designados pela sigla m1 (mãe participante 1), m2 (mãe participante 2), etc., e c1 (criança participante 1), c2 (criança participante 2), etc.

Os resultados foram organizados da seguinte forma: dados de prontuário; dados do roteiro de anamnese realizada com as mães; dados das entrevistas semi-estruturadas sobre o vínculo mãe-criança, também realizada com as mães; dados do Teste do Desenho da Família realizado com as crianças e apresentação dos estudos de caso.

I – Dados de Prontuário

Todas as crianças participantes tinham entre 7 e 10 anos, sendo uma com sete anos, três com oito, uma com nove e uma com dez anos.

A idade das mães variou entre 31 e 40 anos. Os pais tinham entre 32 e 46 anos.

Das dez crianças com diagnóstico de psoríase na instituição, uma era do sexo masculino e nove do sexo feminino. Participaram do estudo a criança do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

Os dados demográficos familiares constantes dos prontuários são apresentados no Quadro 1.

Dados de Identificação	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6
Idade da mãe	40	32	37	32	35	31
Idade do pai	46	32	37	37	43	33
Idade da criança	8	8	9	7	10	8
Sexo criança	F	F	M	F	F	F
Profissão mãe	Costureira	Mercearia	Auxiliar de produção	Do lar	Vendedora	Do lar.
Profissão pai	Empreiteiro	Mercearia	Balconista	Marceneiro	Motorista	Cortador de calçado.
Início tratamento	24/05/2006	26/08/2005	03/10/2006	29/06/2006	Março 2002	18/01/2007
Constituição familiar atual	Pai, mãe, filha 28, filha 21, filha 18, filha 8.	Pai, mãe, filha 12, filha 8, filha 4, filho 1.	Pai, mãe, filha 16, filho 9.	Pai, mãe, filha 7.	Pai, mãe, filha 12, filha 10.	Pai, mãe, filho 11, filha 8, filho 2.

Quadro 1- Dados demográficos familiares dos prontuários.

II – Dados do roteiro de Anamnese realizada com as mães

Apoio do marido e da família.	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Condições de nascimento.	Sem complicações	Sem complicações	Uma semana na incubadora. Pré-termo.	Sem complicações	Sem complicações	Infecção hospitalar (criança)
Amamentação	Por apenas um mês.	Até três anos de idade.	Até dois meses. Vômito.	Até seis meses de idade.	Até cinco meses. Vômito.	Até seis meses de idade.
Desenvolvimento motor, cognitivo e social.	Dentro do esperado	Dentro do esperado	Dentro do esperado	Dentro do esperado	Dentro do esperado	Dentro do esperado

Quadro 2 - Principais dados do roteiro de anamnese

Gestação da criança participante

Todas as mães realizaram pré-natal. Duas mães (m1 e m4) passaram bem durante a gravidez, as demais tiveram problemas. Duas (m2 e m6) relataram que tiveram alguns problemas, mas nada muito grave, sendo que uma delas (m2) teve que tomar remédios para conter contrações, e a outra (m6) vomitou muito. Uma mãe (m3) conta que passou muito mal durante a gravidez, tendo que ser internada diversas vezes, em decorrência de ser diabética. Outra (m5) relata que passou bem fisicamente, mas que estava muito deprimida, sofrendo muito a falta do marido, que, segundo ela, não lhe deu atenção.

Quando consultadas sobre a possibilidade de algum outro acontecimento importante ter ocorrido durante a gestação, as mães não apontaram nada além do citado acima.

Apenas uma mãe trabalhava durante a gestação, mas conta que não fazia trabalho pesado.

Quatro mães (m1, m2, m4 e m5) afirmaram que a gravidez foi desejada. Uma delas (m3) conta que foi uma surpresa, porém não desagradável. A última (m6) não queria ficar grávida e chorou muito com a notícia.

Condições de Nascimento

Quatro participantes (m1, m2, m3 e m5) tiveram parto normal, e duas (m4 e m6) fizeram cesariana. Apenas uma criança (c3) nasceu pré-termo, ficando por

apenas uma semana na incubadora. As outras nasceram a termo. Todas as mães relataram que tudo correu bem durante o parto.

Cinco participantes (m1, m2, m3, m4 e m6) contam que tiveram apoio do pai da criança e da família na época do nascimento. Apenas uma (m5) refere não ter podido contar nem com a família nem com o marido nessa época.

Todas as crianças nasceram bem, saudáveis e dentro do peso esperado. Mesmo aquela que ficou uma semana na incubadora não foi considerada como tendo problemas de saúde, e sua internação foi realizada como medida profilática. Apenas uma das crianças (c6) teve uma infecção hospitalar após o nascimento, mas nada grave, sendo que se recuperou rapidamente.

Em relação à amamentação, apenas duas participantes parecem poder ser enquadradas no padrão considerado ideal, ou seja, amamentação no peito até mais ou menos os seis meses de idade. Essas duas participantes (m4 e m6), contam que as filhas mamaram desde o nascimento até os seis meses de idade e deixaram o peito sem dificuldades.

Duas participantes (m3 e m5) relataram que as crianças vomitavam com muita frequência e largaram o peito por esse motivo. Uma delas (c3) com dois meses de idade, e a outra (c5) com cinco meses. Essa última, apesar de ter mamado até os cinco meses, deixou de ser amamentada, segundo a mãe, por vomitar muito.

A participante c1 mamou no peito por apenas um mês, quando o leite da mãe “secou” e a c2 mamou no peito até os três anos. A mãe dessa criança disse que a filha não aceitava desmamar, mesmo após ela colocar pimenta e alho no bico dos seios; só deixou de mamar quando a irmã mais nova nasceu e a mãe disse que não iria ter leite para a irmãzinha se ela mamasse e que “sua irmãzinha poderia morrer”.

Condições gerais da criança do nascimento até os dois anos de idade.

Apenas uma participante (m5) relatou a inexistência de qualquer episódio que tivesse afetado a saúde da filha entre o nascimento e os dois anos de idade, embora ressaltasse que a filha chorava demais e era inquieta.

Duas crianças (c2 e c6), ambas segundas filhas na ordem de nascimento, tiveram os primeiros sintomas da psoríase no primeiro ano de vida, sendo que a c6 teve também pneumonia.

A participante c1 teve convulsão aos nove meses de idade, e a c3 vomitava constantemente. A participante m4 relatou que a filha era extremamente irritada quando bebê, sendo que a mãe chegou a levá-la ao médico por isso. Esta mãe refere ser ela própria, também bastante irritada.

Cinco mães (m1, m2, m3, m5 e m6) consideraram que as crianças dormiam e comiam bem, mesmo aquelas que vomitavam. Uma delas (c4) dormia mal, embora se alimentasse bem.

Todas as crianças participantes andaram e falaram no tempo esperado segundo suas mães. Essas foram unânimes em afirmar que nenhuma mudança significativa ocorreu na família após o nascimento da criança participante.

Sobre o relacionamento da criança com os irmãos e com os pais até os dois anos de vida, todas afirmaram que a criança se dava bem com todos.

Nenhuma criança foi para a creche ou escola antes dos dois anos de idade.

Aspectos gerais do desenvolvimento da criança de dois anos até a data da coleta.

No que diz respeito à saúde das crianças, de maneira geral, tirando a psoríase, nenhuma criança passou por outros problemas sérios. Uma participante (c1) foi atirada para fora do carro em uma batida, quando tinha dois anos, mas sem maiores danos. Outra (c2) ficava doente com facilidade, mas nunca gravemente. Uma delas (c5) tinha enurese noturna. As outras duas mães (m3 e m6) não encontraram nada relevante, exceto a psoríase, para relatar sobre a saúde das filhas.

Uma participante (m4), relatou que a filha levou um tombo com 4 anos de idade, que quebrou o cotovelo e teve que fazer cirurgia. Essa mãe conta que a filha reagiu bem à reabilitação, e completa sua fala dizendo que a filha tem muita responsabilidade, às vezes tendo preocupações de adulto. “Mas ela é ainda mais preocupada com a saúde dos outros do que com a dela.”, diz a mãe. Indagada sobre qual pessoa a filha mais se preocupa, a mãe respondeu imediatamente: “comigo”. “Ela se preocupa demais com minha saúde, e tem também medo de que eu vá embora. Se eu saio de casa ela tem a sensação de que eu não vou voltar”.

Do ponto de vista cognitivo e social, todas as mães relataram que suas crianças acompanham com facilidade a escola e relacionam-se bem com as pessoas dentro e fora da família.

Uma participante (m6) conta que a filha tem muito ciúmes do irmão, e manifesta medo excessivo dele se machucar. Não suporta a idéia de ficar longe do irmão, que é três anos mais velho do que ela, com medo de que algo de ruim aconteça a ele.

Outra participante (m2), comenta que sua filha é extremamente apegada a ela, “Ela é muito sentimental, muito apegada a mim”. Relata que a filha é muito preocupada com os pais e com a avó, com tendência a cuidar deles.

Psoríase na família

Três mães (m3, m4 e m6) contaram que o avô ou a avó tinham algum tipo de doença dermatológica, que acreditavam ser psoríase, embora não soubessem o diagnóstico. As demais não relataram problemas dermatológicos na família.

III – Dados da entrevista semi-estruturada com as mães: dados pessoais da mãe, história do vínculo mãe-bebê e demais dados sobre o desenvolvimento da criança.

Aspectos relativos à história pessoal da mãe

Foram coletados dados referentes à história de vida das mães e de suas relações parentais. O quadro 3 apresenta os dados sobre a relação das entrevistadas com suas mães e seus pais.

	m1	m2	m3	m4	m5	m6
Relacionamento com suas mães.	Ruim. Muito rígidas.	Muito apegadas.	Muito apegadas.	Muito apegadas.	Muito apegadas.	Ruim. Muito rígidas.
Relacionamento com seus pais.	Pouco ligada ao pai.	Nunca conheceu o pai.	Pouco ligada ao pai.	Boa relação com o pai.	Relação traumática com o pai, que era alcoólatra.	Boa relação com o pai.

Quadro 3 – Sobre a relação das entrevistadas com suas mães e seus pais.

Sobre o relacionamento das mães participante com suas próprias mães, duas entrevistadas (m1 e m6) narraram que suas mães eram “muito rígidas”, “mandonas”, e que não tinham bom relacionamento com elas.

As outras quatro participantes relataram terem sido muito apegadas às mães. Uma delas (m2) considerou-se muito dependente da mãe para tudo. Outra (m4), comparou seu relacionamento com sua filha ao seu relacionamento com sua mãe, concluindo serem muito semelhantes, principalmente em relação ao forte apego entre elas.

Sobre o relacionamento com o próprio pai, duas participantes (m1 e m3) disseram não serem muito ligadas a eles. Outra (m2) nunca conheceu o pai. Uma delas teve relacionamento traumático com o pai (m5), que era alcoólatra, e conta que foi por sua causa que os pais se separaram. Duas participantes (m4 e m6) dizem ter tido bom relacionamento com os pais.

Quando requisitadas a narrar alguma ocorrência que tenha marcado sua vida, positiva ou negativamente, quatro participantes (m1, m2, m3 e m5) relataram experiências negativas. Uma das mães disse não se lembrar de nada (m4), e a outra (m6) relatou experiência positiva.

Das quatro mães que relataram experiências negativas, três delas contaram episódios bastante traumáticos. Uma delas (m1) tem uma longa história de perdas, tendo perdido a mãe com 13 anos; casou-se com a mesma idade e, com 16 anos, já com duas filhas, ficou viúva. Com 23 anos perdeu o pai e a filha mais velha, que estava com 10 anos. Logo em seguida morreu o pai de seu marido.

A participante m2, que também referiu eventos negativos, contou que a morte de um amigo, e de seu irmão, que morreu como indigente, foram momentos muito difíceis para ela.

Outra participante (m3) contou que retirou o útero e parte do estômago, relatando que sofre muito com sua luta constante contra o diabetes. Conta que depois que retirou o útero, começou a notar que seu filho (sujeito da pesquisa) preocupava-se muito com sua saúde. “Ele se sente responsável por mim, por cuidar de mim”, “Quando eu não estou passando bem ele chega a não querer ir à escola para cuidar de mim, e quando vai me liga no intervalo para saber se estou bem”. A histerectomia ocorreu quando o filho tinha 4 anos de idade.

A participante m4 disse não se lembrar de nenhuma experiência marcante.

A participante m5 contou, como acontecimento marcante, sobre a morte de seu irmão mais novo, então com cinco anos de idade, quando ela tinha oito anos. Também narrou com pesar a relutância de sua mãe em ir ao médico tratar um câncer, que acabou por matá-la, e de seu sofrimento por ter um pai que estava sempre embriagado.

A única participante que narrou evento positivo (m6) disse que um fato marcante em sua vida é o intenso vínculo de apego que tem com seus familiares.

Todas as participantes contam que seus companheiros/maridos, pais da criança participante foram aceitos e bem recebidos por suas famílias de origem. Também consideraram que seus relacionamentos com as famílias de origem antes e após o nascimento da criança eram satisfatórios.

Aspectos relativos à relação conjugal dos genitores da criança.

No que diz respeito à relação conjugal na época do nascimento da criança, apenas uma participante (m5) relatou que a relação não estava boa; para as outras, tudo estava bem.

Sobre a situação conjugal atual, quatro delas relataram que é boa (m1, m2, m3 e m5), e duas (m4 e m6) disseram que já não é a mais a mesma coisa, que a relação se desgastou um pouco, embora não a considerem ruim.

Todas as participantes relataram que os maridos ajudaram suficientemente no cuidado com os filhos, tanto no período inicial, logo após o nascimento, quanto atualmente.

Aspectos relativos às condições das mães nos períodos de gestação, parto, puerpério imediato e tardio.

Quanto às condições maternas desde a gestação até o puerpério tardio (cerca de um mês de vida da criança), quatro participantes (m1, m2, m3 e m5) relataram ter ficado felizes ao saber que estavam grávidas. Uma mãe (m3) contou que ficou com medo, devido ao diabetes; tinha medo de não dar conta de cuidar da criança, mas não chegou a ficar triste. Uma delas (m6) relatou que não queria ficar grávida, de modo que ficou triste e “chorava de desespero”.

A participante m1 dá continuação à resposta e diz que ficou feliz, pois os filhos são tudo para ela. Diz: “O que seria de mim sem as crianças? Eu estaria

sozinha, não posso nem pensar em minha vida sem minha filha; sou muito apegada a ela.” E termina dizendo que os filhos são a única coisa que tem.

Cinco mães (m1, m2, m3, m4 e m6) contaram que tinham bom relacionamento com o marido na época da gravidez. Apenas uma (m5), diz que o relacionamento conjugal não era bom, e que se sentia rejeitada.

Três mães (m1, m2 e m5) relataram que se sentiam bem nas semanas anteriores ao parto e durante o parto, enquanto três (m3, m4 e m6) contaram que não estavam bem. Uma delas (m3) teve sangramentos, outra (m4) estava bem fisicamente, mas muito ansiosa e cansada, e a última (m6) contou que desmaiou durante o parto e que não escutou a filha chorar.

Quatro mães (m1, m2, m3 e m6) relataram que fizeram um bom primeiro contato com a criança, e que se sentiram bem após o parto. Duas delas (m4 e m5) não se sentiram bem, sendo que uma (m4) ficou assustada e com medo de não dar conta da maternidade, e a outra (m5) diz: “Aí é que os problemas começaram. Senti depressão e vontade de chorar, achava que não ia dar conta. Não conseguia ver nada de engraçado naquela criança chorona”.

Todas as mães, inclusive a que se sentiu deprimida após o parto, relataram que quando voltaram para casa, e durante o primeiro mês, sentiam-se bem, com paciência com a criança, com capacidade de serem amáveis, sentindo-se seguras e satisfeitas.

A participante m2, relatando sobre esse primeiro mês de vida da criança, contou que é muito apegada aos filhos: “Ah, a gente é super apegada, eu fico em cima de meus filhos, sempre fui assim, não quero que nada aconteça a eles.”

Uma mãe (m6) contou que sua mãe ajudava muito no cuidado da filha, e que esta chamava ambas, a avó e a mãe, de mãe.

Sobre a maneira como as mães se relacionavam com os bebês, foi investigado se brincavam, tocavam, conversavam, sorriam e embalavam a criança.

Todas as mães disseram ter sido afetuosas e ter interagido com a criança. Mesmo aquela (m5) que se sentiu deprimida após o parto, e que viria a se deprimir novamente por volta do terceiro mês de vida da criança, contou que conseguiu ser afetuosa e interagir bastante com a filha; embora também tenha reconhecido que a depressão deve ter atrapalhado um pouco.

Apenas uma participante (m2) contou não ter recebido qualquer ajuda para cuidar da criança em seu primeiro mês de vida, embora, em outro momento da

entrevista, tenha relatado que sempre teve ajuda do marido. Todas as outras mães referiram que tiveram ajuda do marido e dos familiares, sendo que uma (m5) referiu que tinha ajuda apenas do marido.

Sobre os cônjuges terem ou não preferência pelo sexo do bebê, três participantes (m3, m4 e m6) contaram que não tinham preferência; duas participantes (m2 e m5) disseram que ambos os genitores queriam menina e que ficaram felizes por ter nascido uma menina. Uma das mães (m1) relatou que não tinha preferência pelo sexo do bebê, que o marido tinha preferência por um menino, mas que ficou feliz com uma menina.

Condições das mães e filhos no período de um a quatro meses de idade da criança.

Quanto ao período de um a quatro meses de vida da criança, o Quadro 4 apresenta os aspectos principais do vínculo estabelecido entre as mães e as crianças participantes.

	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4	Sujeito 5	Sujeito 6
Interação com criança: tocar, olhar, brincar, conversar	Sim.	Sim.	Sim.	Sim, mas irritada.	Sim, depressão atrapalhou.	Sim.
Criança ficava com	Mãe	Mãe.	Mãe.	Mãe.	Mãe.	Avó.
Sono, alimentação, temperamento	Dormia bem; alimentava-se bem; calma.	Dormia bem; alimentava-se bem; calma.	Dormia bem; vomitava muito; calmo.	Sono agitado; comia bem; irritabilidade	Sono intranquilo; alimentava-se bem; agitada.	Dormia bem; alimentava-se bem; calma.

Quadro 4 - Principais aspectos do vínculo mãe-criança

Cinco mães contaram que continuaram a sentir-se bem durante o período de um a quatro meses de idade da criança. Uma participante (m5), que tinha ficado

deprimida logo após o parto e melhorado no primeiro mês, relatou que continuou melhor até o segundo mês, mas que a partir daí entrou novamente em depressão, ficou esgotada, chorava muito, não conseguia cuidar das filhas, referindo que sentiu falta de sua própria mãe, que estava sem ânimo e nervosa.

Sobre como as mães se relacionavam com seus bebês nesse período, três delas (m1, m2 e m6) contaram que continuaram interagindo muito com a criança (pegando, tocando, olhando, sorrindo, etc.) e que continuavam amáveis. Entre as três restantes, uma delas (m3) disse inicialmente que continuou afetuosa e interagindo com o filho, mas em seguida contou suas angústias e seu temor de que o filho nascesse doente (ela é diabética), ou com algum problema. Relatou que a primeira coisa que fez ao ver o filho foi verificar “se tudo estava no lugar”. “Eu tinha medo que tivesse algo errado com ele. Por muito tempo, mesmo após o nascimento, eu costumava observar bastante pra ver se ele era normal, se tinha algo errado; mas não tinha, ele era normal”.

Uma participante (m4) relatou que já não tinha mais a mesma paciência do primeiro mês e que se irritava mais. Outra participante (m5), também disse que continuava interagindo bem com a criança, mas admitiu que sua depressão atrapalhasse a relação entre ela e a filha.

Quatro mães (m1, m2, m3 e m6) disseram que estavam bem no período de um a quatro meses de vida da criança. Uma delas (m4) contou que se irritava com facilidade, e a outra (m5), que estava mal e deprimida.

Em cinco casos (1, 2, 3, 4 e 5) a mãe era a pessoa que mais ficava com o bebê; no outro caso (6), era a avó.

Sobre se mãe e bebê teriam ficado separadas por mais de duas semanas durante os quatro primeiros meses de vida da criança, todas deixaram claro que isso não aconteceu. Uma das participantes (m2) foi enfática nesse ponto: “De jeito nenhum, quando ela era mais nova eu não a deixava ficar nem com minha mãe sozinha”. “Qualquer lugar que eu vou meus filhos têm que ir comigo”. Contou que só deixa a filha dormir fora se for na casa de sua mãe, que é em frente à sua, mas diz que isso não acontece, pois a filha não consegue ficar longe dela. Quando indagada sobre o porquê da filha não ficar, respondeu: “Ela não fica, pois se preocupa comigo. Ela é muito preocupada comigo, tem medo que algo de ruim aconteça comigo”.

Outra mãe (m6), sobre ficar separada da filha, além de responder que não, disse que “nem conseguiria imaginar uma coisa dessas”. Relatou ser muito apegada

à filha. Contou que não consegue deixar a filha ficar na casa da avó alguns dias, que não gosta de ver a filha longe, e que a filha também não consegue deixá-la. Quando indagada se a filha dorme fora de casa, disse que não permite, e que ainda que permitisse, a filha não ia querer. Essa mãe contou, ainda, que a criança tem preocupações de adulto, com ela e principalmente com o irmão mais velho. A professora da criança chegou a pensar que os pais eram muito rígidos, pois, segundo ela, a menina se comporta como adulto. A mãe referiu que nem ela nem o pai são rígidos, e que não cobram muito a criança.

Aspectos relativos às condições das mães e crianças no período de quatro meses a um ano de idade da criança.

Sobre como se sentiam durante esse período, as respostas das mães foram praticamente iguais àquelas do período anterior. Ou seja, cinco delas (m1, m2, m3, m4 e m6) relataram que continuavam sentindo-se bem. A participante m5 contou que por essa época já havia melhorado bastante da depressão.

A respeito do contato com as crianças, as respostas também se mantiveram semelhantes às do período anterior. As mães m1, m2, m3 e m6 continuaram afirmando a boa interação e a troca afetiva com a criança. A participante m4 disse que neste período continuava irritada, mas ainda amável e a participante m5 relatou que, com a melhora da depressão, melhorou também a relação com a criança.

Todas as participantes afirmaram que se sentiam bem física e emocionalmente durante esse período e que seus filhos ainda passavam a maior parte do tempo com as mães, com exceção da participante m6, que disse que a criança passava mais tempo com a avó. Nenhuma dupla mãe-criança ficou separada por mais de duas semanas durante o primeiro ano de vida e nenhuma criança freqüentou creche nesse período.

Três participantes (m3, m4 e m6) abordaram a ida da criança à escola pela primeira vez após o período considerado nesta questão. Uma participante (m3) contou que o filho foi para a escola com quatro anos, e que esse acontecimento foi muito difícil para ela e para o filho, que chorava muito, e os pais acabavam levando-o de volta para casa. Outra participante (m4) também relatou que teve dificuldades em deixar a filha na escola, dizendo: “Fiquei com medo de algo acontecer a ela, nunca tinha ficado longe de minha filha”. A participante m6, disse que a adaptação da criança na escola foi difícil, relatando que a filha não deixa a mãe ir embora dos

lugares em que vai, não conseguindo se separar dela: “Se eu levo ela em alguns lugares (exemplo: um aniversário de coleguinha) eu tenho que ficar”.

Aspectos relativos às condições das mães e crianças no período de um a dois anos de idade da criança.

Todas as mães relataram que se sentiam, durante esse período, exatamente da mesma forma que durante o período anterior. O mesmo aconteceu em relação aos cuidados com a criança.

A única participante que relatou alguma diferença foi a m5, que contou que continuou melhorando de sua depressão, e que a relação com sua filha ficou ainda melhor no segundo ano de vida da criança.

Segundo as mães, seus filhos continuaram passando maior período de tempo sob seus cuidados, com exceção da participante m6, que continuava mais tempo sob os cuidados da avó.

Da mesma maneira que anteriormente, nenhuma criança ficou separada da mãe por mais de duas semanas nesse período, assim como nenhuma delas foi para a escola nesse período.

Uma das mães (m5), contou que a filha foi para a escola com cinco anos, e que deu muito trabalho. Disse que a criança gritava, esperneava, chorava e dizia que queria a mãe. A mãe disse que também sentiu muito a “separação”, conta que nunca deixou a filha com ninguém, “nunca deixo minhas filhas com ninguém, eu era meio chata mesmo, era cuidado mesmo, medo de deixar cair, queria elas sempre perto de mim”.

Aspectos relativos ao bebê no período considerado.

No que diz respeito ao sono, alimentação e estado emocional dos bebês nos primeiros quatro meses de vida, três mães (m1, m2 e m6) contaram que as crianças dormiam bem, alimentavam-se bem e eram calmas. Uma participante (m3) contou que o filho era tranquilo e que dormia bem, só que vomitava com muita frequência. Uma mãe m(4) contou que a filha alimentava-se bem, mas tinha o sono perturbado e era muito agitada. Outra mãe (m5) disse que a filha demorava a dormir, chorava muito e era agitada, mas alimentava-se bem.

Todas as respostas acima se repetiram quando referentes ao período de quatro meses a um ano, e de um a dois anos de idade da criança. Nenhuma das

participantes percebeu dificuldades da criança com o desmame. O mesmo se deu em relação ao treino higiênico, com exceção da participante m2, que contou que a filha teve dificuldade de deixar as fraudas.

Nenhuma das mães considerou que a relação com seus filhos tenha sido difícil quando esses eram bebê.

Outras informações relevantes.

Quando incentivadas a dar alguma outra informação relevante sobre seus filhos, apenas uma participante (m4) disse não ter nada a acrescentar.

Uma mãe (m1) contou que a criança teve psoríase no pé por três anos, chegou a ficar tão grave que não conseguia andar; durante certa época, andava de joelhos ou se arrastava pela casa. Depois que iniciou tratamento no Lauro de Souza Lima ela melhorou bastante e voltou a andar normalmente. A mãe não conseguiu associar nem o aparecimento nem o desaparecimento dos sintomas a nenhum acontecimento na vida da criança.

A participante m2 disse que a criança é muito amorosa e apegada a ela. É exageradamente preocupada com a mãe e com sua saúde. Às vezes age como se fosse ela a mãe e não a filha. “Tem algumas preocupações de adulto”.

Outra mãe (m3) revelou que sua doença (diabetes) piorou muito nos últimos dois anos. Contou que o filho tem muito nojo de sujeira até hoje, embora vomite bem menos. Chamou a atenção para o fato de o filho ser muito preocupado com a mãe, demonstrando medo exacerbado de perdê-la. Referiu que o filho pede para a mãe fazer tudo por ele, sendo muito dependente dela.

A participante m4 disse não ter nada de importante a acrescentar.

Uma mãe (m5) contou que criança tem uma enorme dificuldade em se separar dela, que vai toda a noite para o quarto do casal, e que morre de medo que a mãe morra ou sofra algum acidente ou doença. A mãe contou que a filha a ajuda muito em seu trabalho (vendas) e a ajuda também nas tarefas domésticas, cuidando da mãe como se ela fosse a mãe e não a filha.

Outra participante (m6) disse que a criança cuida do irmão mais novo como se fosse sua mãe. Quer fazer a comida da família, decidir cardápio, ajudar a mãe com a louça, etc. Cuida e controla intensamente o irmão mais velho. Esta mãe revelou que “vive em função dos filhos”.

Quanto à intensidade da relação ou natureza do apego relatado entre mães e filhos, o Quadro 5 apresenta falas das mães, demonstrativas dessa relação e a avaliação do pesquisador quanto à intensidade do vínculo, realizada de acordo com os relatos das entrevistadas.

Sujeitos/Falas	Avaliação
<p>Sujeito 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • “o que seria de mim sem as crianças? Não posso nem pensar em minha vida sem minha filha”. • “Vivo pelos filhos. Eles são a única coisa que temos. Sou muito apegada a meus filhos”. 	<p>Apego exagerado Sobrecarga emocional: filhos como único sentido de vida da mãe</p>
<p>Sujeito 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Fico em cima de meus filhos, não quero que nada aconteça a eles”. • “Nunca, quando era mais nova eu não deixava ficar nem com minha própria mãe sozinha. Onde vou meus filhos têm que ir comigo”. • “Só deixo, hoje que ela já é maior, na casa de minha mãe, mas ela não fica, sempre chama a gente para ir buscá-la”. • “É muito preocupada comigo: medo que algo ruim aconteça comigo”. • “Ela é apegada a mim. Ela tem algumas preocupações de adulto”. 	<p>Apego exagerado Sobrecarga emocional: insegurança materna depositada na criança</p>
<p>Sujeito 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ele sente-se responsável por mim, por cuidar de mim”. • “Quando eu não estou passando bem ele chega a não querer ir à escola pra cuidar de mim, e quando vai me liga no intervalo para saber como estou”. • “Ele é muito responsável, se preocupa com coisas que geralmente as crianças não se importam”. • “O pai dele tinha dó de deixá-lo chorando na escola e levava ele de volta pra casa”. 	<p>Sobrecarga emocional Forte apego e dependência; doença materna projetada na criança, que se responsabiliza pelo bem-estar materno</p>
<p>Sujeito 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ela é mais preocupada com a saúde dos outros, do que com a dela”. • “Ela se preocupa demais com minha saúde, e tem também medo de que eu vá embora. Se eu saio de casa sem ela, ela tem a sensação de que eu não vou voltar”. • “Fiquei com medo de algo acontecer a ela, nunca tinha ficado longe de minha filha”. 	<p>Sobrecarga emocional Apego dependente: insegurança e temor maternos projetados - medo da criança de perder a mãe</p>

<p>Sujeito 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Minha filha tem por mim o mesmo apego que eu tinha pela minha mãe” • “Não queria ficar. Gritava,esperneava, chorava. Também sofri.” • “Nunca deixei minhas filhas com os outros, era cuidado mesmo, medo de deixar cair... eu era meio chata, queria elas sempre perto de mim”. • “Ela tem medo de separar-se de mim. Medo que eu morra.” • “Minha filha cuida de mim como se ela fosse a mãe. Como se fosse adulta.” 	<p>Sobrecarga emocional Apego Exagerado e dependente: dependência e insegurança maternos projetados na criança</p>
<p>Sujeito 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Nunca. Não consigo nem imaginar. Minha filha também não conseguiria”. • “Não ficava na escola. Se eu a levo em algum lugar eu tenho que ficar.” • “Não posso imaginar ficar longe. Passei a ir ao escoteiro para vigiá-la.” • “Doença piorou quando irmão mais novo nasceu. Achava que ele ia morrer.” • “Ela tem atitudes de adulto. Age como se fosse mãe, quer fazer comida, decidir cardápio, ajudar com louça.” • “Vivo em função de meus filhos.” 	<p>Sobrecarga emocional Apego Exagerado como forma de reparação da ruptura precoce do vínculo</p>

Quadro 5 – Falas das mães demonstrativas do apego mãe-criança e avaliação sobre a intensidade do vínculo

IV – Dados do Teste do Desenho da Família

Todas as crianças aceitaram bem a tarefa de desenhar, proposta para a pesquisa e realizaram os desenhos individualmente, tendo colaborado com o inquérito posterior ao desenho.

Os desenhos foram analisados de acordo com as instruções constantes do manual de aplicação e avaliação do instrumento, conforme os parâmetros especificados no instrumento, de acordo com os itens abaixo.

Nível Gráfico

Quanto à amplitude dos traços, quatro crianças (c2, c3, c4 e c5) apresentaram em seus desenhos traços de pouca amplitude, sendo que em uma delas (c4) a amplitude foi ligeiramente menor com relação às dimensões apresentadas no instrumento. Uma participante (c1) apresentou traços de média amplitude, de acordo com o instrumento e outra criança (c6) fez traços de grande amplitude.

Em relação à força do traço, quatro participantes (c1, c2, c3 e c6) apresentaram traços fortes, embora uma delas (c6) tenha usado traços fortes

apenas nas duas primeiras personagens, e outra (c3) tenha usado traços fortes apenas nas figuras humanas. Uma criança apresentou traços fracos (c5) e outra (c4), traços levemente fracos, embora mais fortes no desenho da personagem que representa ela mesma.

No que diz respeito ao ritmo do traçado, em três casos (1, 3 e 4) não se encontrou repetição rítmica. No desenho da participante c2 encontrou-se repetição rítmica nas personagens, mas pouca repetição no restante do desenho. Uma criança participante (c5) apresentou desenho com repetição rítmica, e em outra (c6) houve repetição rítmica nas duas primeiras personagens.

Em relação à zona da página utilizada para o desenho, houve predomínio do uso da zona inferior em quatro casos (2, 3, 4 e 5), nos outros dois casos (1 e 6) toda a página foi utilizada.

Todos os participantes fizeram o desenho em movimento progressivo, ou seja, da esquerda para a direita. Em dois casos (3 e 5) houve movimento regressivo durante o desenho, pois esses participantes voltaram para o lado esquerdo do desenho para complementar as personagens da família.

Nível das estruturas formais

Em relação ao nível das estruturas formais, três crianças (c2, c4 e c6) apresentaram desenhos mais racionais do que sensoriais, de acordo com as normas do instrumento. Duas participantes (c1 e c5) fizeram desenhos com características mistas entre o sensorial e o racional, mas com prevalência dos aspectos racionais. Uma delas (c3) desenhou em estilo sensorial.

Nível de conteúdo

Em relação às tendências afetivas, todos os desenhos expressaram traços indicadores de tendências consideradas agressivas em relação aos pais e/ou irmãos.

Com exceção do desenho do caso 3, que parece evidenciar tendências e conflitos de estágios primitivos do desenvolvimento, anteriores à fase edípica, todos os outros apresentam tendências conflitivas no campo edípico, de acordo com o referencial psicanalítico e as normas do instrumento.

Sobre as defesas do ego utilizadas pelas crianças na execução do desenho, destacam-se as seguintes: negação da realidade (c2, c3, c4, c5 e c6) e projeção (c1, c2, c3, c4, c5 e c6).

Temas de interpretação clínica do desenho da família

Expressão das tendências e das defesas do ego no desenho da família.

Em quatro casos (c1, c4, c5 e c6) as personagens valorizadas são aquelas que representam, direta ou indiretamente, a própria criança. Em dois casos (c4 e c6), em desenhos de meninas, a mãe também é valorizada. Em um caso (c2) a personagem valorizada é aquela que representa o pai, e em outro (c3) praticamente não há valorização de personagem alguma, mas a figura feminina é mais desvalorizada do que a masculina (em um desenho de uma criança do sexo masculino, com apenas duas figuras).

Em todos os casos onde a criança tem irmãos (c1, c2, c3, c5 e c6), esses foram desvalorizados, tendo sido excluídos do desenho (c1, c2 e c3), ou apresentado características depreciativas nas figuras desenhadas (c5 e c6).

As figuras paternas são desvalorizadas nos desenhos 1, 3, 4 e 5. Na produção dos participantes c1 e c3 eles são excluídos do desenho; no caso 4, a figura da mãe apresenta assimetria grosseira dos membros inferiores e a do pai é de tamanho menor, relativamente aos demais desenhos, e apresenta aspectos infantilizados. No caso 5, os pais são transformados em figuras folclóricas: Saci-Pererê (pai) e sereia (mãe).

Apenas uma criança cancela uma personagem que já havia sido desenhada, apagando-a (c1). Isso é feito com a borracha, e a finalidade foi a de desvalorizar essa personagem, desenhando-a menor e mais abaixo das demais; a personagem em questão era uma projeção da própria criança.

Em todos os desenhos existe a projeção e a transferência de impulsos agressivos e/ou de desejos proibidos para uma personagem da família ou para personagens acrescentadas. Em um caso (1) diversas personagens são acrescentadas para receber as projeções dos impulsos e desejos da criança. No caso 2 também há o acréscimo de uma personagem com a mesma finalidade. No caso 3, o mais regredido de todos, desejos e impulsos são projetados em uma planta e em duas árvores. Em outro desenho (4), a agressividade edípica é transferida a um animal. No desenho do caso 5 as fantasias sexuais são transferidas para a mãe e para a

irmã. E no caso 6, os desejos edípicos são transferidos a uma personagem acrescida.

No que diz respeito aos laços e às relações à distância entre as personagens desenhadas, em três casos (2, 4 e 5), a criança separa os pais, colocando-se entre eles (c2 e c5), ou colocando-os em planos diferentes (c4). Nos outros três casos, a personagem que mais representa a criança parece estar em busca de contato com o genitor do sexo oposto (c1, c3 e c6). No primeiro desenho, a menina que representa a criança tem sua saia e seu pé deslocados na direção da única figura que parece ser um homem adulto. Em outro desenho (3), a planta, que representa o menino projetivamente, está virada para a única mulher do desenho, como em posição de pedir contato. No desenho do caso 6 ocorre algo muito semelhante ao caso 1, com a menina em posição de busca de contato com o pai, através do traçado da saia e da perna.

Sobre as identificações conscientes que as crianças fazem em relação às personagens do desenho, três crianças (c1, c2 e c6) identificam-se com a personagem que representa a realização de seus desejos, duas crianças (c4 e c5), identificam-se com a personagem que revela traços de sua condição verdadeira, e não de seus desejos. No outro caso (3) a identificação consciente é com seu superego, representado pelo avô.

No nível inconsciente, três crianças identificam-se com seus irmãos ou irmãs (c2, c5 e c6), duas identificam-se com personagens excluídas e rejeitadas (c1 e c3), e uma criança (c4), identifica-se com a mãe e com o cachorro agressivo.

Três participantes desenharam uma família de sua imaginação (c1, c2 e c3), duas mesclaram um desenho imaginário com o de sua própria família e uma criança (c4) desenhou a própria família.

As relações fraternais e os conflitos

Nos cinco desenhos das crianças que possuem irmãos, aparecem indicadores de desvalorização dos mesmos, de acordo com as interpretações realizadas. Em três casos (1, 2 e 3) todos os irmãos são totalmente suprimidos do desenho. Em outro caso (6) o irmão é inicialmente esquecido e é inserido apenas no final do desenho, porém com traços bem deformados, comparativamente às demais figuras desenhadas. No outro caso (5) a irmã não é esquecida, mas está quase fora do papel e privada da região genital. A participante c4 é filha única.

Apareceu apenas um caso de desenho sem crianças (3), embora uma planta colocada nesse desenho pareça-se muito com uma criança, levando à interpretação de que há aspectos da própria criança nela projetados. Esse é o único caso de exclusão de si mesmo no desenho.

Em relação à desvalorização de si mesmas, três crianças (c1, c3 e c4) realizaram o desenho com traços de auto-desvalorização. No primeiro caso, aparece uma desvalorização clara na última personagem, que é a própria criança projetivamente. O corpo dessa personagem é disforme, e está privado da região dos genitais, além de ser bem menor do que as outras figuras desenhadas. Outra criança (c4) desvaloriza-se também, assim como a primeira, pela ausência da região genital e pelo nariz disforme.

Três crianças (c1, c2 e c3) apresentam aspectos regressivos e identificações com um bebê, ou com um período anterior da vida. Uma participante (c1) desenha um bebê de um ano, e diz que ele é “o melhor”. O fato de esse bebê ter o mesmo tamanho das outras personagens não elimina o aspecto regressivo, pois a criança indica que ele é um bebê; por algum motivo o bebê tem que ser disfarçado, com aparência de mais velho. Outra criança (c2) desenha um menino e compara-o a seu irmão verdadeiro de um ano. Esse menino no desenho tem o mesmo tamanho da personagem feminina que representa a criança e tem a idade da criança, indicando que representa uma mistura de seu irmão de um ano e ela mesma. A participante c3 desenha uma planta, que é ela mesma projetivamente, e que sugere uma regressão a um estágio do desenvolvimento onde a criança é totalmente impotente e dependente do mundo externo.

As relações com os pais e os conflitos edípicos

No que diz respeito à diferenciação entre os sexos das personagens desenhadas, três crianças (c2, c3 e c5) realizaram desenhos nos quais o sexo das figuras desenhadas não é ambíguo. Já nos demais desenhos (c1, c4 e c6), existem algumas características de confusão ou ambigüidade em relação ao sexo de algumas personagens. No caso 1, apesar de a criança saber distinguir bem uma figura masculina de uma feminina, o que fica demonstrado pelo desenho de uma personagem feminina e pelos desenhos masculinos, demonstra forte tendência a misturar características de ambos os sexos nas figuras desenhadas. A última delas tem todas as características masculinas, com exceção do cabelo, sem o qual não se

poderia considerar que é do sexo feminino. Uma participante (c4) apresenta alguma dificuldade na diferenciação clara do sexo das figuras desenhadas, o que se torna menos relevante devido à idade dessa criança, que tem 7 anos. A participante c6 desenha-se, primeiramente, de maneira confusa em relação ao sexo, porém não de todo indiferenciada.

Em relação à identificação com um dos genitores, cinco crianças (c1, c3, c4, c5 e c6) identificam-se com o genitor do mesmo sexo. A participante c1 identifica-se com a 'tia Marli' (sua preferida), que no desenho é uma representação de sua mãe. Outra criança (c3), a única do sexo masculino, valoriza no desenho a única figura do sexo masculino existente, seu avô. No caso 4, existe identificação com o genitor do mesmo sexo, já que a mãe ocupa o centro do desenho, é maior e está à frente, além de ser considerada a mais feliz pela criança. Contudo, existe forte ambivalência, pois essa mãe será desvalorizada em vários outros aspectos. Em Outro desenho (5), a criança ocupa o lugar da mãe ao lado do pai, colocando a mãe fora do desenho. No desenho da participante c6, essa identificação fica clara pela saia, pelo detalhe da bolinha no joelho, amplitude e força do traço semelhante à mãe; e também pela escolha durante o questionário. Uma criança (c2) identifica-se com uma personagem do sexo oposto, desenhando o pai primeiramente, o que sugere sua identificação com ele. Outros dois pontos indicam identificação com o pai: o fato de ter gasto mais tempo nessa figura, e de ter voltado a ela várias vezes durante a atividade.

Sobre a aproximação com o genitor do sexo oposto, todos os desenhos revelam de maneira direta ou indireta, a aproximação da criança com o genitor do sexo oposto. No desenho 1, fica muito claro o quanto a filha busca o pai. Ela está produzida e sorridente, cheia de detalhes como corações e estrelas, com a saia quase encostando na figura do pai; o pai parece sorridente, apesar de próximo (braços) da mãe, e com os pés voltados para a filha. No segundo caso, a aproximação se dá de maneira disfarçada, através de uma personagem crescida, mas do mesmo tamanho e idade da criança. Em outro desenho (3), a aproximação também se dá de forma disfarçada, pois a criança está representada em uma flor. Contudo, a mãe está quase de costas para o pai, voltada para a "flor", e o único braço que possui é do lado da flor. No caso 4, mais uma vez, observa-se uma aproximação disfarçada com o genitor do sexo oposto: a mãe é colocada em outro plano, mais à frente, e a criança e seu pai parecem estar se olhando por trás, o que, de certa forma, os aproxima. No caso cinco, a criança coloca-se ao lado do pai,

sendo que a mãe e a irmã estão distantes. Esta criança coloca um duplo do pai entre ela e o pai, possivelmente dissimulando seu desejo de aproximação com o pai. Ambos os pés dos homens desenhados indicam que estão caminhando para o lado dela. A última criança (c6) coloca o pai entre ela (personagem acrescida com a qual se identifica e na qual se projeta) e a mãe, e se identifica com ele, ao aproximar-se dele, através de alguns indícios: sua saia é “arrastada” em direção ao pai e sua blusa apresenta um coração; o pai está com o corpo voltado para ela, e olhando-a, enquanto a mãe está virada para o outro lado.

Quatro desenhos apresentam traços sugestivos de agressividade e ciúme em relação ao genitor do mesmo sexo (3, 4, 5 e 6). No desenho de um menino (c3) a figura masculina, que é uma projeção do pai, é apresentada com rosto e olhos disformes, além de detalhe significativo na região genital. Em outro desenho (4), a agressividade em relação à mãe aparece deslocada para a figura de um cachorro. No desenho da participante c5 a agressividade em relação à mãe aparece pela ordem em que foi desenhada (última figura), num espaço apertado, do lado esquerdo da folha, está muito longe do pai e é representada sem os genitais (é uma sereia). Seu rosto, sua boca e seu cabelo são distorcidos. No desenho do participante c6, a mãe é apresentada sem o contorno do corpo e toda a roupa que cobre a extensão do corpo foi forrada por botões, de modo que seu corpo parece lacrado.

Além da agressividade, aparece desvalorização do genitor do mesmo sexo em todos os desenhos. No desenho da participante c1, o corpo materno é masculinizado e afastado do marido e apresenta as pernas deformadas. No desenho da participante c2 a mãe é retratada atrás no desenho e sem as mãos. A figura da mãe foi apagada várias vezes e, ao desenhar, a criança criticava, dizendo que estava ficando feia. No desenho do participante c3, a desvalorização aparece por detalhes colocados na altura do genital da figura masculina desenhada, além de traços disformes no rosto e olhos. A participante c4 desvaloriza a mãe no desenho das pernas, nas feições, e no quadril (caixa quadrada), além do que a mãe está prestes a ser mordida por um animal. A participante c5 desenha a mãe sem os genitais e com o rosto disforme, e o desenho da criança c6 apresenta indicadores sutis de rivalidade com a figura materna.

Nenhuma criança elimina totalmente o genitor do mesmo sexo. Em dois desenhos (1 e 3) há eliminação de ambos os pais, e no desenho da criança c5, apesar de não haver eliminação da mãe, ela está quase fora do papel.

Com relação à distância entre os personagens, nenhuma criança colocou-se muito distante dos pais ou seus representantes.

Apenas um desenho (3) apresenta sinais de regressão à fase pré-edípica do desenvolvimento, já que a criança representa-se como um ser assexuado, uma flor. Em dois casos (2 e 3) aparecem indicadores de defesas edípicas sugerindo Édipo invertido: uma participante (c2) renunciou a seu sexo ao se identificar com um menino e se colocar ao lado dos pais e no desenho do participante c3 a criança se representa como uma flor, ou seja, uma figura feminina.

As análises e interpretações relativas ao material produzido pelas crianças participantes, acrescidas dos dados demográficos e dos obtidos nas entrevistas com as mães são apresentados nos seis estudos de caso a seguir.

V - Estudos de Caso

Caso 1: Síntese Interpretativa dos dados de anamnese e da entrevista.

Trata-se de uma família composta por pai (46 anos), mãe (40 anos) e quatro filhas, com as idades de 28, 21, 18 e 8 anos (participante da pesquisa). A mãe é costureira e o pai empreiteiro de obras.

A criança iniciou o tratamento para a psoríase no Hospital Lauro de Souza Lima quando estava com sete anos. Teve psoríase por três anos antes de iniciar o tratamento nessa instituição. A mãe procurou o hospital pelo fato de os sintomas terem se agravado consideravelmente, sendo que as feridas nos pés estavam bastante graves, chegando a ponto de impedir a criança de andar, obrigando-a a engatinhar pela casa. A criança reagiu bem ao tratamento, e os sintomas foram controlados. Atualmente, embora ainda apresente algumas manchas nos joelhos e cotovelos, a paciente está bem melhor, e andando normalmente.

A mãe teve uma gravidez tranquila, passou bem física e mentalmente, e fez pré-natal. Não trabalhou durante a gestação e relatou que a criança foi desejada.

As condições de nascimento foram adequadas, com a criança nascendo de parto normal, a termo e no peso adequado. Tudo correu bem durante o parto. A mãe contou que teve apoio da família e do marido nesse período.

A criança mamou no peito por apenas um mês, quando o leite da mãe “secou”. Excetuando-se esse episódio, e o fato de a criança ter tido uma convulsão aos nove meses, o desenvolvimento durante os dois primeiros anos transcorreu sem maiores surpresas. O mesmo se deu em relação às questões sociais e ao desenvolvimento motor e cognitivo dos dois anos de idade em diante.

De acordo com Klein (1996, p. 331), “A primeira gratificação que a criança obtém do mundo externo é a satisfação que alcança ao ser alimentada”. Para essa autora, a criança reage às frustrações e aos estímulos desagradáveis vindos do mundo externo manifestando raiva e agressividade. Esses sentimentos podem ser mitigados por uma relação afetuosa com a mãe, o que se dá principalmente no ato de amamentar. Quando a amamentação – entendendo por amamentação todos os estímulos corporais e de acolhimento psíquico envolvidos nesse ato - acontece de maneira favorável, as fantasias de um mundo mau e hostil, que surgem na mente primitiva da criança diante de estímulos desagradáveis, podem ser abrandadas e substituídas por sensações de satisfação, que permitem um bom desenvolvimento do ego, e, conseqüentemente, da capacidade de síntese psíquica.

Para Klein (1991, p. 285), “se a mãe é assimilada ao mundo interno da criança como um objeto bom do qual esta pode depender, um elemento de força é agregado ao ego. Pois eu suponho que o ego em grande parte desenvolve-se em torno desse objeto bom e que a identificação com as características boas da mãe torna-se a base para identificações benéficas posteriores.”

Mães que ficam privadas, por um motivo ou por outro, de oferecer seu leite na época da amamentação, precisarão ter a capacidade de compensar esse aspecto, para que a criança não sofra dificuldades no seu desenvolvimento psíquico. Crianças que não mamaram no peito e não receberam compensação afetiva que fosse capaz de suprir essa falta podem ter maior dificuldade no desenvolvimento emocional. Entretanto, isso nem sempre ocorre, pois cada criança reage de modo particular, utilizando recursos diferenciados para enfrentar a realidade. Além disso, algumas mães compensam muito bem a ausência de leite, com de uma atitude envolvente e de muito acolhimento para com o bebê (BOWLBY, 2006).

Com relação à mãe, destacou-se, na entrevista, sua história de perdas significativas, tendo perdido a sua mãe com treze anos de idade, época em que se casou e teve a primeira filha, ocorrendo também a perda de sua adolescência. Aos dezesseis anos, já com duas filhas, ficou viúva, e com 23 anos perdeu a filha mais

velha, que contava, nessa época, dez anos de idade. Nesse mesmo ano perdeu também o pai.

Ao abordar o fenômeno da perda, Bowlby (2004) relata que todo vínculo exige um envolvimento libidinal, sem o qual não há relação afetiva. Quando um indivíduo sofre uma perda significativa ocorre o rompimento obrigatório e imediato do vínculo, sem que o investimento libidinal deixe de existir. É apenas ao longo do tempo, pelo processo do luto, que o indivíduo consegue redirecionar seus investimentos libidinais para outros vínculos. Toda perda significativa gera sofrimento emocional naquele que a vivencia. Embora a maioria dos indivíduos possa superar uma perda dessa natureza, as condições são bastante mais difíceis se a pessoa sofre sucessivas perdas importantes. Nesses casos, a capacidade de envolver-se, de criar novos laços, pode ficar comprometida, de modo que a pessoa terá maior dificuldade em depositar seus investimentos libidinais no outro, pois poderá sentir medo de sofrer novas perdas. Esse tipo de defesa é bastante comum, visto que protege a pessoa de novas frustrações, mas, em alguns casos, pode tornar-se patológica, impedindo a criação de novos laços afetivos.

No presente caso pode-se, a partir da fala da mãe, quando diz que seu “leite secou”, aventar a hipótese que essa mãe não tinha mais vida (leite) dentro dela. É possível que ela não tivesse mais o que dar para a filha, tanto do ponto de vista do alimento quanto do afeto, como se, diante de tantas perdas, de tantas mortes, a sua própria vida interna tivesse sido perdida.

É importante ressaltar que essa mãe, ao narrar todas suas perdas ao pesquisador, o fizesse com grande tranqüilidade, como se estivesse falando de acontecimentos alheios a si mesma. Contou que perdeu todos esses entes queridos com a mesma tranqüilidade e ausência de emoção com que contou que o ônibus levou meia hora para chegar até o local da entrevista. Essa ausência de afeto percebida (não ser afetada pela dor) pode ser interpretada como forte indicação de uma defesa em nível psicótico, a qual Melanie Klein (1991) chama de negação da realidade, defesa típica da posição esquizoparanóide, que a autora postulou existir nos primórdios do desenvolvimento psíquico.

De acordo com Cintra e Figueiredo (2004), esse tipo de defesa, que cinde o mundo interno afastando os afetos negativos, tem como consequência um profundo empobrecimento do ego, pois, para que a defesa tenha sucesso é necessário que haja uma cisão entre o bom e o mau. O medo de aniquilamento que o ego sofre ao

se deparar com experiências psíquicas traumáticas, faz com que esse se defenda pela separação radical entre o bom e o mau, com o intuito de preservar o bom, que, na fantasia do indivíduo, está prestes a se desintegrar. Mas os objetos da realidade cindida não podem ser incorporados ao ego. Tanto o afeto positivo negado quanto o negativo ficam gravitando à espera de integração. O resultado da divisão dos objetos e do ego é a perda de energia vital, a perda de libido disponível para ser utilizada. Em outras palavras, significa a perda da pulsão de vida, imprescindível ao desenvolvimento saudável.

Quem não tem vida não pode dar vida. Nas palavras da mãe, “meu leite secou”. Pode-se depreender que essa mãe sentia que algo lhe havia sido roubado; de fato, a vida lhe “roubou” muitos entes queridos. Esse tipo de sentimento pode acarretar a sensação de que a vida lhe deve. Como conseqüência, pode gerar atitude de passividade diante da vida e uma impossibilidade de buscar por si aquilo que deseja ou precisa, dada a necessidade de receber sempre, sem nada poder dar. Muitas vezes esse sentimento é decorrente de experiências concretas de falta ou de perda. No caso dessa mãe, a dificuldade de dar pode ser justificada por tudo o que teve que perder (dar) ao longo da vida.

A mãe entrevistada relatou que, após ter ficado viúva, casou-se novamente e teve mais três filhas. Coloca nos filhos, e em suas presenças constantes junto dela, o sentido de sua vida, denotando um apego exagerado e dependente em relação a eles. Além disso, revela ter se dedicado aos cuidados do neto desde que esse nasceu. O referido neto é um ano mais velho que sua filha caçula, participante da pesquisa, e essa, aparentemente, teve que dividir a atenção da mãe com seu sobrinho, considerado pela avó “como um filho pra mim”.

Para a criança, a condição de nascer em um ambiente onde já existia um bebê, e, ao mesmo tempo, esse não ser seu irmão, pode ocasionar, de um lado, sentimentos de hostilidade por irmãos, ao mesmo tempo em que pode suscitar uma série de fantasias sobre a configuração familiar, pois esse bebê não é seu irmão, embora ocupe tal lugar na configuração familiar.

Para Brazelton (2002, p. 453), “a rivalidade entre irmãos é normal e inevitável”. Segundo esse autor, é normal as crianças sentirem-se rejeitadas por terem que dividir a atenção dos pais com os irmãos, e os sentimentos de hostilidade e de raiva fazem parte das relações fraternais. No caso da criança dessa pesquisa, o fato de ter que dividir a atenção da mãe com uma criança que na verdade não tem

os mesmos direitos filiais pode ser um fator perturbador que potencializa sentimentos agressivos, ao mesmo tempo em que intensifica a busca da criança pela atenção da mãe. Essa criança, de fato, tem um apego afetivo de bastante dependência com relação à mãe.

Como constatado na entrevista, revelou-se o forte apego da mãe a sua filha, chegando aquela a demonstrar dependência afetiva, como fica claro em uma de suas falas sobre o assunto: “O que seria de mim sem as crianças? Não posso nem pensar em minha vida sem minha filha, sou muito apegada a ela”. Ou: “os filhos são a única coisa que temos. Sou muito unida aos meus filhos”. Suas falas revelam um sentido de posse e sugerem que a mãe precisa receber da filha o sentido de valor e importância. Mas sugere também a dor oculta relacionada à morte da primeira filha, aos 10 anos. Pois se os filhos são tudo, perdê-los significa perder tudo. Essa intensa dependência da mãe em relação à filha, aliada ao fato dela ser uma mãe desvitalizada, pode ter levado essa criança a ter dificuldade em se desenvolver, em crescer, pois o crescimento, a individuação dos filhos, não deixa de exigir dos pais que passem por um processo de luto, no qual, com o tempo, a criança dependente irá se transformar num adulto independente. Nesse aspecto, chama a atenção o fato de a criança, em alguns momentos da doença, ter voltado a engatinhar, em uma típica manifestação de regressão a estádios primitivos do desenvolvimento.

Vale ainda lembrar que a criança é temporã, quarta filha, e veio ao mundo quando a filha mais nova do casal completava dez anos; ou seja, quando a mãe começava a “perder” a última filha, que estava entrando na puberdade. Um ano antes do nascimento da criança participante do estudo, a mãe “adotou” um neto, que educou como filho. Esses dados podem ser interpretados como necessidade dessa mãe de ter um bebê, uma criança eterna com quem possa viver uma relação simbiótica e idealizada, negando o crescimento e a dor da perda. Dessa forma, o medo da mãe de “perder” a filha pode constituir um obstáculo ao crescimento e à independência da filha, impedindo-a de separar-se da mãe.

Tais indicações configuram problemas na constituição do vínculo mãe-criança, simbolicamente presente na doença de pele, órgão de contato e delimitador entre o mundo interno e o mundo externo (MCDUGALL, 1988).

Síntese Interpretativa do Desenho

Essa criança participante excluiu de seu desenho todos os cinco membros de sua família, e cada personagem do desenho revela uma projeção de si própria. A exclusão de todos os membros de sua família pode ser interpretada como a manifestação de tendências negativas em relação aos familiares.

Os cinco integrantes de sua família (pais e três irmãs) foram excluídos do desenho, contudo observa-se que, no alto da página, a criança desenha um sol (possivelmente representando a si mesma, projetivamente) e cinco estrelas de cada lado, todas elas engolfadas, presas em um tipo de circunferência. Tais circunferências não têm aspecto de nuvens e parecem não ter outra finalidade senão a de manter presas as estrelas. Assim como no desenho das figuras humanas, a família (cinco estrelas presas) fica excluída e ela (sol) brilha sozinha, no centro do desenho. Isso sugere um sentimento de opressão e necessidade de busca por espaço, provavelmente um espaço que a criança sente não possuir em sua família. Esse sentimento de exclusão (é a quarta filha) pode dar origem a fortes desejos de ser amada e valorizada. Esses desejos são representados na primeira personagem, que tem todo o amor dentro de si (coração) e também detém o controle de todas as cinco estrelas (a família), contidas na figura que representa ela mesma.

Essa primeira figura desenhada indica a voracidade da criança, o desejo de possuir atributos, de ser vista e de controlar o mundo externo. Sabe-se, pela entrevista com a mãe, que seu leite secou quando a criança tinha um mês e que ela, a mãe, apresenta aspectos característicos de quem tem pouco a dar por sua dificuldade de “perder”. A criança parece compensar no desenho da primeira personagem esse sentimento de falta.

O exagero na roupa da primeira personagem, que pode ser interpretado como uma manifestação do desejo de ser vista, também sugere possível associação entre a roupa e a pele, entendida como a “roupa” do corpo. A doença de pele faz com que a mãe tenha que dispensar cuidados especiais à criança, passando pomadas, verificando seu corpo, levando-a ao médico, entre outros cuidados. É possível, assim, que a doença dessa criança tenha a função simbólica de chamar a atenção, buscar a atenção primária que pode ter lhe faltado.

O fato de não colocar, no desenho da família, nenhuma figura que represente seus familiares (mãe, pai e irmãs), pode indicar que essa criança sente-se à margem

da família, excluída, de modo que precisa compensar esse sentimento de exclusão deixando todos de fora de seu desenho.

Porém, a criança mostra também uma grande angústia de culpabilidade por ter esses sentimentos, o que pode significar um retorno dos impulsos agressivos a si mesma, após ter projetado seus desejos livremente. Isso fica simbolizado pelo desenho da última figura, outra projeção de si mesma. Essa figura é a mais apagada, disforme, menor, à margem da página. Importante notar que ela é a mais nova, a menor, a “última” da família.

Segundo Klein (1996), a criança projeta seus desejos e sua agressividade nas figuras familiares. Se o ambiente familiar é seguro e dá conta de receber esses sentimentos sem retaliação ou sem causar na criança sentimentos de culpa, ela se alivia e entra em um período de reparação do mal infringido ao próximo, construindo assim suas relações de objeto saudáveis. Contudo, se o ambiente recebe esses sentimentos de modo a causar culpa na criança e ameaças por ter sido “má”, segue-se uma seqüência de sentimentos ambivalentes intensos, seguidos de forte angústia e culpabilidade. Essa culpa tende a fazer com que a criança puna a si própria após sentir ou atuar sua agressividade.

A personagem principal é a primeira desenhada, também a mais caprichada e enfeitada (Agnes), e com quem a entrevistada se identifica. Nela a criança projeta seus desejos afetuosos e de controle.

A personagem mais desvalorizada é a Ana Paula, última a ser desenhada, e que também é uma projeção de si mesma, mas, aqui, no lugar dos desejos, aparece a culpa e a agressividade contra si mesma, evidenciadas pelo aspecto excessivamente depreciativo dessa figura.

Todas as personagens aparecem com indicadores de desvalorização, com exceção da primeira (Agnes). Todas são desenhadas com pouco cuidado, deformadas, com feições e membros desproporcionais.

O desenho mostra ainda a forte tendência à regressão esquizo-paranóide, em que todos os aspectos positivos estão na primeira figura, e os negativos na última.

De acordo com Klein (1996), a criança recém-nascida, depara-se com um mundo totalmente diferente daquele experimentado dentro do útero, onde reinava um estado de proteção. O nascimento e as conseqüentes vicissitudes da vida colocam a criança em estado de medo frente ao desconhecido, sendo que suas ansiedades são intensas e de caráter persecutório. Como o bebê recém nascido não

possui recursos psíquicos desenvolvidos para lidar com essas ansiedades, a mente primitiva lança mão de recursos também bastante primitivos, que nada mais são do que defesas frente às ameaças. Entre elas está a cisão do mundo em bom, de um lado, e mau, de outro. Essa defesa, embora não resolva os problemas do lactente, serve para tranqüilizá-lo momentaneamente. Por muito tempo, e principalmente nas pessoas mais prejudicadas psiquicamente, a tendência a idealizar um mundo, em contraste com um mundo muito hostil, será uma defesa para escapar de ansiedades intensas. No desenho em questão, aparecem indicadores de defesas desse período de vida, que Melanie Klein chamou de posição esquizo-paranóide, o que fica evidenciado pelos extremos entre o primeiro e o último desenho. Esse funcionamento é típico de um bebê ou de uma criança menos desenvolvida psicologicamente. Importante lembrar que a passagem desse tipo de funcionamento para um modelo mais integrado da mente depende muito das primeiras relações de afeto entre a mãe e a criança. Esse é mais um fator sugestivo de que a criança pode ter sentido falta de um bom ambiente (seio bom) nos primórdios de seu desenvolvimento.

Essa criança participante começou a desenhar a última personagem (última, como ela, na ordem de sua família) na altura de todas as outras (mesmo nível de importância). Ela estava projetando seu desejo de estar no mesmo nível de todos os outros membros da família. Contudo, esse desejo provoca uma forte censura, que é confirmada pela necessidade de apagar o desenho. Essa censura indica que esses desejos podem estar carregados de agressividade, assim como de culpa. Essa hipótese ganha força, pois a criança acabou fazendo o desenho na parte inferior da página e deformado (CORMAN, 2004).

A força do conflito parece intensa, pois seu tronco foi desenhado abaixo, longe da cabeça, talvez indicando uma reação à culpa. A hipótese de culpa é aumentada pelo fato de ter eliminado, nessa personagem, a parte do corpo relativa aos genitais. A culpa parece ocorrer por ter projetado livremente seus desejos no desenho das outras figuras. Cada personagem desse desenho é uma projeção de si mesma. Assim, projeta seu sentimento de inferioridade e de infelicidade (a menos feliz e a pior) na Gabriela, única figura que tem sua própria idade (oito anos). A Thaísa representa o desejo de ser mais velha (10 anos), o que fica confirmado pelo tamanho e a forma de adulto dessa personagem.

A manifestação da culpa sugere uma forte reação depressiva e a manifestação de um superego severo, a ponto de ser suprimido todo o seu quadril (região genital), de modo que o tronco liga-se diretamente às pernas.

De acordo com Freud (1996a), o superego é a instância psíquica que cumpre o papel de fiscalizar e punir o próprio indivíduo por condutas inaceitáveis socialmente. É a representação dos pais e passa a funcionar como o interditor, como o pai internalizado no indivíduo. Um superego muito severo, que não admite ao indivíduo sentir desejos e sentimentos hostis, tende a fazer com que a agressividade se volte para o próprio indivíduo. Assim, o superego é o principal catalisador do sentimento de culpa.

A criança também parece ter projetado no desenho seus desejos edípicos, colocando detalhes e formas nas figuras que indicam, segundo Corman (2004), desejos incestuosos reprimidos. Isso poder ser observado, por exemplo, na aproximação dissimulada da primeira personagem com a personagem masculina ao seu lado, principalmente pelo desenho das pernas e da saia, assim como a posição em que se encontram, indo um de encontro ao outro.

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos pela entrevista com a mãe, foi possível perceber que essa sofreu muito ao longo de sua vida, principalmente no que diz respeito a perdas. Os seguidos lutos parecem ter-lhe gerado uma característica singular no relacionamento com suas filhas. Por um lado, ela não se envolve afetivamente de maneira intensa, e, de outro, tem muita dependência, precisando estar sempre fisicamente perto das filhas.

A história da mãe assim como sua postura na entrevista denotam seu distanciamento e fuga dos sentimentos, sua negação da realidade e possível dificuldade em se doar afetivamente.

A filha participante demonstra bastante insegurança quanto a seu papel na família e fortes sentimentos ambivalentes em relação aos pais e irmãos. Seu desenho sugere uma mente bastante dividida e envolvida em intensos conflitos fraternais e edípicos, com fortes sentimentos de culpa e o sentimento de não ter um espaço para si em sua família, assim como uma busca por reconhecimento, por ser vista.

Mãe e filha parecem ter desenvolvido um tipo de vínculo inseguro, de dependência mútua, que, segundo Bolwby (2004), pode ser prejudicial ao desenvolvimento psíquico. De acordo com a literatura (MCDOUGALL, 1988; CHIOZZA, 1997; STEINER & PERFEITO, 2003; NETO et al., 2005; SOUZA et al., 2005), o aparecimento e o agravamento da psoríase podem estar associados a vivências traumáticas, a uma história de perdas significativas, a dificuldades maternas em atender às necessidades da criança, bem como a relações que tendem a comprometer a noção de identidade.

A doença de pele dessa criança pode ser compreendida no contexto desses acontecimentos relacionados ao vínculo mãe-filha, assim como associada ao desejo intenso e constante da criança de ser vista pela mãe como um ser independente.

Caso 2: Síntese Interpretativa dos dados de anamnese e da entrevista

Trata-se de uma família com pai (32 anos), mãe (32 anos) e quatro filhos, sendo uma menina de 12 anos, uma de 8 anos (participante da pesquisa), uma de 4 anos e um filho de 1 ano de idade.

A criança iniciou tratamento na instituição onde os dados foram coletados com seis anos de idade. Seus sintomas de psoríase são leves e acometem principalmente as pernas, com prevalência nos joelhos. Desenvolveu psoríase com nove meses e desde então vem alternando períodos de remissão total dos sintomas com períodos nos quais a doença se manifesta de forma moderada, sendo que na maioria das vezes os sintomas são leves.

Sobre o período de gravidez a mãe disse que passou bem, física e mentalmente. Teve algumas contrações, mas sem maiores conseqüências. A participante relatou que teve o apoio do marido e dos familiares durante a gravidez e após o nascimento da criança. Essa nasceu a termo, de parto normal e pesando mais de 3 quilos.

A mãe teve dificuldade para desmamar a criança, que “fazia birra para não deixar o peito”. Mamou até os três anos e só deixou o peito pelo fato da outra irmã ter nascido. A fala da mãe sobre esse aspecto é reveladora. Quando indagada se tinha dificuldade em frustrar a filha e desmamá-la: “eu tinha dificuldade sim, eu não conseguia vê-la chorando, não conseguia falar “não”. Aí eu tentava de outras maneiras, passei pimenta no bico dos seios, coloquei alho, boldo, mas não adiantou, ela insistia”.

De acordo com Winnicott (1983), excetuando-se os casos extremos de doenças ou deficiências congênitas, toda criança vem ao mundo com capacidade para se desenvolver psicologicamente. Para esse autor é fundamental que o ambiente externo (no caso do recém-nascido, principalmente representado pela mãe) possa funcionar suficientemente bem, para que o bebê experimente o mundo de maneira agradável, o que colabora para o desenvolvimento do ego da criança. Um ambiente suficientemente bom ou uma mãe suficientemente boa seria aquela capaz de dar bastante amor ao filho, mas que, ao mesmo tempo, progressivamente, conforme a criança fosse crescendo, pudesse também ser capaz de frustrá-la na medida correta, pois as frustrações fazem parte do desenvolvimento do ego, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade de suportar perdas.

De acordo com Winnicott (1983), existem duas situações principais nas quais uma mãe pode não estar sendo suficientemente boa. A primeira é aquela em que ela impõe à criança uma privação afetiva, de modo a não favorecer a construção de um mundo bom, acolhedor; a outra é aquela em que ela poupa a criança de vivenciar as frustrações necessárias ao desenvolvimento, o que faz com que a criança sinta que não é capaz de fazer as coisas por si só, desenvolvendo uma fantasia de incapacidade e impotência. Entre essas frustrações necessárias está o desmame, por volta dos seis meses de idade. Para Winnicott, tanto a privação quanto o excesso de indulgência podem levar à imaturidade psíquica.

Percebe-se, pela fala da mãe, que essa tinha dificuldade em frustrar a filha, o que pode ocorrer por insegurança e medo de perder o amor desta. O fato de ter tentado colocar alimentos aversivos no bico dos seios demonstra sua busca por algo externo que pudesse cumprir o papel de impor o limite, furtando-se do papel destinado a ela.

O desenvolvimento motor, cognitivo e social da criança foi normal, porém a mãe relatou que a filha tem saúde frágil. A mãe contou que não conheceu seu próprio pai, que morreu quando ela era bebê. Por essa razão, acredita que desenvolveu um apego muito grande a sua mãe, vindo a ser uma espécie de substituta do pai, e em suas palavras, teria se transformado no “chefe da casa”. Quando a mãe da criança entrevistada teve a primeira filha (irmã mais velha da criança participante) a avó sofreu muito e não aceitava “perder” a filha.

Nota-se que a mãe sofreu uma perda muito significativa já muito cedo, não chegando a conhecer seu próprio pai. Desenvolveu-se, a partir daí um vínculo de intensa dependência entre ela e sua mãe, o que fica evidenciado pela maneira como sua mãe vivenciou a chegada da primeira neta.

O modelo de relação entre a mãe e a avó materna pode ter influenciado a relação entre a mãe e a filha participante da pesquisa. Freud, em “À Guisa de Introdução ao Narcisismo” (1914/2004), postula que existe continuidade na vida psíquica entre gerações. Para ele, o bebê é o herdeiro dos sonhos e desejos dos pais que não puderam ser realizados. Uma idéia semelhante, de transmissão psíquica, já havia sido esboçada pelo mesmo autor em 1913, no texto Totem e Tabu (1996d), no qual Freud diz que o sentimento de culpa, que modula o desenvolvimento da civilização, é transmitido de geração para geração pelos vínculos familiares e sociais.

Abraham e Torok (1978) aprofundaram o estudo das transmissões psíquicas transgeracionais. Para esses autores, uma vivência vergonhosa ou traumática pode vir a ficar enterrada dentro de um indivíduo que, na medida do possível, tenta negá-la. O acontecimento passa a existir como um fantasma na psique do indivíduo e pode ser passado de pai/mãe para filho, por meio dos processos de projeção e introjeção característicos do desenvolvimento normal ou patológico de todo indivíduo. Trata-se de um processo de transmissão psíquica geracional, que se dá de forma inconsciente.

Essa mãe participante, que sofreu forte perda tão cedo, e que dela se protegeu relacionando-se com a própria mãe de maneira quase simbiótica, parece querer poupar sua própria filha de sofrer perdas, não conseguindo desmamá-la. É claro que, ao mesmo tempo poupa a si mesma de sofrer uma perda com o crescimento da filha. O desmame só ocorre quando a outra criança nasce, ou seja, quando a mãe tem ajuda externa para conseguir frustrar a filha; mas, ainda, é também quando a própria mãe consegue uma recompensa por ter que aceitar o crescimento da filha, pois essa só é desmamada quando outra filha/bebê ocupa seu lugar.

O desmame prolongado, assim como a ausência do leite materno, pode trazer elementos dificultadores ao desenvolvimento. No desenvolvimento psíquico, os extremos tendem a gerar conseqüências semelhantes; tanto o excesso quanto a falta podem gerar reações patológicas (WINNICOTT, 1983). Se, por um lado, a ausência de afeto pode gerar uma busca infundável pelo reconhecimento do outro, o excesso de cuidados pode engendrar uma busca pela separação (busca pela individuação), no sentido de poder libertar-se de uma relação na qual o papel da criança é mais o de alimentar carências afetivas do que de receber carinho.

Nesse caso, diferentemente do caso 1, ou, ao contrário desse, as manchas na pele podem significar uma tentativa de expulsar de perto de si a mãe; em uma busca por individuação.

Na questão afetiva da mãe com o bebê nos dois primeiros anos de vida, nenhum outro aspecto de relevância maior foi relatado.

Um aspecto revelador da relação mãe-filha, relatado pela mãe na entrevista, refere-se ao apego entre ambas, conforme aparece em suas falas: “Nós somos muito apegadas, eu fico em cima de meus filhos, sempre fui assim, não quero que nada aconteça a eles.” Ou, quando indagada se ela e a filha haviam ficado mais de

duas semanas separadas nos primeiros meses de vida da criança: “Nunca, de jeito nenhum, quando ela era mais nova eu não a deixava ficar nem com minha própria mãe. A qualquer lugar que eu vou meus filhos têm que ir comigo”. Quanto à possibilidade de deixar a filha dormir fora de casa: “Só deixo, hoje que ela já é maior, na casa de minha mãe, que é em frente à minha; mas ela não fica, ela sempre chama a gente para ir buscá-la”. Quando indagada se a filha diz qual o motivo de não ficar, se sente medo, etc.: “Ela não fica, pois se preocupa comigo. Ela é muito preocupada comigo, tem medo que algo de ruim aconteça pra mim”.

O aspecto de opressão da mãe sobre a filha, gerador da possível necessidade da criança de buscar um espaço individual e de separar-se da mãe, aparece na fala da mãe: “Eu fico em cima de meus filhos”. Pode-se também associar a presença da mãe “em cima” da criança, com as manifestações da psoríase que ficam em cima da pele da criança.

As falas da mãe sugerem, ainda, uma relação de mútua dependência entre ela e a filha, indicando que a dificuldade com o desmame não foi um aspecto isolado, mas, possivelmente, um forte indício de uma relação mãe-criança simbiótica, nos mesmos moldes daquela desenvolvida pela mãe com sua própria mãe, após a morte de seu pai.

Para Bleger (1977), pode-se considerar uma relação simbiótica quando ocorre projeção e introjeção cruzadas, situação em que cada um dos indivíduos deposita e recebe do outro, ao mesmo tempo, os conteúdos psíquicos inconscientes. A simbiose é, assim, um tipo de interdependência no mundo externo. De acordo com esse autor, a finalidade da relação simbiótica é resguardar o ego de um sofrimento inimaginável, que, em fantasia, as pessoas envolvidas na relação acreditam que iriam enfrentar caso viessem a separar-se. A dependência absoluta nada mais é do que uma proteção para o aniquilamento, também absoluto, do ego, vivido na fantasia.

Percebe-se também, pelas falas da mãe, que além do apego, existe muita preocupação da filha em relação a ela. Outra fala reforça essa indicação, além de revelar o tipo de preocupação existente: “Às vezes ela age como se fosse a mãe, e não a filha. Ela tem preocupações de adulto.”

Essa preocupação exagerada, além de fortalecer a hipótese de uma relação simbiótica, sugere também que esse amor excessivo pode estar camuflando um desejo de ficar longe da mãe, de simbolicamente livrar-se dela. Nesse caso, o

agredir não significa outra coisa senão tornar-se independente, poder adquirir a capacidade de viver sem o outro. Klein (1996) chama a atenção para o fato de que a culpa surge da sensação de ter de fato destruído o outro, pelos sentimentos de ódio a ele direcionados. É possível que essa criança tenha desenvolvido intensos sentimentos de ambivalência em relação à mãe, além de desejos de liberdade relacionados a eles. A culpa por esses desejos inconscientes levaria a criança a preocupar-se exageradamente com a mãe, por medo de que seus desejos sejam realizados.

Síntese Interpretativa do desenho

A análise dos traços do desenho desta criança mostra que esses têm pouca amplitude, sugerindo introversão de impulsos. Ainda nesse sentido, chamam a atenção as nuvens e o sol dividindo a página em duas partes. Essa separação da página também sugere repressão de impulsos (CORMAN, 2004).

O pai é valorizado, colocado em relevo (forte, maior, desenhado primeiro, além do que, a criança retorna a ele com freqüência durante o desenho). Para Corman (2004), a valorização de uma personagem no desenho é sinal de medo, admiração ou amor. No caso em questão, pela história relatada na entrevista após o desenho, na qual o pai aparece muito bravo e batendo no filho, fica a impressão de que a criança teme o pai.

A mãe é desvalorizada, desenhada por último e representada em posição de submissão, com braços para trás, em posição semelhante àquela adotada por súditos que cumprem ordens. A mãe também está atrás no desenho, em outro plano em relação às outras personagens, e, durante a execução do desenho, ela é apagada diversas vezes, ao mesmo tempo em que a criança diz que a acha feia; também é gasto menos tempo no desenho da mãe.

A compreensão mencionada acima, de submissão da figura materna, é corroborada pelo fato de a criança, na entrevista, demonstrar intensa preocupação com a diferença entre os sexos. “O homem bate, a mulher não”. Vê-se também no desenho, em franca oposição às mãos recolhidas da mãe, os braços do pai abertos e em posição de demonstração de força.

A história contada indica que a criança tem um pai internalizado muito agressivo e punitivo, o que pode ser condizente com a realidade ou se constituir fantasia da criança, possivelmente relacionada ao forte superego carregado de

culpa, conforme pode ser sugerido pelas informações sobre o comportamento da criança, fornecidas pela mãe durante a entrevista.

De acordo com Roth (2005), sentir-se culpado não é o mesmo que ter culpa. A instância psíquica responsável pela moralidade, chamada superego, pode, na execução de sua função, estar amparada na realidade ou nas fantasias da criança. Nesse caso, os sentimentos hostis direcionados à mãe podem ajudar a moldar a culpa da criança.

O forte apego da criança à mãe, assim como seu medo de que algo de ruim aconteça a ela, pode ter relação com a percepção da fragilidade da mãe em relação ao pai. Mas também pode ser atribuído à culpa por seus sentimentos hostis em relação à mãe, já que essa, segundo os dados da entrevista, é, ao mesmo tempo, superprotetora e cruel (incapacidade de desmamar, seguida do episódio de colocar pimenta nos seios para desmamar a filha, além de dizer que o nenê/irmã ia morrer se ela não deixasse o peito).

No desenho, a criança separa os pais, exclui totalmente os irmãos e acrescenta uma figura masculina. Essa personagem acrescentada parece muito com a própria criança (traços semelhantes, do mesmo tamanho), apesar de ser do sexo masculino. Segundo Corman (2004), a tendência de separar os pais, no desenho da família, colocando-se entre eles, é uma manifestação dos desejos edípicos da criança.

Pode-se interpretar que o desejo de se aproximar do pai seja projetado na personagem acrescentada. Nota-se que essa figura não tem cabelo e está de boné, o que, de acordo com Campos (1987), indica dissimulação do desejo sexual.

Os irmãos são totalmente suprimidos do desenho, o que significa, de acordo com Corman (2004), negação da existência deles, indicando fortes tendências hostis para com os irmãos.

Na história contada pela criança, o Juninho (personagem acrescentada) desobedece e é punido pelo pai. A criança parece demonstrar o desejo que tem de que seu irmão menor seja punido, por dar trabalho (relata na entrevista que o irmão menor dá muito trabalho).

Pode-se pensar também que a punição sofrida pelo menino do desenho, conforme a história relatada pela criança, não seja apenas o desejo de que seu irmão mais novo seja punido. É possível que a menina tenha projetado seu desejo de estar ao lado do pai nessa personagem masculina acrescentada. Nesse caso o

desejo parece vir acompanhado de culpa, dando necessidade à punição (na história contada sobre o pai, este pune severamente a personagem acrescentada), sugerindo medo de ser castigada por seus desejos edípicos. De acordo com Corman (2004), no desenho da família, tanto o desejo quanto a necessidade de punição são características marcantes das projeções no desenho da família.

A análise do desenho da criança sugere que ela identifica-se com o pai. De acordo com Corman (2004) a identificação com o genitor do sexo oposto é rara e se dá pela forte censura em ocupar o lugar do genitor do mesmo sexo, o que também é sugestivo de um conflito edípico intenso.

A criança, representada no desenho de forma aparentemente meiga, delicada e frágil, na verdade ocupa lugar central, estando no meio dos pais, sem os irmãos, e ainda com todos os seus desejos de poder ter tudo aquilo que os homens e o irmão mais novo possuem, os quais foram projetados na figura acrescida.

Conclusão

A entrevista com a mãe sugere que a filha tem fortes sentimentos ambivalentes em relação à figura materna, e que ambas vivem uma relação simbiótica; possivelmente como maneira de aplacar a culpa, na criança, e de manter o vínculo protegido, na mãe.

A forte preocupação da filha com a mãe revela, na verdade, a intensidade de seus sentimentos hostis, que seriam o motor de sua necessidade de separação/individuação, o que, de certa forma, aparece em seu desenho.

Também fica evidenciado no desenho que essa criança preferiria ser filha única, pois exclui todos os irmãos.

O comportamento de “adulto” apresentado pela criança e relatado pela mãe confirma que essa criança vive sob constante sobrecarga emocional, o que é muito freqüente em crianças com manifestações psicossomáticas. Resultados encontrados na literatura sobre psicossomática e psoríase indicam relações significativas entre o aparecimento e o agravamento da doença e estados emocionais tensos ou estresse emocional (SILVA & SILVA, 2007).

A dificuldade da mãe em desmamar a filha, o apego exagerado entre elas, assim como a dependência afetiva da mãe (“eu fico em cima de meus filhos”) sugerem também que a manifestação psicossomática pode ter a função de afastar essa mãe, representando um pedido de liberdade. De acordo com Chiozza (1997),

as manifestações na pele, como barreira de contato, podem ter o significado de aproximação e/ou afastamento.

Caso 3: Síntese Interpretativa dos dados de anamnese e da entrevista

Essa é a única dupla mãe-criança em que a criança é do sexo masculino. A família é composta por pai (37 anos), mãe (37 anos), uma filha de 16 anos e um filho de 9 anos (participante da pesquisa). A mãe é auxiliar de produção em uma indústria e o pai é balconista.

A criança iniciou o tratamento na instituição onde os dados da pesquisa foram coletados quando estava com oito anos. De todos os participantes da pesquisa esse é o caso mais grave de psoríase, pelo menos no momento da coleta. A criança tem, atualmente, placas psoriáticas em 70% da perna, em parte do antebraço e cotovelos, no couro cabeludo e nas mãos. Suas mãos estão tomadas pelas placas. Quase toda a palma da mão está coberta pelas escamas, sendo que em algumas partes observam-se sulcos dividindo camadas de pele e expondo a carne viva por baixo das escamas.

A mãe relatou que o pré-natal foi de alto risco, pelo fato de ela ter tido um cisto no útero e ser diabética. Passou muito mal durante a gravidez e foi internada várias vezes.

A criança mamou no peito, mas vomitava muito, desde as primeiras mamadas. Devido à intensidade dos vômitos foi desmamada aos dois meses e meio. A mãe contou que a criança ressentiu-se com o desmame. A tendência a vomitar continuou durante os primeiros anos de vida, vomitava se via sujeira, roupas com manchas, esmalte e cheiro ruim. Excetuando-se os vômitos, segundo a mãe, a criança tinha boa saúde.

De acordo com Klein (1991, 1996), o mundo interno infantil é construído por meio de uma mistura de aspectos internos do indivíduo e introjeções sucessivas dos objetos externos, ou seja, assimilação dos dados da realidade externa. Da mesma maneira, a criança percebe o mundo externo como sendo uma mistura daquilo que ele é e daquilo que projeta nele (aspectos de sua própria fantasia projetados no mundo externo). Assim, o mundo interno e a percepção do mundo externo são construídos de acordo com um processo contínuo de projeção e introjeção, que são a base das fantasias inconscientes, que, por sua vez, fundamentam a concepção do mundo como tal (interno e externo).

A percepção sobre uma pessoa é construída de acordo com aquilo que ela oferece como material a ser introjetado. Os mecanismos de projeção e introjeção estão no auge de seu funcionamento no período inicial da vida. A introjeção, tanto

do alimento como do afeto, se dá, inicialmente, no ato de ser alimentado. É o seio materno o primeiro objeto de introjeção do bebê. De acordo com diversos autores (WINNICOTT, 1983; KLEIN, 1996; MCDOUGALL, 1988; BOWLBY, 2006), a incapacidade de alimentar-se ou de conter o alimento dentro de si pode estar ligada a uma incapacidade de introjetar não apenas o alimento, mas a vida, o que pode estar na base de diversos transtornos psíquicos.

Para Klein (1996), a dificuldade de incorporação do alimento pode se dar por excesso de sentimentos persecutórios e de ameaça vividos pelo ego, que sente o mundo como estando carregado de sadismo e como um lugar perigoso (envenenado), levando ao enfraquecimento dos desejos orais. Nas palavras da autora "...Isso leva ao enfraquecimento dos desejos orais. Uma manifestação desse fato pode ser observada na dificuldade que crianças muito pequenas apresentam de aceitar alimento; em minha opinião, essa dificuldade é de origem paranóide. Quando a criança (ou o adulto) se identifica de forma mais completa com um objeto bom, os anseios libidinais aumentam; ela desenvolve amor e desejo vorazes de devorar esse objeto, e o mecanismo de introjeção é reforçado" (KLEIN, 1996, p. 306).

Rivière (1982) enfatiza a importância das fantasias inconscientes na construção de um mundo bom na mente primitiva da criança, ressaltando que um ambiente tomado pela insegurança e/ou hostilidade fará com que a criança fantasiar que aquilo que ela leva para dentro de si (alimento, afeto, prazer) está contaminado por esses objetos maus, e precisa ser expelido.

No presente caso, a mãe, na entrevista, se comportava como se fosse uma criança. Toda sua fala estava impregnada pelo fato de estar doente (ela é diabética) e pela noção de desamparo por ser doente, assim como pelo sentimento de nunca ter sido "normal"; o que pode ser entendido como nunca ter sido acolhida. Sua postura e colocações sugerem fragilidade, o que pode ser entendido como se ela não estivesse preparada para receber o bebê. Esse veio ao mundo em um momento de intensa dificuldade emocional da mãe, conforme ela mesma relatou.

A dificuldade mencionada fica evidenciada quando a mãe revela que tinha muito medo de o filho nascer doente, com algum problema. Contou que a primeira coisa que fez ao ver o filho foi checar se "estava tudo no lugar". "Você sabe, eu sempre fui doente e tenho medo de meus filhos ficarem doentes, tinha medo que tivesse algo errado com ele; por bastante tempo, meses ou anos após o nascimento,

eu costumava observar bastante ele para ver se ele era normal, se não tinha nada de errado com ele, mas não tinha, ele era normal”.

Essa mãe referiu que teve uma gravidez difícil, tendo que lidar com suas próprias doenças, e que recebeu o filho de maneira bastante insegura. A preocupação de “procurar” uma doença no filho, ver se ele era, de fato, normal, revela seus fortes sentimentos de insegurança e ansiedade, relacionados aos seus próprios problemas, projetando no filho seus temores e inseguranças.

De acordo com Winnicott (1983), a mãe ansiosa transmite para a criança sua ansiedade. Para esse autor, uma mãe suficientemente boa não é aquela que faz tudo que o bebê precisa ou que apenas o atende em suas necessidades, mas, antes de tudo, é aquela que, além de atender ao bebê em suas necessidades básicas, o faz de maneira tranqüila. A criança recém-nascida, tomada de ansiedades persecutórias e do medo de morrer, precisa sentir no ambiente a segurança necessária para aplacar esses sentimentos e, assim, desenvolver seu ego de forma saudável.

Mas, conforme pôde ser entendido, essa criança recebeu, desde cedo, intensa carga de sentimentos negativos. Ao procurar doenças no filho, a mãe está levando a criança a internalizar uma idéia de que não poder ser normal e saudável. É possível que essa criança tenha desenvolvido uma doença visível (psoríase), como maneira de confirmar os temores (ou desejos) maternos.

Além da ansiedade da mãe, a criança foi desmamada precocemente, o que pode ter trazido prejuízos adicionais ao seu desenvolvimento. Segundo Klein (1996), é pela amamentação, acompanhada de uma atitude de acolhimento e segurança da mãe, que a criança introjeta a idéia de um mundo seguro, que, gradativamente, permite a construção e introjeção de objetos bons, saudáveis, que proporcionarão o desenvolvimento normal do ego.

Essa criança começou sua trajetória em desvantagem no que diz respeito ao desenvolvimento primitivo do ego, correndo o risco de viver fraturas psíquicas importantes em um período do desenvolvimento crucial para a construção de uma estrutura psíquica saudável (o desenho da família realizado por essa criança sugere a existência de traumas em seu desenvolvimento).

Na entrevista, a mãe relatou que a criança era amável e teve desenvolvimento motor, social e cognitivo normal.

A mãe referiu que nunca teve bom relacionamento com seus familiares e que começou a trabalhar aos 12 anos. Sua vida foi bastante sofrida e marcada por doenças. Relatou que o momento mais difícil foi a retirada do útero e parte do estômago (quando o filho participante da pesquisa estava com quatro anos). Também contou com pesar sua dura luta contra o diabetes.

Falando sobre a retirada do útero, a mãe contou que, depois disso, o filho passou a preocupar-se muito com sua saúde. Como fica evidenciado em sua fala: “Ele sente-se responsável por mim, por cuidar de mim”. “Quando eu não estou passando bem, ele chega a não querer ir à escola pra cuidar de mim, e quando vai, me liga no intervalo para saber como estou”. Disse que o filho é muito responsável e que se preocupa com coisas com as quais as crianças geralmente não se importam.

Sabe-se que a preocupação excessiva da criança com um de seus familiares pode indicar a existência de sentimentos hostis reprimidos em relação a essa figura (Klein 1991). Há, nesse caso, elementos suficientes para que essa criança tenha desenvolvido fortes sentimentos ambivalentes em relação ao mundo externo, tanto pelo fato de sua mãe não ter sido capaz de lhe ver como um indivíduo saudável, como pela possível dificuldade de se doar, sendo que ela própria precisava receber, por sentir-se tão debilitada. Assim, sua preocupação excessiva pode significar nada mais do que a manifestação da culpa por desejar uma mãe diferente, acolhedora e saudável, pois a necessidade exagerada de cuidar do outro pode ser a manifestação, por vias indiretas, de hostilidade reprimida.

Sobre o pai da criança, a mãe contou que esse sempre foi presente, mas que não consegue dizer não ao filho, sendo muito indulgente.

A mãe acrescentou que o filho até hoje tem nojo de sujeira e, embora menos, ainda vomita. Repetiu que ele é muito preocupado com ela, e muito apegado aos avós.

Foi Freud (1917/2006), em Luto e Melancolia, quem chamou a atenção para o fato de que a melancolia nada mais é do que um luto com ódio, situação em que toda a agressividade volta-se para o próprio indivíduo, poupando assim o outro, mas, ao mesmo tempo, tirando do indivíduo todo o valor e a vontade de viver. Toda energia gerada no aparelho psíquico tende sempre para a descarga. Se a via normal para a descarga de impulsos e de sentimentos está inibida, o indivíduo buscará vias alternativas, pois a energia precisa ser escoada. É assim que, muitas vezes, formam-se sintomas de compromisso e doenças psicossomáticas (VOLICH, 2000).

Síntese Interpretativa do desenho

O desenho dessa criança expressa sua dor psíquica. Em primeiro lugar, a criança não desenha família alguma, mas um casal de avós, personagens que podem ser a representação projetiva de seus pais. Ao lado do casal de avós, desenha a figura de uma planta, que parece muito com uma pessoa, sugerindo ser a representação de si mesma.

Os conflitos edípicos, tão freqüentes nos outros desenhos das crianças participantes desta pesquisa, ficam aqui em segundo plano. Não por terem sido elaborados, mas pelo fato de, aqui, uma possível situação de trauma, datar de uma época pré-edípica, pré-verbal (a planta não pode falar).

Os traços dos desenhos das personagens são muito fortes, o que, segundo Corman (2004), sugere força pulsional e agressividade. A zona inferior da página é a utilizada nesse desenho, zona eletiva dos fatigados, dos neuróticos e dos deprimidos (CORMAN, 2004).

O movimento do desenho é o progressivo, da esquerda para a direita, porém há um movimento regressivo para desenhar a árvore da esquerda. Nota-se que essa árvore possui um grande “nó” no tronco. De acordo com Campos (1987), o tronco da árvore tem o significado de desenvolvimento e o nó sugere trauma nesse desenvolvimento.

A criança exclui toda a família do desenho, inclusive a si mesma, negando a própria existência. Tal aspecto pode indicar negação total da realidade, comum nas crianças com intenso sofrimento psíquico (CORMAN, 2004).

Existe uma valorização da personagem masculina, o avô, por ter sido desenhado em primeiro lugar, maior, e por mais tempo. Fica-se sabendo, pela entrevista com a mãe, que o avô realmente é bem próximo da criança. Mas, os avós, no desenho, também podem ser uma projeção dos pais. Nesse caso, o seu “pai” tem aspecto mais saudável do que a mãe, o que corresponderia à realidade, pois sua mãe é bastante doente. No desenho, a figura feminina tem aspecto cadavérico, indicando aqui a maneira pela qual a criança percebe a mãe doente.

Porém, o desenho mais valorizado de todos é o da árvore da direita. Possivelmente as árvores e a flor representem a própria criança, que pode estar inibida pela culpa, que a impede de projetar suas tendências diretamente. A árvore valorizada pode representar um desejo muito intenso de ser saudável e grande.

A figura mais desvalorizada é a avó, que no desenho representa sua mãe projetivamente. Seu rosto assemelha-se ao de um cadáver, seus braços praticamente não existem, as pernas são desproporcionais. A criança desenhou rapidamente essa figura (metade do tempo que utilizou para desenhar o avô).

A mãe/objeto talvez não tenha existido para a criança ou tenha sido fantasiada como morta por ela, o que, segundo Klein (1996), significaria a fantasia de destruição do objeto, seguida de culpa (manifestada no aspecto cadavérico da figura feminina).

O medo de que a mãe morra aparece aqui evidente, e é confirmado pela entrevista com a mãe.

A criança parece transferir sua situação traumática, vivida na primeira infância, para a árvore. Parece que a flor também é representante dela. Aqui, a defesa principal parece ser a regressão a um estágio primitivo, na qual existe um bebê indefeso e incapaz de cuidar de si mesmo (planta). A planta está toda voltada para a “mãe”.

O desenho parece indicar que essa criança sofreu profundos sentimentos de hostilidade em relação aos pais, quer excluí-los do desenho, quer ficar a sós com os avós, mas sua culpa impede-a de se desenhar, de modo que faz uma flor, que se parece com um indivíduo frágil.

Identifica-se com a flor e não com um ser humano. As identificações com as plantas mostram a força da censura de seu Superego. Fica a impressão de um ser frágil e sem forças para lutar, mas que sonha em crescer (representado pela árvore da direita).

A eliminação de si própria é um caso grave de auto-depreciação (mesmo tendo-se projetado na flor, pois não se trata de um ser humano), e confirma a força do sofrimento e a ausência de sentimento de identidade dessa criança.

Os impulsos hostis intensos fazem com que a criança exclua toda a família. As defesas, nesse caso, são mais primitivas, como negação e cisão com a realidade.

Conclusão

Dentre os casos pesquisados, esse é o mais grave, de acordo com a interpretação do desenho da família, o que fica confirmado pelos dados da entrevista com a mãe, revelando forte tensão emocional. As lesões de pele, que geralmente

são manchas vermelhas ou excesso de pele com casca branca, transformaram-se em feridas profundas. Sua mão, tomada pela psoríase, além das manchas e das cascas, tem sulcos na pele onde se via a carne viva.

A forte relação de dependência e mistura de sentimentos entre a mãe e essa criança ficam bastante evidentes no relato da mãe. Ela parece levar para a relação com o filho toda a sua problemática pessoal, principalmente os aspectos psicológicos de suas doenças. O filho parece cumprir o papel de depositário de projeções maciças da mãe, o que o sobrecarrega profundamente. Os dados obtidos na entrevista com a mãe e no desenho da criança sugerem a existência de uma relação simbiótica mãe-criança, dificultando a diferenciação entre o eu e o outro, o que, segundo a literatura, pode relacionar-se com o aparecimento e agravamento de diferentes dermatoses, incluindo a psoríase (CHIOZZA, 1997).

Segundo a literatura em psicossomática psicanalítica (CHIOZZA, 1997), a criança emocionalmente sobrecarregada parece depositar no corpo o excesso de carga e tensão que carrega, inclusive simbolicamente, apresentando as mãos com aspecto de mãos de um trabalhador braçal, sobrecarregado e ferido com o trabalho que suporta.

Ainda, de acordo com Silva, Muller e Bonamigo (2006), a vivência de situações de estresse é fator desencadeante da psoríase e de outras dermatoses, especialmente o estresse representado por doença na família.

A manifestação psicossomática nessa criança pode ter várias funções, entre elas a de descarga no próprio corpo de intensos sentimentos agressivos inconscientes; pode também significar a satisfação do desejo da mãe de que o filho adoça, poupando essa de se preocupar com sua própria saúde. Sobre esse assunto, é importante ressaltar que a mãe piorou bastante da diabetes nos últimos anos e que o agravamento dessa doença tende a ser devido à falta de cuidados, já que o controle é o ponto fundamental do tratamento do diabético. Isso leva a questionar se essa mãe pode usar a doença do filho para esquecer e negligenciar sua própria doença. Outro significado de suas manchas na pele pode ser o desejo da criança de manter a mãe afastada, como um pedido para que a mãe pare de projetar na filha suas próprias dores.

Caso 4: Síntese Interpretativa dos dados de anamnese e da entrevista

Esta é a única dupla na qual a criança é filha única. A família é composta da mãe (32 anos), pai (37 anos) e filha (7 anos). A mãe é do lar e o pai marceneiro.

A criança iniciou o tratamento na instituição de coleta de dados com seis anos de idade. Seus sintomas de psoríase são moderados e atingem a região das pernas, o tronco e os cotovelos.

A gravidez foi desejada e transcorreu bem. Foi realizado exame pré-natal, o parto foi cesariana e o bebê nasceu a termo. A mãe conta que teve apoio do pai da criança e de seus familiares durante a gravidez e após o nascimento da criança. Essa se adaptou ao peito com facilidade e mamou até os seis meses; a mãe diz que o desmame ocorreu sem dificuldades. Quando bebê, a criança dormia mal, mas alimentava-se bem.

A mãe conta que a filha era muito irritada, que foi que levada ao médico com um ano, devido à irritabilidade. A criança foi medicada e melhorou. A própria mãe admite que sempre foi muito irritada, desde que a criança nasceu, e que não tinha paciência para cuidar do bebê. Conta que isso acontece até hoje. Diz também que quando a criança nasceu ela teve muito medo, medo de não dar conta de cuidar. “Fiquei um pouco assustada, pensei que aquela criança dependia de mim, tive medo de não dar conta”.

De acordo com Klein (1996), apesar do fato de que cada criança vem ao mundo dotada de certa capacidade constitucional para suportar as ansiedades e medos naturais ao desenvolvimento, a postura da mãe nos primórdios do desenvolvimento é fundamental para que a criança introjete um mundo bom e seguro, criando assim a sensação de tranquilidade necessária ao bom desenvolvimento psíquico. Para a autora “...a frustração é sempre percebida como uma privação: se a criança não pode obter aquilo que deseja, é porque isso está sendo retido pela mãe má, a cujo poder está submetida” (KLEIN, 1996, p. 336).

Uma das maneiras pelas quais a mãe pode frustrar a criança é quando ela não consegue atender às necessidades do bebê de maneira tranqüila. A irritabilidade da mãe ao amamentar, por exemplo, é transmitida inconscientemente para a criança, de modo que esta percebe algo errado na situação de amamentação. Mas o pior dessa situação é o fato de a criança vivenciar a ausência como uma privação, uma privação que foi infligida a ela por uma mãe (mundo) má, que não a ama (KLEIN, 1996).

Para Winnicott (1975), a mãe precisa dar ao bebê, nos primeiros momentos de vida, a ilusão de que o seio (mundo) é controlado pela criança. A mãe deve proporcionar ao recém-nascido a ilusão de onipotência e controle sobre aquilo que necessita. Com o tempo, e gradativamente, o papel da mãe será o de desiludir a criança. Mas, para que um bom desenvolvimento psíquico seja assegurado, é necessário que a criança viva esse momento inicial de ilusão/onipotência.

Winnicott (1975) diz que o bebê vem ao mundo pronto para satisfazer suas necessidades e, se no momento em que busca a realização dessas necessidades, como quando busca saciar a fome, por exemplo, a mãe está ali, para dar-lhe o seio, o bebê vive a ilusão de que criou o seio, o que o leva à sensação de onipotência, de capacidade, de força individual. Para esse autor, só pode haver capacidade de perder se o bebê viveu a sensação de ter possuído. A ausência desse tipo de vivência, em casos extremos, pode levar o indivíduo a uma busca incessante pela satisfação, que nunca será alcançada. São indivíduos para os quais nada que seja alcançado supre a carência afetiva; uma carência que, segundo Winnicott, data dos primórdios do desenvolvimento.

Nas palavras do próprio Winnicott (1975):

Em outra linguagem o seio é criado pelo bebê, repetidas vezes, pela capacidade que tem de amar ou (pode-se dizer) pela necessidade. Desenvolve-se nele um fenômeno subjetivo, que chamamos de seio da mãe. A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato. (p.26).

A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando suficientemente boa, dá a este a *ilusão* de que existe uma realidade externa que corresponde à sua própria capacidade de criar. (p. 27)

A irritabilidade dessa criança na mais tenra idade, quando associada ao fato de a mãe ter de fato sido uma mãe bastante irritada, sugere uma possível dificuldade na relação mãe/filha nos primeiros momentos do desenvolvimento, considerada fundamental ao desenvolvimento psíquico.

A criança teve um desenvolvimento motor, cognitivo e social normal. A mãe diz que era amável nos cuidados com a criança, apesar de ser muito irritada.

Aos quatro anos de idade, a criança levou um tombo e quebrou o cotovelo, tendo que fazer uma cirurgia de correção. Nessa época ficou bastante assustada. A mãe disse que apesar disso, a filha “lidou bem” com a situação. Contudo, transparece pelo relato da mãe que o “lidar bem” teria sido uma atitude estereotipada, funcionando mais como processo de negação da realidade do que

como aceitação da situação, uma vez que a criança desenvolveu responsabilidades e preocupações excessivas com doenças a partir de então. Outro fato, ocorrido aos cinco anos, demonstra a instabilidade emocional da criança. Nessa época a família mudou-se de casa, e a filha teve muita dificuldade em se adaptar à mudança.

Depois de narrar o acidente, a mãe começou a relatar que, quando algo sério acontece, a filha sempre se comporta com muita responsabilidade. “Ela ainda é mais preocupada com a saúde dos outros. Mais do que com ela própria”. Quando indagada sobre com qual pessoa a filha mais se preocupa, a mãe responde imediatamente: “comigo”. “Ela se preocupa demais com minha saúde e tem também medo de que eu vá embora. Se eu saio de casa sem ela, ela tem a sensação de que eu não vou voltar, ou de que algo vai acontecer, algo que me impeça de voltar”.

Para Klein (1991, 1996), se a criança não introjeta um mundo bom/seguro no início de seu desenvolvimento, isso faz com que desenvolva dois tipos de sentimentos: medo ininterrupto de perder o objeto bom e raiva pelo objeto que o privou. A atitude de preocupação excessiva da criança com a mãe, aspecto observado em todas as crianças desse estudo, possivelmente indica que a introjeção do objeto bom pode não se ter dado de forma satisfatória. Nas palavras de Klein (1996, p. 308) “Gostaria de chamar a atenção particularmente para o fato de que o medo de perder o objeto “bom” internalizado se torna a fonte perpétua da ansiedade de que a verdadeira mãe morra. Por outro lado, toda experiência que aponta para a perda do objeto amado real estimula o medo de também perder aquele que foi internalizado”. Em outra passagem, a autora afirma: “O bebê reage a estímulos desagradáveis e à frustração de seu prazer com sentimentos de ódio e agressão. Esses sentimentos de ódio voltam-se contra os mesmos objetos que trazem prazer, ou seja, os seios da mãe” (KLEIN, 1996 p. 331).

A entrada da criança na escola foi difícil; a mãe conta que teve medo de deixar a filha: “Fiquei com medo de algo acontecer a ela, nunca tinha ficado longe de minha filha”. Também contou que fica muito ansiosa se a filha sai de casa sem ela.

O pai da criança, segundo a mãe, não é irritadiço e é “muito bonzinho, deixa a menina fazer o que quer”; “nunca dá bronca nela, eu é que sou a malvada da casa”. Em outros momentos a mãe deixa transparecer que o relacionamento da filha com o pai é muito bom. Outro aspecto que sugere algum tipo de conflito na relação triangular mãe/pai/filha é o intenso medo que a filha tem de que a mãe vá embora e não volte.

A postura indulgente do pai para com a filha, contrária à da mãe, pode ter intensificado a força dos conflitos edípicos e o desejo de ter o pai só para ela, o que também pode ter aumentado a culpa e a sobrecarga emocional. A intensidade do conflito edípico fica evidenciada na interpretação do desenho, onde a mãe é “atacada” por um animal, que representa a própria criança projetivamente.

Síntese Interpretativa do desenho

Essa criança, que é filha única, reproduz no desenho sua família verdadeira.

O desenho sugere fortes tendências agressivas em relação a todos os participantes, que estão, de alguma forma, deformados. Também indica negação de impulsos genitais no desenho da mãe e da filha. Na mãe a área genital é representada por uma caixa fechada, e a menina simplesmente não tem a região dos genitais.

O desenho sugere que a preocupação exagerada em relação à mãe, narrada por essa na entrevista, pode ser uma manifestação defensiva em relação aos sentimentos hostis que a criança tem por ela, como fica sugerido pela agressividade projetada no animal, que está indo em direção à perna “suculenta” da mãe.

Segundo Klein (1996), a criança vive a privação materna como se a mãe (má) estivesse negando a ela o amor e a bondade, e isso gera na criança sentimentos intensos de ódio em relação ao objeto (mãe).

Esse tipo de manifestação de agressividade, segundo Corman (2004), indica forte conflito em relação à pessoa atacada pelo animal. Também há indicativos da intensidade dos impulsos edípicos pelo fato de desenhar a mãe em um plano mais à frente, e ela e o pai mais atrás, “nas costas” da mãe, de onde parecem se comunicar. Dessa forma, disfarça a angústia de excluir diretamente a mãe, pois essa fica aparentemente ao lado do pai. No fundo, ela olha para o pai, de braços abertos e sorrindo. Pode-se interpretar, segundo Corman (2004), que a agressividade projetada no animal é uma mistura de seus conflitos mais primitivos em relação à mãe e de seu conflito edípico possivelmente mal elaborado.

Percebe-se também que a criança apresenta aspectos superegóicos intensos e castradores, o que faz com que reprima com mais intensidade seus sentimentos hostis, dando margem a dificuldades na elaboração de conflitos (ROTH, 2005). Tal aspecto fica evidenciado pela representação da culpa edípica, pois se por um lado a criança desenha seu pai e a si mesma em um mesmo plano, em posição de

cumplicidade, por outro, desenha suas pernas indo para outra direção, e exclui seu quadril, de modo que seus genitais não existem, sugerindo sentimentos ambivalentes (CORMAN, 2004).

No desenho, a criança valoriza a si mesma (desenha-se em primeiro lugar, considera-se a melhor, é com quem diz se identificar), e à mãe (maior, no centro, mais à frente, a que considera mais feliz). Desvaloriza os avós, o que se percebe pelos traços rabiscados e fracos. A avó está sem pernas e o avô sem as mãos e com uma das pernas deslocada em relação à parte superior da coxa.

Mas também há sinais de desvalorização de si mesma e da mãe. Seu rosto parece o de um animal (nariz) e seu corpo não apresenta a região genital, além de ter uma aparência máscula. A mãe está desvalorizada nas pernas, no rosto (sem expressão) e no corpo, com um quadril disforme.

Conclusão

A análise dos dados dessa criança sugere que ela vive fortes conflitos familiares, com ênfase na repressão da agressividade em relação à mãe e nos conflitos edípicos aparentemente não elaborados.

A personagem central no desenho dessa criança é a mãe, que é valorizada e desvalorizada ao mesmo tempo. Esse aspecto aparente no desenho confirma os intensos sentimentos de ambivalência em relação à figura materna.

O desenho é carregado de sinais de desvalorização das personagens, como ausência de pernas e da região dos genitais, feições disformes e figuras de animais. Para Corman (2004), esses traços indicam instabilidade emocional.

A preocupação exagerada da criança com a saúde da mãe e com a de seus familiares sugere uma manifestação defensiva de seus sentimentos hostis e de seus conflitos, o que leva ao estresse emocional, tornando-a uma criança bastante vulnerável a manifestações psicossomáticas.

O medo de que a mãe fique doente e de que ela vá embora e características do desenho, indicam que esse medo pode ser a expressão da culpa pela intensa agressividade edípica. Além disso o medo de que algo aconteça à mãe pode ser interpretado como desejo de que algo de ruim lhe aconteça (KLEIN, 1991/1996)

Alguns autores, entre eles Bion (1991) e McDougall (1996), enfatizam a importância das primeiras relações mãe-bebê no processo de desenvolvimento da

capacidade de simbolizar, que, por sua vez, é a base do processo de elaboração e síntese psíquica, tão necessária para a prevenção de somatizações.

A regressão psicossomática, para McDougall (1988), se dá a esses momentos mais primitivos. A manifestação psicossomática da criança participante pode simbolicamente representar a vivência de um drama antigo, que não pôde se manifestar de outra maneira. Nas palavras da própria autora:

...o drama sombrio do *soma* 'delirante' é uma história sem palavras. A expressão psicossomática é o horizonte derradeiro desses atos que tomam o lugar do imaginário e da capacidade de sentir; trata-se da regressão mais profunda e primária do ser. O próprio corpo se torna um campo de batalha, como se a luta aí travada exigisse esse preço para se fazer ouvir, embora o sentido do que está em jogo não nos seja claro (MCDUGALL, 1988, p. 134).

Caso 5: Síntese Interpretativa dos dados de anamnese e da entrevista

Trata-se de família composta por pai (43 anos), mãe (35 anos), uma filha de 12 anos e a participante da pesquisa, com 10 anos. A criança iniciou o tratamento na instituição de coleta de dados com oito anos de idade. Na época, apresentava psoríase moderada nas pernas e algumas manchas no tronco e no couro cabeludo. Com o tratamento obteve controle da doença, mas não a remissão total.

A mãe realizou exames pré-natais e a gravidez foi tranqüila do ponto de vista orgânico, embora muito difícil emocionalmente. A mãe conta que se sentiu abandonada pelo marido, “Foi muito difícil, eu sofri muito, parecia que ele não me queria mais, não queria aquele bebê”.

O parto foi normal e a termo, a criança nasceu com três quilos e saudável. A mãe não contou com participação dos familiares nem do marido nos momentos finais da gravidez e parto, o que a deixou muito ansiosa. A criança pegou o peito com facilidade, mas vomitava com certa freqüência após mamar. Foi desmamada com cinco meses, devido à tendência a vomitar e à preferência por alimentos sólidos.

Freud (1996e) chama atenção para o fato de que, ao mamar, a criança realiza as suas duas maiores necessidades: a de saciar a fome e a de prazer. Para Freud, a pulsão sexual, que ele chamou de libido, inicia seu percurso apoiada nas funções corporais, para, depois, se desprender dessas e passar a buscar o prazer independentemente, como é o caso do sugar sensual que a criança executa ao levar objetos ou o próprio dedo à boca, atividade que tem a finalidade única de dar prazer. Sendo assim, a boa incorporação do alimento é indício de saúde psíquica, sendo provável que um desenvolvimento com problemas na capacidade de incorporar o alimento possa estar relacionado a dificuldades no desenvolvimento da libido, que, para Freud, corresponde a dificuldades no desenvolvimento psíquico.

Diversos outros autores psicanalistas (Winnicott, 1975; McDougall, 1988/1996/1974; Klein, 1996) enfatizaram a incorporação normal do alimento como um fator fundamental no desenvolvimento psíquico. A dificuldade em reter o alimento no estômago pode ser indicativa de problemas na capacidade de incorporar o alimento (mundo) de maneira saudável, o que pode prejudicar o desenvolvimento psíquico.

A mãe conta que a criança dormia e alimentava-se bem, apesar dos vômitos, mas era muito chorona e irritada. Teve o desenvolvimento motor, cognitivo e social

normal e é muito apegada aos familiares; sempre foi bem na escola e tem muitos amigos. Teve enurese noturna até os oito anos.

A irritabilidade da criança, que a mãe relata existir desde o nascimento é outro indício de que ela poderia estar passando por níveis de ansiedade significativos. Sabe-se por Melanie Klein (1996), que o bebê, nos seus primeiros meses de vida, sofre ansiedades de caráter persecutório e que a boa relação com a mãe, principalmente no ato de amamentação, mas também nos cuidados gerais com a criança, faz com que o bebê possa sentir segurança no mundo, e, assim, acalmar-se.

Além disso, a mãe teve depressão pós-parto, o que pode ter colaborado para as dificuldades da criança. A mãe relatou que achava que não ia dar conta de cuidar da filha, não via nada de engraçado no bebê e desejou até que a filha não existisse. Essa hostilidade, carregada de sentimentos ambivalentes, tende a ser transmitida inconscientemente para a criança. Assim como o amor é transmitido e pode gerar uma sensação de um mundo bom e acolhedor, a hostilidade também o é, o que pode levar a criança a aumentar suas ansiedades persecutórias, no lugar de apaziguá-las (KLEIN, 1991).

Para Bowlby (2006, p. 3) “...o que se acredita ser essencial à saúde mental é que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente – uma pessoa que desempenha regular e constantemente o papel de mãe), na qual ambos encontrem satisfação e prazer.”

A mãe enfatizou o apego que existe entre ela e sua filha, comparando-o ao que existia entre ela e sua mãe. “Meu relacionamento com minha mãe era igual ao meu com minha filha. Ela tem por mim o mesmo apego que eu tinha pela minha mãe. Eu tinha muita pena de ver minha mãe trabalhando até os domingos, eu sofria de dó dela, sabe? Se ela estava triste eu também ficava triste, igual ao que acontece hoje com minha filha.” Sobre seu relacionamento com seu pai, contou que nunca foi bom, pois ele bebia, e complementou dizendo que foi ela a culpada pela separação de seus pais, culpa que parece carregar até hoje.

A mãe relatou, ainda, que a criança tem uma enorme dificuldade em se separar dela, que vai toda noite para seu quarto e que morre de medo de que a mãe morra ou sofra algum acidente ou doença. Contou que a filha a ajuda muito em seu

trabalho: “Minha filha é muito responsável. Ela tem dificuldade em separar-se de mim, cuida de mim como se ela fosse a mãe e não a filha”.

Esse apego exagerado pode ser exemplificado pelo relato da mãe sobre a ida da criança à escola pela primeira vez, quando tinha cinco anos. A criança deu muito trabalho para ficar na escola, segundo a mãe, por dificuldade de separar-se dela. Chorava, esperneava e gritava. A própria mãe diz que sofreu muito para conseguir deixar a filha na escola. Sobre deixar a filha com os outros ou ficar longe dela, diz o seguinte: “Nunca deixei minhas filhas com os outros; era cuidado mesmo, medo de deixar cair... eu era meio chata, queria elas sempre perto de mim”.

Os relatos da mãe parecem evidenciar as conseqüências de um desenvolvimento que deixou algumas marcas na relação mãe-criança. O apego exagerado sugere algum tipo de medo ou necessidade de reparação. Esse apego pode significar que a filha busca, ainda, o “seio bom” que não foi incorporado nos primórdios de seu desenvolvimento. Porém, esse tipo de busca pode ser carregada de sentimentos ambivalentes, pois quando o bebê, nos seus primeiros meses de vida, não alcança a satisfação buscada, tende a reagir com intensos sentimentos de agressão e ódio em relação ao objeto (mãe). Assim, esse medo de que a mãe se machuque pode significar também uma defesa, movida pela culpa, contra o desejo inconsciente de lhe fazer mal (Klein 1991/1996; Bowlby, 2006).

Nas palavras de Klein (1996, p. 201) “...é comum vermos meninas demonstrarem afeição exagerada pela mãe, mas essa afeição está parcialmente calcada na ansiedade e no sentimento de culpa.” Bowlby (2006) chama de “privação da mãe” a situação na qual uma criança não encontra a satisfação buscada na relação com a mãe. Sobre o mesmo assunto, Bowlby (2006) diz: “A privação parcial traz consigo a angústia, uma exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, em consequência, culpa e depressão”.

Síntese Interpretativa do desenho

A criança produziu uma mistura da própria família com uma família imaginária.

A interpretação desse desenho sugere tendências agressivas para com os familiares, na medida em que são transformados em personagens não humanas. Demonstra ainda forte indicação de tendências sexuais reprimidas. As mulheres, apesar de desenhadas com características de feminilidade e sensualidade, são

privadas dos genitais, pois são sereias, e os homens perdem uma perna, o que, segundo Corman (2004), pode ser indicativo possível de castração.

A criança nega seu desejo de se embelezar e de ser mulher e o projeta na irmã e na mãe. Essa negação de sua sexualidade fica mais evidente na entrevista, quando ela relata que todos, menos a criança menor (que é nitidamente ela mesma no desenho) vão a uma festa à fantasia. Ou seja, ela é a única que não tem “fantasias”. Esse aspecto também pode ser entendido como um sentimento de solidão e exclusão da criança, que “não vai à festa à fantasia”. A criança sente-se de fora, de lado, à margem da família, e parece compensar esse sentimento valorizando demais sua posição.

A personagem valorizada é ela mesma, por ter sido desenhada em primeiro lugar, com utilização de um tempo maior, com mais capricho, além de ser apontada como a mais feliz, a preferida e aquela com quem se identifica conscientemente. De alguma maneira todas as outras personagens encontram-se desvalorizadas (CORMAN, 2004).

Pode-se perceber fortes tendências edípicas no desenho dessa criança. Os pais são desenhados separados, indicando desejo de que não entrem em contato, o que fica claro também pelas figuras que os representam: o saci (figura que vive em matas ou florestas) e a sereia (que vive no mar). Pode-se interpretar que essas figuras também não poderão entrar em “contato sexual”, já que o saci não tem uma perna (representativa possível do falo), e a sereia não tem os genitais (CORMAN, 2004).

A possível manifestação do Complexo de Édipo aparece no desenho, no qual a criança se coloca ao lado do pai, sendo que a mãe e a irmã estão distantes. Possivelmente para disfarçar seus desejos, a criança desenha um duplo do pai entre ela e o pai, sentindo-se mais livre para a manifestação de seus desejos. Apesar de castrados (sacis), eles possuem belos cachimbos, o que também serve para amenizar a culpa edípica, projetando o falo no cachimbo. Ela, por sua vez, está sexuada (não é sereia), e voltada para o lado deles (CORMAN, 2004).

A filha-sereia colocada no desenho é, aparentemente, a representação de sua irmã adolescente, que, com quase treze anos, já é mais uma moça do que uma criança. A irmã e a mãe, por serem mais velhas, podem desfrutar de seus atributos sexuais. O desenho sugere que a criança sente hostilidade em relação à irmã por ser mais velha/moça, de modo que a desenha distante, quase fora do desenho. A

ausência dos genitais na irmã e na mãe pode indicar que a criança deseja castrá-las, proibi-las de usufruir da sexualidade, mas pode indicar também repressão dos próprios impulsos sexuais (CORMAN, 2004)

A agressividade em relação à mãe pode ser deduzida pelo fato de que ela foi desenhada por último, já sem espaço no lado direito da folha. Está muito longe do pai e seu rosto está relativamente disforme, sua boca é torta e seu cabelo bizarro.

No desenho dessa criança, as figuras da mãe e da irmã aparecem cobertas por escamas (as sereias). Interessante observar que a psoríase é uma doença que faz surgirem placas na pele, placas que se assemelham a escamas e o que é ainda mais elucidativo: as escamas nos desenhos das sereias estão colocadas nas pernas, que é o local onde a criança tem o maior número de placas de psoríase. Esse aspecto parece sugestivo de que os sentimentos reprimidos em relação a mãe e a irmã podem estar ligados ao aparecimento da doença. Com base em Corman (2004) e na interpretação psicanalítica, pode-se também sugerir a existência de uma dissociação entre áreas psíquicas: uma parte representada por desejos próximos à sexualidade de adulto (identificação com a mãe e a irmã) e uma parte representada pela sexualidade infantil bissexual e castrada (sereia e saci).

Conclusão

Tanto a entrevista com a mãe quanto o desenho (seguido de entrevista com a criança) parecem indicar que essa criança apresenta conflitos relacionados ao vínculo materno, provavelmente ligados a complicações iniciais na formação desse vínculo, dada a depressão pós-parto da mãe, conforme seu relato. Verifica-se, ainda, que essa criança, de 10 anos, sente-se excluída da vida adulta que a irmã adolescente e seus pais usufruem. Na história que a criança conta após o desenho, os familiares vão a uma festa à fantasia e, após a meia noite, eles se transformam para sempre em personagens fantásticos. Esses elementos podem ser sugestivos de forte alusão ao fato de poder crescer e passar a ter vida sexual, o que a criança parece temer, devido aos conflitos edípicos não elaborados.

Em seu desenho, a criança acrescenta a figura de um menino como um parceiro da irmã. Na entrevista após o desenho, a criança diz que os homens passam o dia “trançando o cabelo das sereias”, sugerindo uma conotação de caráter sexual.

Essa criança, assim como todas as outras entrevistadas, apresenta muito medo de perder a mãe, mostra-se extremamente responsável e sofre ao pensar que algo de ruim possa acontecer com a mãe. Mais uma vez, evidenciam-se dificuldades em lidar com seus sentimentos ambivalentes em relação à mãe, em que a agressividade em relação a ela parece bastante reprimida (KLEIN, 1991/1996).

No conjunto dos dados obtidos, pode-se sugerir que essa criança apresenta aspectos de fortes fixações nas primeiras fases de seu desenvolvimento, o que, de acordo com MacDougall (1988), é a base para o surgimento de manifestações psicossomáticas. O apego exagerado é indicativo de uma relação simbiótica, na qual mãe e filha permanecem indiferenciadas ou confundidas, o que pode, segundo McDougall (1988), associar-se ao aparecimento da manifestação psicossomática.

Caso 6: Síntese Interpretativa dos dados de anamnese e da entrevista

Trata-se de família composta por pai (33 anos), mãe (31 anos), um filho de 11 anos, uma filha de 8 (participante da pesquisa) e outro filho de 2 anos de idade.

A mãe relatou que passou mal durante a gravidez, vomitando com frequência, mas isso não significou nada de grave para ela, que considerou a gravidez como tranqüila. A criança não foi desejada, pois a mãe queria voltar a trabalhar e ficou muito triste ao saber da gravidez. Mas disse que essa tristeza não durou muito e que teve muito apoio do marido e de seus familiares durante a gravidez.

A criança nasceu de parto cesariano, a termo e saudável. Pegou o peito com facilidade e mamou até os seis meses. Teve alguns sintomas leves de psoríase já no primeiro ano de vida e apresentava falta de ar desde o primeiro mês, tendo a mãe que levá-la algumas vezes ao hospital devido a esse sintoma. Quanto à falta de ar, a mãe disse que não se chegou a qualquer diagnóstico médico e que o sintoma desapareceu após os primeiros anos de vida. Ao longo da infância, a doença de pele da criança oscilou entre momentos de remissão total e manifestações moderadas, que atingiam o tronco, os joelhos, os cotovelos e as mãos.

A mãe disse que se sentiu bem durante o parto, mas que “apagou” na hora que a filha nasceu, de modo que não a escutou chorar.

De acordo com esses relatos da mãe, constata-se a atuação de dois fatores desfavoráveis ao desenvolvimento da criança. Em primeiro lugar o fato de a mãe ter ficado muito frustrada ao saber que estava grávida. Sentimentos assim tendem a se manter por certo período, especialmente quando a gravidez impede algo necessário ou desejado pela mãe como a possibilidade de voltar ao trabalho (foi por não ter podido voltar a trabalhar que a mãe ficou triste ao saber que estava grávida). Esse tipo de sentimento, mesmo quando ausente da consciência, pode continuar a atuar com intensidade no inconsciente e ser captado pela criança. De acordo com Winnicott (1994), o bebê, durante os estágios iniciais de desenvolvimento, vive em estado de total dependência da mãe. Foi essa percepção que levou Winnicott a afirmar que um bebê não existe independentemente de sua mãe. Portanto, o desejo da mãe em ter um bebê e sua abertura emocional para recebê-lo pode ser bastante significativo e influenciar a formação inicial do vínculo mãe-bebê.

Outro fator relevante foi o fato de a mãe não ter escutado o bebê chorar. Essa fala da mãe “eu não escutei meu bebê chorar” é significativa no contexto de seu relato, pois, além de não ter de fato escutado a criança chorar no dia do parto,

reveste-se do aspecto simbólico dessa lembrança, que parece ter ficado forte na mente da mãe; ou seja, a possibilidade de que essa mãe nunca tenha escutado sua filha chorar ou pedir por ela. Chiozza (1987,1997), ao pesquisar fenômenos psicossomáticos como artrite reumatóide, dermatoses, asma e outras manifestações respiratórias, compara muitos desses sintomas a uma espécie de choro simbólico, um pedido de atenção.

Essa possível interpretação é reforçada quando a mãe relata que quem mais ficava com a criança era sua mãe. Sua mãe (avó da criança) fazia tudo para ela: “eu só dava o peito”, diz a mãe, “o filho parecia que era da avó”. “Meus filhos dizem que têm duas mães, até certa idade chamavam a avó de mãe, e a mãe de mãe também.” Esses indícios apontam para a mesma direção, a saber: que a criança não tinha a mãe disponível para si e que, de alguma maneira, pode ter ocorrido dificuldade na formação ou fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

A avó ficava com a criança enquanto a mãe trabalhava. Percebe-se então que a mãe consegue, por fim, voltar ao trabalho, o que era seu desejo antes de ficar grávida e motivo para seu desespero com a notícia da gravidez. Nessa época, a mãe morava com o marido em uma casa e seus filhos moravam com a avó, em outra.

Em relação à falta de ar que a criança sentia desde os primeiros meses de vida, não foi diagnosticado nenhum distúrbio orgânico. Do ponto de vista psicológico, a falta de ar pode significar falta de vida. Pode-se sugerir que a ausência materna tenha levado essa criança a sentir que lhe faltava vida (ar). Segundo Klein (1991; 1996), uma das principais fantasias do recém-nascido relaciona-se ao medo de ser aniquilado, medo de não sobreviver. Sem ar não há vida, de modo que esse sintoma é indicativo de que as fortes ansiedades persecutórias sentidas pela criança no início da vida não tenham sido mitigadas pela presença de uma mãe/mundo suficientemente boa.

Como já mencionado, para Bowlby (2006) e McDougall (1998), a privação materna, mesmo que parcial, pode gerar problemas emocionais na criança, entre os quais se encontram as manifestações psicossomáticas.

A mãe relatou que a filha tem “ciúme doentio” do irmão mais velho. Além disso, tem um medo terrível de que algo aconteça a ele, como por exemplo, que ele se machuque. Age como se fosse mãe do irmão, cuidando dele, apesar deste ser mais velho (tem três anos a mais do que ela). Em relação ao irmão mais novo,

quando ele estava para nascer, a psoríase piorou muito. A criança tinha um medo terrível de que o irmão fosse morrer no parto e dizia para a mãe que achava que o parto “não ia dar certo”.

Constata-se aqui, segundo a interpretação psicanalítica, a possibilidade da ação de um desejo inconsciente de que esse irmão morresse no parto, o que indica que a criança não conseguiu internalizar uma mãe provedora e boa, sendo assim incapaz de manter seu sentimento de ser amada caso a mãe estivesse dispensando cuidados a um irmão (KLEIN, 1991/1996).

Quando indagada se já ficou separada da filha alguma vez, a mãe disse que nunca. “Não consigo nem imaginar. Minha filha também não conseguiria, ela não consegue ficar longe de mim.” A mãe não deixa a filha dormir fora de casa e diz que a filha também não consegue dormir longe dela, embora os filhos tenham ficado sob os cuidados da avó quando pequenos.

A mãe relatou que a criança tem preocupações de adulto principalmente com ela e com o irmão. A professora dela observou e relatou para a mãe que a criança tem atitudes de adulto, chegando a perguntar se os pais eram muito rígidos. A mãe também relatou que a filha se preocupa com questões financeiras, se tem comida em casa, dentre outras preocupações e cuidados dessa natureza, o que demonstra a tensão e o montante de ansiedade que parecem habitar nessa criança.

Sua adaptação na escola foi muito difícil, mas quando não era a mãe que a levava, ficava mais fácil. A mãe contou que a filha não a deixa ir embora dos lugares. “Se eu a levo em algum lugar eu tenho que ficar.” Reafirma que a filha é muito apegada a ela. Não consegue imaginar a filha viajando sem ela e contou que passou a ir ao acampamento de escoteiro para vigiar a filha, pois quer saber de tudo o que acontece com ela.

Percebe-se nessas atitudes algo semelhante ao ocorrido nos demais casos analisados, nos quais a criança parecia fugir de seus impulsos hostis pela via oposta, a da afeição exagerada. De acordo com Klein (1991), por trás desse tipo de comportamento pode estar um forte sentimento de culpa pela agressividade e ódio dirigidos à mãe.

A aparente relação de dependência entre mãe e filha, indicando uma relação simbiótica, parece ser uma defesa para a emergência dos sentimentos hostis reprimidos de ambas, mãe e filha.

Segundo a mãe, a criança é muito medrosa, tem medo de tudo: ficar sozinha, ir ao banheiro sozinha, entre outros temores similares. Para Melanie Klein (1991; 1996), o medo excessivo na criança é sinal de que ela teme retaliação pelos seus próprios sentimentos agressivos. A criança, em sua fantasia, acredita que alguém quer fazer com ela tudo aquilo que ela deseja fazer com os outros, e, assim, pode sofrer de intensos medos persecutórios.

Síntese Interpretativa do desenho

A grande amplitude no traçado da figura do pai, da mãe e da personagem acrescida no desenho (três figuras à direita), pode indicar valorização dessas personagens. A criança projeta nelas a família onde só ela é tão grande (importante) quanto os pais (CORMAN, 2004).

As três primeiras figuras que desenha, à esquerda, representam ela mesma e os dois irmãos. Os traços aqui são bem mais fortes do que no resto do desenho, sugerindo conflitos e agressividade na relação entre essas personagens. Os irmãos estão visivelmente desvalorizados. O mais velho, que tem três anos a mais do que a criança participante, está do mesmo tamanho que ela. O irmão menor, com quem a criança rivaliza, foi a última figura a ser desenhada (tinha se esquecido de incluí-lo até o final do desenho) e está bastante deformada: seus ombros estão desiguais, um braço defeituoso, o antebraço foi amputado e o desenho foi realizado com extrema rapidez, aparentemente a contragosto. O irmão mais velho ela desenhava e apagou bastante, dando a impressão de que também o desenhava a contragosto. Nessa primeira parte do desenho aparece de forma prevalente a projeção de sua agressividade fraternal.

Na história de vida narrada pela mãe, foi informado que a criança tinha muito medo da mãe não voltar do hospital quando foi dar à luz o filho mais novo. Quando o irmão mais novo estava para nascer, manifestou um medo terrível de que ele fosse morrer no parto e dizia para a mãe que achava que não ia dar certo. Nessa época, a psoríase piorou consideravelmente. O fato de a criança praticamente eliminar seu irmão menor do desenho (desenhou-o por último, incluindo-o ao lado das outras duas personagens) reforça a interpretação de que seu medo do irmão morrer, no ato do nascimento, pode, na verdade, significar o desejo de que ele morresse. Tal desejo pode ser entendido pela dificuldade dessa criança de suportar dividir sua

mãe com mais um irmão. O medo de que o irmão morresse seria, então, o desejo de que ele não existisse, transformado em medo pela culpa (KLEIN, 1991/1996).

No inquérito após o desenho, na história que contou sobre a família desenhada, a criança relatou que ela é “A grande família”, e justificou o nome dado dizendo que “tem muita gente nessa família”. Provavelmente seja realmente este o sentimento que a criança tem quanto à sua família: “gente demais” para dividir com ela o afeto e os cuidados parentais.

A inveja e o ciúme que aparecem ligados aos irmãos sugerem que essa criança não introjetou um objeto/mundo bom, o que é consequência de possíveis falhas no desenvolvimento do vínculo primário. A incapacidade de dividir a mãe com os irmãos sugere que a criança não é capaz de sustentar dentro de si um mundo bom quando não está em contato direto e exclusivo com as fontes de amor, o que demonstra que sua segurança interna (consequência da boa introjeção de um mundo bom) é muito pequena (KLEIN, 1996).

Cintra e Figueiredo (2004, p126), discorrendo sobre a obra de Melanie Klein, no que diz respeito à importância da introjeção do objeto bom, dizem: “...a primeira relação de objeto tem uma importância absoluta, pois é ela que pode levar à introjeção do bom objeto, e isso equivale à constituição de um núcleo gerador de pulsões de vida. No caso do processo falhar, toda a seqüência do desenvolvimento ficará comprometida”.

Nas palavras de Klein (1991, p. 209-210) “...cheguei à conclusão de que se esse objeto originário, que é introjetado, fica enraizado no ego em relativa segurança, está assentada a base para um desenvolvimento satisfatório”.

No desenho da criança, as três personagens colocadas à direita parecem compor um segundo desenho à parte. A partir da personagem do meio, o desenho muda: os traços ficam mais leves, o tamanho das figuras aumenta, e as projeções dos conflitos edípicos tomam conta da cena. De acordo com as possibilidades interpretativas descritas por Corman (2004), aqui a criança parece realizar o desejo de ser filha única e ao mesmo tempo de ser a mãe. Se a figura da mãe, colocada na extrema direita, fosse retirada do desenho, o que quase acontece, a criança ficaria sozinha com o pai e seus “filhos”. Com efeito, na entrevista ela diz que essa personagem, que a representa, cuida dos outros meninos como se fosse a mãe.

A personagem do meio é a principal e é uma projeção da própria criança. É a maior entre as crianças, ocupa o centro do desenho e é a preferida. Aqui parece que

a criança projeta o desejo de ser mais amada, mais valorizada e melhor do que os irmãos, assim como o desejo de tomar o lugar da mãe. O pai, figura colocada à sua direita, está nitidamente voltado para ela. Ela, por sua vez, a exemplo do que já havia acontecido no desenho da participante 1, tem a saia arrastada para o lado do pai, em uma típica manifestação de aproximação com ele. O pai está de costas para a mãe. Essa ocupa uma posição quase fora do desenho e seus pés e sua cabeça sugerem que está saindo da folha. A posição do pai é ambivalente; se, por um lado, está voltado para a filha de braços abertos, de outro tem os pés voltados para a mãe. Outro detalhe sugestivo aparece em relação às roupas da mãe e da filha: enquanto a roupa da filha apresenta um coração, a da mãe é repleta de botões, que fecham todo seu corpo dentro da roupa. Esse desenho sugere a ambivalência do conflito edípico nessa criança, assim como a intensidade da agressividade fraternal (CORMAN, 2004).

Conclusão

O desenho dessa participante revela, na interpretação de acordo com Corman (2004), a intensidade de sentimentos hostis aparentemente existentes em relação aos irmãos (conflitos fraternais) e também a força de seu conflito edípico. O desenho reforça ainda a percepção de que essa criança recebeu muito mal o nascimento do irmão mais novo, tendo desenvolvido fortes impulsos hostis a ele direcionados.

Sentimentos de hostilidade como os revelados exigem um aparelho psíquico forte o suficiente para dar conta de elaborá-los em um plano simbólico. McDougall (1988) e Klein (1991; 1996), deixam claro que dificuldades na síntese psíquica podem ser creditadas a dificuldades nas primeiras relações de objeto, além disso a incapacidade de simbolização faz com que descargas emocionais sejam dirigidas ao corpo.

Conforme relatado pela mãe, a psoríase da criança piorou muito quando o irmão pequeno estava para nascer e após seu nascimento. Tal manifestação pode indicar que os intensos sentimentos de ambivalência vividos pela criança não puderam ser simbolizados e elaborados mentalmente, sendo assim projetados no corpo, nos sintomas de pele.

Essa criança parece ter sofrido privação do contato com a mãe, que não queria ficar grávida e delegou a criação da filha à avó materna. O apego exagerado desenvolvido entre ambas, o cuidado excessivo da criança com o bem-estar da mãe

e com o irmão, o medo da mãe morrer, assim como os indícios de que a criança sofreu bastante com a chegada do irmão mais novo são sugestivos de uma mente que se defende de intensos sentimentos de ameaça e medo de desintegração, características freqüentes nos indivíduos que sofreram severas frustrações no início do desenvolvimento, quando o objeto bom é internalizado. A possibilidade de introjetar o objeto/mundo bom dá à criança a capacidade para se desenvolver saudavelmente e suportar pressões emocionais (KLEIN, 1991).

No caso dessa criança, a doença dermatológica parece ter sido uma via de saída ou de expressão para que pudesse lidar com suas excessivas demandas psíquicas (CHIOZZA, 1987; MCDOUGALL, 1996).

2.2 Discussão dos resultados

Entre as dez crianças de sete a dez anos com diagnóstico de psoríase na instituição na época da coleta de dados para esta pesquisa, uma era do sexo masculino e nove do sexo feminino. De acordo com a literatura, a psoríase atinge indivíduos de ambos os sexos na mesma proporção, porém tende a acometer indivíduos do sexo feminino em idade mais precoce, o que aparece na amostra deste estudo (COHEN, 2000; LOWY 2000). Das dez crianças citadas acima seis compuseram o grupo de participantes da presente pesquisa.

Três participantes da pesquisa relataram casos de psoríase na família. Esses dados são condizentes com a literatura, embora não apresentem validade estatística pelo número reduzido da amostra. Bork e Brauninger (1998) relataram que a predisposição para a doença tem fundo hereditário. De acordo com Cohen (2000), a incidência familiar atinge 30% dos casos da doença. Em estudo realizado com pacientes com psoríase, Brophy, Taylor e Calin (2003) relataram que metade dos entrevistados em sua pesquisa referiu casos de psoríase na família.

No que diz respeito ao vínculo mãe-bebê, primeiro objetivo específico desta pesquisa, todas as duplas participantes revelaram ter passado por algum evento sugestivo de que a relação vincular pode ter sido abalada do ponto de vista emocional. Além disso, todas as duplas viviam uma relação de mútua dependência afetiva e apego exagerado, com características de um vínculo simbiótico, confuso ou ambivalente entre mães-filhos. Todas as mães apresentaram aspectos sugestivos de imaturidade emocional, mostrando certo despreparo para a maternidade no momento de suas vidas em que engravidaram das crianças participantes, conforme aparece nos relatos de conflitos; rejeição inicial da gravidez; sentimentos de impotência e insegurança relacionados aos cuidados com o bebê ou depressão pós-parto.

Para alguns autores, entre os quais McDougall (1988; 1989; 1996), problemas na capacidade de elaboração de conflitos psíquicos relacionam-se ao desenvolvimento de manifestações psicossomáticas. Para McDougall (1989) essas falhas estão especialmente associadas a problemas no vínculo primário entre a mãe e o bebê.

Conforme a literatura na área da psicossomática psicanalítica é possível sugerir uma associação entre o aparecimento da doença de pele nas crianças participantes e as questões vinculares traumáticas por elas vividas. De acordo com

Anzieu (1989), a pele é a expressão simbólica do *self*, órgão e barreira imunológica do corpo humano e local onde são vividas as primeiras experiências do bebê com o mundo. A pele, por sua importância psíquica e somática, é alvo freqüente de manifestações psicossomáticas.

De acordo com os resultados obtidos nos estudos de caso realizados, constatou-se que a relação mãe-bebê dos seis participantes apresentou indicadores de algum tipo de dificuldade, simbolicamente associada ao aparecimento e/ou agravamento da doença de pele.

Diversos autores (WINNICOTT 1979, 1983; BION, 1991; KLEIN 1991, 1996; ABRAM 2000; BOWLBY, 2006) indicam a primeira relação da mãe com o bebê como o momento crucial do desenvolvimento psíquico, e atribuem diferentes distúrbios psíquicos a falhas nessa primeira relação vincular, incluindo dificuldades na capacidade de simbolização. Para McDougall, essas falhas na capacidade de simbolização são fundamentais para a tendência somatizante.

O segundo e o terceiro objetivos específicos desta pesquisa foram: verificar possíveis conflitos fraternais e edípicos no desenvolvimento das crianças e investigar a percepção atual que as crianças têm de si mesmas e de suas famílias, o que foi realizado pela aplicação do Teste do Desenho da Família (Corman, 2004) nas crianças participantes.

Os resultados obtidos, em todos os casos analisados, são sugestivos de que as crianças participantes apresentaram fortes sentimentos hostis em relação aos pais e irmãos, e uma percepção de que são desvalorizadas em seu contexto familiar. Em cinco casos, a intensidade do conflito edípico ficou evidenciada, e, no único caso em que não se chegou a essa constatação (caso 5), foi possível identificar a presença de conflitos ainda mais intensos e anteriores aos edípicos, e não a ausência de conflitos.

Sobre a hostilidade fraternal, a criança só pode sentir-se segura e capaz de dividir a mãe com os irmãos se o amor materno foi internalizado de forma positiva, servindo de sustentação e apoio para a criança nos momentos em que a mãe está ausente. De acordo com Winnicott (1983), para suportar a ausência da mãe o bebê precisa, antes, ter vivido a sensação de sua presença, quase que absoluta no início da vida. Nas palavras do autor: “Em psicologia, é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro” (WINNICOTT, 1990, p. 137).

Com relação aos conflitos edípicos que aparecem na análise dos casos estudados, pode-se sugerir que os prejuízos iniciais nos vínculos mães-crianças continuaram atuando e influenciando o desenvolvimento psíquico posterior. Segundo Freud (1996b), os conflitos edípicos aparecem num momento em que todo o desenvolvimento anterior da libido irá se organizar em um todo coerente, em que os diversos instintos sexuais (*instintos componentes*) irão reunir-se na busca de um único objeto. Para os meninos, esse objeto de atenção e desejo será a mãe e para as meninas, o pai. Dessa forma, constituem-se objetos incestuosos e proibidos, tendo que ser abandonados; o desejo deverá ser reprimido e desviado para outras questões vitais. A resolução edípica será ou não alcançada, dependendo da qualidade do desenvolvimento libidinal inicial, desde os estágios orais do começo do desenvolvimento. Assim, os indícios de conflitos edípicos encontrados nos desenhos e reforçados pelos respectivos inquéritos, fortalecem a idéia de que as crianças estudadas não haviam passado de maneira satisfatória pelos primeiros estádios do desenvolvimento psíquico que, segundo Melanie Klein (1991; 1996), já incluem questões edípicas desde o período do desmame.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar as relações vinculares de crianças com psoríase e suas famílias, dando ênfase ao vínculo mãe-bebê. Essa investigação foi realizada a partir de uma entrevista semi-estruturada realizada com as mães e pela aplicação do Teste do Desenho da Família, realizado com as crianças.

Os resultados alcançados sugerem, em todos os casos analisados, a ocorrência de problemas vinculares entre as mães e as crianças participantes. As duplas mães-crianças estudadas haviam sofrido algum tipo de dificuldade na formação do vínculo primário, desenvolvendo vínculos simbióticos ou complicados.

As crianças apresentaram intensos conflitos fraternais e edípicos, de acordo com as interpretações realizadas à luz das teorias de McDougall e de Melanie Klein bem como das possibilidades de análise e interpretação apresentadas por Corman. Os aspectos conflituosos identificados na análise dos desenhos produzidos pelas crianças foram condizentes com os informes levantados nas entrevistas com as mães, obtendo-se complementação de dados e aprofundamento quanto à possibilidade de compreensão de possíveis relações de significado e/ou simbólicas entre esses dados e a eclosão e/ou agravamento da psoríase nas crianças estudadas.

As dificuldades constatadas por meio das informações relatadas pelas mães nas entrevistas de Anamnese e na entrevista sobre sua história de vínculos foram concordantes com os resultados obtidos nas análises dos desenhos das crianças, bem como encontraram respaldo na literatura pesquisada e utilizada como referência no presente estudo.

Os resultados obtidos mostraram que todas as crianças com psoríase e mães participantes desenvolveram vínculos simbióticos ou dependentes, carregados de tensão e de sobrecarga emocional para as crianças, confirmando resultados de pesquisas na área da psicossomática, indicativos de que o estresse emocional resultante de conflitos dessa natureza apresenta relações de influência com a gênese ou exacerbação de diferentes sintomas ou doenças somáticas.

Sugere-se, entretanto, a realização de futuras pesquisas visando aprofundar os conhecimentos disponíveis sobre o tema, ampliando a identificação e a compreensão das possíveis relações entre os aspectos vinculares estudados e a psoríase e demais doenças dermatológicas. Indica-se a realização de estudos com

amostra maior de participantes, com outros instrumentos, bem como com a utilização de controles.

Tendo em vista o fato de que a psoríase não tem etiologia definida, por ser uma doença associada a aspectos emocionais, e pela escassez de estudos encontrados na literatura sobre as possíveis relações entre o desenvolvimento psíquico primitivo infantil e manifestações psicossomáticas, os resultados encontrados nesse estudo fortalecem a necessidade da elucidação dos diferentes aspectos psicológicos implicados na complexa cadeia etiológica dessa doença.

Considerando-se os danos na qualidade de vida dos indivíduos com diagnóstico de psoríase e os possíveis prejuízos adicionais ao desenvolvimento de crianças com essa manifestação dermatológica, sugere-se ainda, que os pacientes infantis com diagnóstico de psoríase e suas mães e/ou familiares, sejam encaminhados para avaliação psicológica e tratamento multiprofissional, visando abarcar o conjunto de fatores implicados na gênese e agravamento da doença.

Devido à natureza dos vínculos familiares das crianças estudadas e às falhas profundas nas primeiras relações de objeto em seu desenvolvimento psíquico sugeridas pelos resultados obtidos, essas crianças e suas mães poderiam ser beneficiadas pela psicoterapia psicanalítica. Essa abordagem psicoterápica disponibilizaria o material teórico e o manejo técnico necessários para a resignificação das experiências relacionais aludidas neste estudo.

O atendimento em questão deveria ser focalizado nas relações vinculares da criança com a mãe e com a família, além de permitir que a mãe seja parte fundamental do tratamento dessas crianças.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ABRAM, N; TOROK, M. **A casca e o núcleo**. São Paulo: Editora Escuta, 1978.
- ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1989.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 2001.
- ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- AZEVEDO, G. M. G; NEME, C. M. B; FURIGO, R. C. P. L. Relação simbiótica mãe-criança e psoríase infantil. In: **Segundo Congresso Brasileiro de Psicologia: ciência e profissão**, Comunicação de Pesquisa, 2006. Disponível em: <http://www.cienciaeprofissao.com.br/anais/detalhe.cfm?idTrabalho=3792>>.
- BARDIN, L. A. **A análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BECHELLI, L. M; CURBAN, G. V. **Compêndio de dermatologia**. 6. ed. São Paulo: Atheneu, 1988.
- BION, W. R. **O aprender com a experiência**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- BLEGER, J. **Simbiose e ambigüidade**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1977.
- BORK, K; BRAUNINGER, W. **Dermatologia clínica: diagnóstico e terapia**. São Paulo: Manole, 1998.
- BOROSSA, J. Histeria. In: BOROSSA, J. **Conceitos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; São Paulo: Duetto, v. 17, 2005.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- _____. **Perda: tristeza e depressão**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BRAZELTON, T. B. **Momentos decisivos no desenvolvimento infantil**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BROPHY, S. et al. The interrelationship between sex, susceptibility factors, and outcome in ankylosing spondylitis and its associated disorders including inflammatory bowel diseases, psoriasis, and iritis. **Journal Rheumatol**, v. 30, n. 9, p. 2054-2058, 2003.
- CAMPOS, D. M. S. **O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade: validade, técnica de aplicação e normas de interpretação**. Petrópolis: Vozes, 1987.

CAPOTE, P. S. O. et al. O papel da fé no enfrentamento do câncer. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. (orgs). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

CARVALHO, S. C et al. Dermatoses pediátricas no Hospital da Universidade Federal de Pernambuco. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 289-294, maio/jun. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000300004>.

CATROPA, S. L.M. **Estudo Clínico de Características de Personalidade em Pacientes com Psoríase, através de entrevistas e do Exame de Rorschach**. Dissertação de Mestrado. São Bernardo do Campo. Instituto Metodista de Ensino Superior. São Paulo. 1986.

CECCONELLO, A. M; KOLLER, S. H. Avaliação da representação mental da relação de apego através do desenho da família: um estudo com crianças Brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 51, n. 4, p. 39-51, 1999.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.** v. 20, n.4, p. 64-79, dez, 2000.

CHIOZZA, L.A. **Os afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

_____. **Por quê adoecemos?** A história que se oculta no corpo. Campinas: Papirus, 1987.

CINTRA, E. M. U; FIGUEIREDO, L. C. **Melanie Klein: estilo e pensamento**. São Paulo: Escuta, 2004.

COHEN, B.A. **Dermatologia pediátrica**. São Paulo: Manole, 2000.

COLOGNESE, S. A., MÉLO, J. L. B. A técnica de entrevista na pesquisa social. In: Pesquisa social empírica: métodos e técnicas. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, PPGS/UFRGS, v.9, 1998.

CORMAN, L. **O teste do desenho da família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico – V**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

D'ALLONES, C. R. O estudo de caso: da ilustração à convicção. In: D'ALLONES, C. R. et all. **La D'emarche Clinique en sciences, humaines, documents, methods e problems**. Paris, 1989.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a medicina. In: MELLO FILHO, J. **A psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

FELDMAN, S; BEHNAM, S. E. K. Involving the patient: Impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 53, n. 1, p. S78-S85, 2005.

FERRACINA. et al. Aspectos psicológicos das crianças com glaucoma do desenvolvimento. **Arq Bras Oftalmol**. v. 67, n. 6, p. 859-62, 2004.

FINLAY A.Y; COOLES, E.C. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. **British Journal of Dermatology**. v. 132, n. 2, p. 236-244, 1995.

FONSECA, A. R; CAPITÃO, C. G. Abuso sexual na infância: um estudo de validade de instrumentos projetivos. PSIC - **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 6, n.1, p. 27-34, jan./jun, 2005.

FONTES NETO, P. T. L. et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadores de dermatite atópica. **Rev. de Psiquiatria Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, 2005.

FONTES NETO, P. T. L. et al. A dermatite atópica na criança: uma visão psicossomática. **Rev. de Psiquiatria Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, 2006.

FREITAS, F. A; NORONHA, A. P. P. School psychology clinic: a survey of instruments used in psychodiagnosics process. **Psicol. esc. educ.**, v. 9, n.1, p.37-46, june, ISSN 1413-8557, 2005.

FREUD, S. **O Ego e o Id, uma neurose demoníaca do século e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (Original publicado em 1923-1925).

_____. **Um caso de histeria e três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. (Original publicado em 1916- 1917).

_____. **O futuro de uma ilusão**. O mal estar na civilização e outros trabalhos. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

_____. **Totem e tabu e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. (Original publicado em 1913).

_____. **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. (Original publicado em 1915)

_____. **À guisa de introdução ao narcisismo**. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v.1. Rio de Janeiro: Imago, 2004. (Original publicado em 1914; tradução do Alemão).

_____. **Luto e melancolia**. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. Escritos sobre a psicologia do inconsciente, v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Original publicado em 1917, tradução do Alemão).

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica**: baseado no DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun, 1995.

GRASSANO, E. **Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

HAMMER, E. F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

HORTA, C. R. **Avaliação do comprometimento emocional e da percepção corporal segundo em crianças com doenças hepáticas**. Dissertação (Mestrado)-UNESP-Faculdade de Medicina, Botucatu, 2006.

HUTZ, C. S; BANDEIRA, D. R. Tendências contemporâneas no uso de testes: uma análise da literatura brasileira e internacional. **Psicologia reflexão e crítica**, n. 6, p. 85-101, 1993.

ISHIDA, C; KAHTALIAN, A; TROPE, M. Aspectos psicossomáticos da psoríase: Relato de um caso de regressão narcísica em um paciente portador de psoríase eritrodérmica. **Anais. Bras. Dermatologia**, v. 60, n.5, 1985.

KAHTALIAN, A; ROSA, R. L. A. Uma criança é espancada: contribuição à psicogênese da psoríase. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Volume 44 no. 44. Pág.463 a 472. 09/1995.

KLEIN, M. **Amor culpa e reparação**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLEPSCH, M.; LOGIE, L. **Crianças desenharam e comunicam**: uma introdução aos usos projetivos dos desenhos infantis da figura humana. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

KOO, J.Y; LEBWOHL A. Psychodermatology: the mind and skin connection. **American Family Physician**, v. 64, n. 11, dec.1, 2001. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/20011201/1873.html>>.

_____; PHAM C. T. Psychodermatology: practical guidelines on pharmacotherapy. **Archives of Dermatology**, v. 128, n. 3, mar. 1992. Disponível em: <<http://archderm.ama-assn.org/cgi/content/abstract/128/3/381>>.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LOWENFELD, V. **A criança e sua arte**. São Paulo: Mestre Jou, 1954.

LOWY, G. et al. **Atlas de dermatologia pediátrica topográfico e morfológico**. São Paulo: Medsi, 2000.

LUDQUÉ, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAROT, S. V. R. Distúrbios de ansiedade e depressão na dermatologia. **Anais Bras. Dermatologia**, v. 68, n. 5, 1993.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. **Teatros de La Mente: ilusión y verdad em el escenario psicoanalítico**. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.

_____. The psychosoma and the psychoanalytic process. **International Revue of Psychoanalysis**, v.1, p. 437-459, 1974.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **A psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artmed: 1992.

MEREDIEU, F. **O desenho infantil**. Trad: Álvaro Lorencini e Sandra M. Nitrini. São Paulo: Editora Cultrix, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

MONTAGU, A. **Tocar: O significado humano da pele**. São Paulo: Summus, 1988.

MOREIRA, M.D; MELLO FILHO, J. **Psicoimunologia Hoje**. In: MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992; p.119-151.

NEME, C. M. B. Introdução. In: NEME, C. M. B; RODRIGUES, O.M. P. R.. **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003; p. IX-XII.

_____. **Stress, enfrentamento e resiliência na história de mulheres com e sem câncer**. Tese (Pós-Doutorado)- PUC, Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress, Campinas, 2005.

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

OLIVEIRA, K. L; NORONHA, A. P. P; DANTAS, M. A. Instrumentos psicológicos: estudo comparativo entre estudantes e profissionais cognitivo-comportamentais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 359-367, out.-dez. 2006.

PATRÚS, A; SANTOS, N. M. B. Fatores psicogênicos em psoríase, estudo caso-controle seccional cruzado de 41 psoriáticos e 88 controles. **Anais Bras. Dermatologia**, v. 68, n. 6, 1993.

PERES, R. S; SANTOS M. A. Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3: p. 361-70, jul./set. 2006.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Forense: Rio de Janeiro, 1969.

RETONDO, M. F. N. G. **Manual prático da avaliação do HTP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

RIVIERE, J. **Os progressos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan 1982.

ROCKENBACH, D. P; PICCININI, C. A. Interação mãe-criança em díades com crianças asmáticas: algumas considerações teóricas. In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. V. 46 Números 1/2, p 63-83, 1994.

RODRIGUES, A. L; GASPARINI, A. C. L. F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p 93-107.

ROTH, P. **O superego**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Ediouro, Segmento Duetto, 2005. (Série Conceitos da Psicanálise).

SAMPAIO, S. A. P. **Dermatologia**. Rio Grande do Sul: Artes Médicas, 2007.

SANTOS FILHO, O. C. Psicanálise do "Paciente Psicossomático". **Revista Brasileira de Psicanálise**, Órgão oficial da Associação Brasileira de Psicanálise São Paulo, v. 28, n 1, p. 111-128, 1994.

SILVA, T.D; MULLER, C; BONAMIGO, R. **Anais Bras. Dermatologia**, v. 81, n. 2, 2006.

SILVA, S. K; SILVA, A. T. E. Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, estresse e eventos da vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, 2007.

SOUZA, A. P. F. S. et al. Associação de eventos estressores ao surgimento ou agravamento de vitiligo e psoríase. **Psico**, v. 36, n. 2, 2005.

STEINER, D; PERFEITO, F.L. A relação entre estresse e doenças dermatológicas. In: LIPP. M.E.N. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do estresse: teoria e aplicação clínica**. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.

TABORDA, V. V. M; WEBER, B. M; FREITAS, S. E. Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. **Anais Bras. Dermatologia**, v. 80, n. 4, 2005.

VALLE, T. G. M. **Reciprocidade sócio-afetiva da criança com fissura lábio-palatal e sua família.** 2000. Tese (Doutorado)- USP, Instituto de Psicologia, São Paulo, 2000.

VOLICH, R. M. **Psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. (Coleção Clínica Psicanalítica).

WECHSLER, S. M; SCHELINI, P. W. Validade do desenho da figura humana para avaliação cognitiva infantil. **Aval. psicol.**, v.1, n.1, jun., p.29-38, 2002. ISSN 1677-0471.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WORDSWORTH, W. **The Prelude.** New York: W. W. Norton e Co., 1979.

ZIMERMAN, D. E. **Vocabulário contemporâneo de psicanálise.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

ANEXO A**ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DE PRONTUÁRIO**

Número de identificação:

Data de início do tratamento na instituição:

Idade (em anos e meses):

Sexo:

Diagnóstico médico:

Tratamentos médicos atuais e resultados:

Tratamentos já realizados para a psoríase:

Início da doença:

Comorbidades:

Outras observações sobre a saúde da criança constantes do prontuário:

ANEXO B**ROTEIRO DE ANAMNESE (ADAPTADO PARA A PESQUISA)**

Número de Identificação:

Idade da criança:

Sexo:

Idade da Mãe:

Profissão:

Ocupação atual:

Idade do Pai:

Profissão:

Ocupação atual:

Questões:

- A) Constituição atual da família (genograma)

- B) Gestação da criança participante:
 - 1) Pré-natal (periodicidade, local, como)
 - 2) Saúde materna durante a gestação.
 - 3) Outras ocorrências durante a gestação (na família, no trabalho, na vida social e econômica)
 - 4) Trabalho materno durante a gestação.
 - 5) Mãe/pai desejou a gravidez? Por quê?

- C) Condições de nascimento:
 - 1) Onde nasceu (assistência médico-hospitalar)
 - 2) Parto a termo? Parto normal ou não? Como foi?
 - 3) Mãe teve acompanhamento/apoio do pai da criança? E de familiares?
 - 4) Condições de saúde da criança ao nascer.
 - 5) Amamentação ao nascer (até quando)

- D) Do nascimento a dois anos de idade.
 - 1) Saúde da criança durante este período (doenças, acidentes, etc.)
 - 2) Alimentação e sono.
 - 3) Desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo e social.
 - 4) Mudanças com o casal e na família após o nascimento da criança.
 - 5) Relacionamento da criança com irmãos e pais.
 - 6) A criança ficou em creches/escolas maternas ? Idade ?

E) Desenvolvimento da criança de dois anos até a idade atual:

- 1) Saúde geral (doenças, acidentes, outros)
- 2) Desenvolvimento motor, linguagem, cognitivo, afetivo e social.
- 3) Escolaridade
- 4) Relacionamento familiar (com irmãos, com pais)

F) Psoríase na família.

- 1) Existe algum outro integrante da família com psoríase? Quem? Desde quando?
- 2) Existe algum outro integrante da família de origem do pai ou da mãe com psoríase? Quem? Desde quando?

ANEXO C

ROTEIRO DE ENTREVISTA ESTRUTURADA COM A MÃE: DADOS PESSOAIS DA MÃE, HISTÓRIA DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ E DEMAIS DADOS SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.

- I - Aspectos relativos à história pessoal da mãe:
- A. História de relacionamento com sua mãe na infância, adolescência e idade adulta.
 - B. História de relacionamento com seu pai, irmãos e familiares na infância, adolescência e idade adulta.
 - C. Ocorrências negativas e positivas em sua história de vida que considera importantes.
 - D. Escolha/relacionamento com o pai da criança foi aprovado pela família de origem? Se não, por quê?
 - E. Relacionamento com a família de origem no período imediatamente anterior à gravidez desta criança.
 - F. Relacionamento com a família de origem após o nascimento da criança.
- II - Aspectos relativos à relação conjugal (com o pai da criança):
- A. Relacionamento conjugal antes e após o nascimento da criança (primeiros dias, primeiro mês; de 1 a 4 meses; de 1 a 2 anos de idade)
 - B. Relacionamento conjugal atual.
 - C. Participação do pai nos cuidados com o bebê nos primeiros dias e meses.
 - D. Participação do pai nos cuidados com a criança nos dois primeiros anos.
- III - Aspectos relativos à mãe nos períodos de gestação, parto e puerpério.
- A. Como se sentiu quando ficou sabendo que estava grávida? O que fez?
 - B. Como foi o seu relacionamento com o pai da criança durante a gravidez?
 - C. Como estava se sentindo nas últimas semanas antes do parto? E durante o parto?
 - D. Como se sentia logo após o parto? Como foi o primeiro contato com o bebê?
 - E. Como se sentiu ao sair do hospital (ou após os três primeiros dias) até mais ou menos um mês? Itens a serem explorados: paciência, amabilidade,

segurança, satisfação em relação ao bebê, sentimento em relação ao pai da criança, humor, fadiga etc.

F. O que fazia quando cuidava do bebê (amamentação, banho, fazer dormir, etc.)

G. Tinha ajuda de alguma pessoa (cônjuge, seus pais ou familiares, amigos, etc.) para cuidar da criança?

H. Você ou seu cônjuge tinham preferência pelo sexo do bebê? Houve frustração? Como procederam?

IV - Aspectos relativos ao vínculo mãe-criança no período de um a quatro meses de idade da criança:

A. Como estava sua vida neste período? Como se sentia em geral?

B. Como se relacionava com o bebê durante os cuidados com ele (amamentação, banho, trocas, fazer dormir, etc.)? Itens a serem pesquisados: olhava o bebê, acariciava-o, conversava com ele?

C. Como se sentia durante esse período? Itens a serem explorados: paciência, amabilidade, segurança, satisfação em relação ao bebê, sentimentos em relação ao pai da criança, humor, prazer em ficar com a criança, fadiga, etc.

D. Com que pessoa a criança ficava mais tempo durante esse período?

E. Você e seu filho ficaram separados por mais de duas semanas durante os primeiros quatro meses de vida? Se sim, por quê? Quem cuidou do bebê?

V - Aspectos relativos ao vínculo mãe-criança período de quatro meses a um ano de idade da criança:

A. Como estava sua vida neste período? Como se sentia em geral?

B. Como se relacionava com o bebê durante os cuidados com ele (amamentação, banho, trocas, fazer dormir, etc.)? Itens a serem pesquisados: olhava o bebê, acariciava-o, conversava com ele?

C. Como se sentia durante esse período? Itens a serem explorados: paciência, amabilidade, segurança, satisfação em relação ao bebê, sentimentos em relação ao pai da criança, humor, prazer em ficar com a criança, fadiga, etc.

D. Com que pessoa a criança ficava mais tempo durante esse período?

E. Você e seu filho ficaram separados por mais de duas semanas durante os primeiros quatro meses de vida ? Se sim, por quê? Quem cuidou do bebê?

F. Se a criança ficou em creche: como foi para você deixar a criança na creche? O que sentia?

VI - Aspectos relativos vínculo mãe-criança no período de um a dois anos de idade da criança:

A. Como estava sua vida neste período? Como se sentia em geral ?

B. Como se relacionava com o bebê durante os cuidados com ele (amamentação, banho, trocas, fazer dormir, etc.)? Itens a serem pesquisados: olhava o bebê, acariciava-o, conversava com ele ?

C. Como se sentia durante esse período? Itens a serem explorados: paciência, amabilidade, segurança, satisfação em relação ao bebê, sentimentos em relação ao pai da criança, humor, prazer em ficar com a criança, fadiga, etc.

D. Com que pessoa a criança ficava mais tempo durante esse período?

E. Você e seu filho ficaram separados por mais de duas semanas durante os primeiros quatro meses de vida ? Se sim, por quê? Quem cuidou do bebê?

F. Se a criança ficou em creche/escola: como foi para você deixar a criança na creche/escola?

VII – Aspectos relativos ao bebê.

A) Durante os primeiros quatro meses: sono, amamentação, choro, agitação/tranqüilidade; outras informações:

B) De quatro meses a um ano de idade: sono, choro, agitação/tranqüilidade, alimentação/ desmame; outras informações:

C) De um a dois anos de idade: sono, choro, agitação/tranqüilidade, alimentação/ desmame, treino de toilete; outras informações:

D) Considera ter sido difícil a relação com esta criança quando era bebê? Se sim, por quê?

VIII – Outras informações consideradas relevantes pelo pesquisador ou entrevistada.

ANEXO D

Procedimento de Aplicação do Teste do Desenho da Família

1. Instala-se a criança em uma mesa adequada.
2. Lápis preto e borracha.
3. Instrução: “desenhe uma família de sua imaginação” ou “imagine uma família de sua invenção e desenhe-a”.
4. Psicólogo fica acompanhando o teste e incentiva a criança se necessário.
5. Anota possíveis inibições e suas particularidades.
6. Anotar ponto da página e personagem pelo qual iniciou o desenho.
7. Verificar tempo gasto no desenho de cada personagem, e se tende a voltar para acrescentar detalhes em alguma personagem.
8. O teste não acaba com o fim do desenho. Após findado o desenho chega-se a vez da entrevista.
9. Elogia-se a criança pelo seu esforço.
10. Pede-se à criança que conte a história da família que desenhou. Pode-se ajudar perguntando: “Quem são eles”, “o que fazem”.
11. “Explique-me todas as personagens, começando pela primeira que você desenhou.” Podemos perguntar o papel que desempenha na família, sexo, idade.
12. Sugere-se as seguintes perguntas:
13. “Qual é o melhor de todos em sua família?”
14. “Qual é o pior de todos?”
15. “Qual é o mais feliz?”
16. “Qual é o menos feliz?”
17. Pergunta-se o porquê de cada resposta.
18. Outras perguntas possíveis:
19. “E você prefere quem nessa família?”
20. “O pai quer passear de carro, mas não cabe todo mundo, quem fica em casa?”
21. “Uma das crianças não se comportou bem, quem foi?”
22. Por fim diz-se à criança: “Suponha que você faça parte dessa família, qual deles seria?” ou “Qual deles você deseja ser?”.

23. Em seguida pergunta-se o porquê da preferência.

24. Se a criança tiver desenhado a própria família podemos perguntar que outra personagem gostaria de ser.

25. É muito importante anotar na folha de desenho a composição da verdadeira família, porque, a maior ou menor fidedignidade que a criança retrata, sob disfarce de uma família inventada, tem significado importante.

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A criança com psoríase e as relações vinculares com a mãe e com a família.

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dra. Carmem Maria Bueno Neme Mestrando. Guilherme Magnoler Guedes de Azevedo.

Pesquisador no local da coleta: Renata Bilion Ruiz Prado

Eu, _____ recebi dos pesquisadores esclarecimentos quanto ao Projeto intitulado VÍNCULO MÃE-BEBÊ E PSORÍASE INFANTIL .

Fui informada que o projeto pretende verificar o tipo de vínculo estabelecido entre as mães e os filhos durante os dois primeiros anos de vida da criança portadora de psoríase. Para esta participação me submeterei a uma entrevista e meu filho (a) se submeterá a um teste do desenho da família, que será aplicado no mesmo dia por uma auxiliar de pesquisa. A entrevista compreende questões relativas ao vínculo mãe-filho, com ênfase nos primeiros dois anos de idade da criança.

Compreendi que posso livremente interromper minha participação a qualquer momento, sem necessidade de justificar minha decisão. Compreendi, também, que será preservado o sigilo das identidades minha e de meu filho (a), bem como que não terei despesas e não receberei qualquer benefício material por participar do estudo.

Fui informada que posso receber explicações adicionais dos pesquisadores assim que queira solicitar, bem como, terei acesso aos resultados se assim o desejar.

Devidamente informada e esclarecida, manifesto aqui meu consentimento em participar do estudo.

ANEXO F
DESENHOS

DESENHO 1

DESENHO 2

DESENHO 3

DESENHO 4

DESENHO 5

DESENHO 6

