

**SILVANA NUNES GARCIA BORMIO**

**FANTASIAS INCONSCIENTES DE GESTANTES  
PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA  
POR MEIO DA TÉCNICA DO DESENHO-ESTÓRIA.**

TESE APRESENTADA AO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA E MASTOLOGIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM OBSTETRÍCIA, DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR.

**ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ CARLOS  
PERAÇOLI**

**BOTUCATU - 2008**

## **Dedico este trabalho**

### **Ao meu Pai,**

Que me deu exemplo de pessoa íntegra, correta, amiga, de uma humildade sem igual, que me estimulou a ter tantos dos predicados que ele possuía, e agradeço-lhe o grande amor que me dedicou, os exemplos de como deve ser um verdadeiro caráter e por tudo aquilo que me transmitiu e que ainda hoje me serve de orientação.

### **À minha mãe,**

Exemplo vivo de uma verdadeira lutadora, incansável, trabalhadora, detentora de características que marcam qualquer filho, lutando sempre ao lado da família. O meu obrigado por toda a força que procura me dar.

### **Ao meu marido Sérgio Luiz e minha filha Luiza Maria**

Que são as luzes da minha vida e que fazem com que o meu dia a dia tenha sempre mais alento, mais empenho e cada vez mais dedicação a eles. São presentes de Deus para mim.

### **Ao Professor Doutor José Carlos Peraçoli, meu orientador**

Por sua postura que sempre me ensinou muito. Pela coragem de ousar trabalhar com novas idéias e conceitos, correndo os riscos inerentes a esta atitude. Por sua amizade, principalmente. Pela compreensão silenciosa dos momentos difíceis pelos quais passei, permitindo que meu tempo interno fluísse, respeitosamente.

## **Agradecimientos**

## **A Deus**

Por iluminar o meu caminho e me dar forças.

## **Aos Professores Doutores Gimol Benzaquen Perosa e Marcos Consonni**

Pelas excelentes críticas e sugestões oferecidas durante o exame de qualificação, mesmo se algumas delas não pude (ou soube) aproveitar devidamente.

## **A Elza Magnoler**

Amiga e mestre que em sua imensa generosidade presenteou-me com grande parte de seu riquíssimo e raro conhecimento que tanto me auxiliou na interpretação dos dados obtidos neste estudo. Orgulho-me muito de ter sido merecedora de tão grande apoio, amizade e de compartilhar com ela interesses comuns.

## **A Dra. Marly Aparecida Fernandes**

Que com seu trabalho disponibilizou importantes contribuições para este estudo.

## **A Murillo da Silva Ultramare**

Pelo gesto carinhoso, pela amizade e lealdade. Por ajudar-me com seus conhecimentos da língua inglesa.

## **A minha comadre Maria Inês**

Grande companheira na vida e nas viagens. Agradeço a Deus pelos laços de amor e amizade que nos unem.

**Aos meus sobrinhos e sobrinhas Mariana, Alex, Renata, Ronaldo, Déborah, Giulia,  
Lorena, Laura, Lucas, Vítor, Rodrigo, Julianna e Bruna,**

Por alegrarem minha vida e compreenderem minha falta de tempo.

**Aos meus amigos,**

Agradeço a todos e todas que estão em minha vida, pensamentos e lembranças...

**A todas as gestantes que colaboraram com este estudo,**

Pela confiança e entrega.

*As quatro canções*

As quatro canções que seguem  
Separam-se de tudo o que eu penso  
Mentem a tudo o que eu sinto,  
São do contrário do que eu sou...  
Escrevi-as estando doente  
E por isso elas são naturais  
E concordam com aquilo que sinto  
Concordam com aquilo com que não concordam...  
Estando doente devo pensar o contrário  
Do que penso quando estou são  
(Senão não estaria doente),  
Devo sentir o contrário do que sinto  
Quando sou eu na saúde,  
Devo mentir à minha natureza  
De criatura que sente de certa maneira...  
Devo ser todo doente - idéias e tudo.  
Quando estou doente, não estou doente para outra cousa.  
Por isso essas canções que me renegam  
Não são capazes de me renegar  
E são a paisagem da minha alma de noite,  
A mesma ao contrário...

*Fernando Pessoa*

## **SUMÁRIO**

RESUMO .....	04
ABSTRACT .....	07
INTRODUÇÃO .....	10
OBJETIVOS .....	55
PACIENTES E MÉTODOS .....	57
RESULTADOS .....	63
DISCUSSÃO .....	69
CONCLUSÕES .....	87
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXOS .....	101

**RESUMO**

**JUSTIFICATIVA** - A gravidez é um momento complexo na vida da mulher. Um momento ao mesmo tempo rico e doloroso, impactante e inesquecível e que remete a grávida à sua própria origem. Existem alguns sintomas bastante comuns na gestação e que apesar de provocarem certo transtorno, podem ser vividos como prazerosos à medida que evidenciam a existência da gravidez. Sendo assim, a grávida pode vivenciá-los com relativa tranquilidade. O mesmo não acontece quando a gestante é portadora de alguma patologia considerada de alto risco, o que determina um clima de ameaça com conseqüente apreensão e insegurança como é o caso da hipertensão arterial.

Considerando-se a estreita relação entre o psíquico e o somático, o conhecimento das fantasias inconscientes por parte dos profissionais envolvidos no tratamento delas, pode favorecer um melhor e mais completo atendimento dessas gestantes.

**OBJETIVO** - Investigar sobre as fantasias inconscientes da gestante portadora de hipertensão arterial crônica.

**SUJEITOS E MÉTODOS** – Estudo prospectivo e qualitativo, de 35 gestantes hipertensas com idade entre 20 e 35 anos, idade gestacional inicial entre 16 e 36 semanas, Para o estudo das fantasias inconscientes foi utilizado a técnica projetiva de Desenho-estória com tema.

**RESULTADOS** – Predominam fantasias construtivas e amorosas, destrutivas e persecutórias e fantasias de caráter onipotente. As fantasias amorosas expressaram-se como necessidade de fortalecimento do objeto bom interno, procura de harmonia e de equilíbrio na personalidade, inserção do bebê na história de vida do casal e de valorização do ambiente. As fantasias destrutivas e persecutórias caracterizaram-se por angústias de ser possuidora de objetos maus internos, de ser destrutiva. As fantasias inconscientes de caráter onipotente podem, muitas vezes, servir ao propósito de defesa contra idéias e sentimentos desagradáveis e também ao intuito de estabelecer uma recusa de determinados aspectos de realidade objetiva. Podem, ainda, justificar o esforço de algumas gestantes em conseguir o controle necessário para mantê-las afastadas das pessoas. Fantasias inconscientes das pacientes apontam, ainda, para a dificuldade de expressão de sentimentos negativos.

Verificou-se que a negação é um mecanismo defensivo frequentemente utilizado.

**CONCLUSÕES** - Os resultados indicam que o Procedimento de Desenhos-Estórias, usado como técnica auxiliar na investigação psicológica da grávida, é de grande valia, por oferecer uma série de vantagens: é um instrumento bem aceito, mobilizador de conteúdos inconscientes, com baixo nível de condutas resistenciais. Tais resultados nos

encorajam a propor que se amplie essa visão do ser humano, do “doente”, considerando os aspectos inconscientes de sua vida mental.

## **ABSTRACT**

**JUSTIFICATION** – Pregnancy is a complex moment in the life of a woman. It is a moment that is, at the same time, rich and painful, influential and unforgettable and that sends the pregnant woman to her own origin. There are many common symptoms in the gestation, and despite provoking a reasonable perturbation, they can be lived with pleasure as they make the existence of the pregnancy evident. This way, the pregnant woman can live such moments with relative tranquility. The same does not happen when the pregnant woman carries any pathology considered of great risk, which determines a sense of threat that results in apprehension and insecurity as it is the case of high blood-pressure.

Considering the strait relation between the psychic and the somatic, the knowledge of the unconscious fantasies by the professionals involved in the care of these women can favor a better and more complete service to these pregnant women.

**OBJECTIVE** - To investigate the unconscious fantasies of the pregnant woman that carries chronic high blood-pressure.

**SUBJECTS AND METHODS** – Qualitative observational, prospective study of 35 hypertensive pregnant women with ages varying from 20 to 35 years-old, gestational period between 16 and 36 weeks. The projective technique of the drawing-story was used for the study of the fantasies.

**RESULTS** – Loving and constructive fantasies and destructive and persecuting fantasies of unconscious type predominate. Loving fantasies expressed themselves as the need of strengthening of the good inside object, the search for harmony and balance in the personality, the insertion of the baby in the life story of the couple and the valuing of the environment. The destructive and persecuting fantasies were noticed by the angst for being the possessor of bad inside objects, for being destructive. The unconscious fantasies of the omnipotent type may, very likely, serve as a means of defense against unpleasant ideas and feelings, as well as to the objective of establishing a refusal of determined aspects of objective reality. These fantasies may, yet, justify the effort of some pregnant women in getting the necessary control to keep them distant of people. The patients' unconscious fantasies point, yet, to the difficulty of expressing their negative feelings.

Negation was found to be a defense mechanism frequently used.

**CONCLUSION** – The results indicate that the Procedure of Drawing-story, used as an auxiliary technique in the psychological investigation of the pregnant woman, is of great value for offering a number of advantages: it is a well-accepted instrument, it mobilizes

unconscious contents, with low levels of conducts of resistance. Such results encourage us to propose that the view of the human-beings, of the 'ill patients' be amplified, considering the unconscious aspects of their mental life.

## **INTRODUÇÃO**

## **Fantasia**

De acordo com Laplanche & Pontalis (2001), a palavra alemã *Phantasie* designa a imaginação. O termo fantasia se refere ao mundo imaginário, seus conteúdos, a atividade criadora que o anima.

Um exame geral nas contribuições psicanalíticas mostra-nos que o termo tem sido usado em vários sentidos em épocas diferentes. Sem pretensão de abordar todos os trabalhos, consideramos necessário apontar alguns que entendemos como fundamentais para a compreensão do conceito de fantasia, como aparecem na obra de Freud e Klein e para a compreensão de nosso estudo.

Em “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental” Freud (1996/1911) contrapõe ao mundo interior, que tende para a satisfação pela ilusão, um mundo exterior que impõe progressivamente ao sujeito, por mediação do sistema perceptivo, o princípio de realidade. Assim, sugere a oposição entre imaginação e realidade. Se fizermos desta oposição uma referência fundamental da psicanálise, teremos que definir a fantasia como uma produção puramente ilusória que não resistiria a uma apreensão correta do real.

Buscando a origem e o histórico do termo fantasia nos deparamos com os esforços de Freud para descobrir e entender certas experiências infantis reais, traumatizantes, que se organizavam em roteiros, em cenas e que estavam na origem dos sintomas neuróticos. Nos Estudos sobre a histeria Freud (1996/1893) apresenta o conceito de fantasias históricas, tentando solucionar o problema da histeria. Neste trabalho, as fantasias históricas remontariam a coisas que as crianças ouviram ou experiências sexuais realmente vividas na primeira infância e que só vêm a ser compreendidas posteriormente. Para Freud, a princípio, a sexualidade na criança é implantada por um adulto perverso (teoria da sedução), considerando de fonte externa, a etiologia da doença mental.

A este respeito travava uma discussão com Jung, que sustentava que essas cenas eram “fantasias reconstruídas posteriormente pelo sujeito adulto”. Freud, que inicialmente pensava que estas cenas pertenciam realmente ao passado do sujeito, reconhece posteriormente que essas cenas se encontrariam, de modo geral, em todos os seres humanos, independentemente do realmente vivido pelo sujeito e passa a denominá-las “fantasias originais” ou “fantasias das origens”. Passou a considerar que o

fator traumático determinante depende mais da fantasia e da pulsão do que da realidade da cena sexual (Quinodoz, 2007).

A partir de “Totem e Tabu” Freud (1996/1913) passa a ver a fantasia de modo universal e, para explicá-la, recorre à teoria da filogênese e da transmissão hereditária do inconsciente. Afirma a existência de uma estrutura pré-subjetiva, ao modo de um esquema pré-existente, ao que segue atribuindo um conteúdo específico: fantasia de sedução, de cena primária e de castração. Isto o leva a atribuir-lhes uma explicação filogenética, quer dizer, um modo de remetê-las a cenas que tenham ocorrido realmente nas épocas primitivas do ser humano. Segundo esta explicação, o que foi realidade nos primórdios da existência humana se transformaria em realidade psíquica. As cenas primitivas se veriam assim transformadas em fantasias originárias. Apoiando-se na evidência clínica e antropológica passa a considerar que as Fantasias são universais, como a própria história.

Nas “Novas Conferências Introdutórias”, afirmando que as fantasias também se baseiam na realidade externa, Freud (1996/1932) diz que existe uma sedução universal a qual ninguém escapa: a sedução da mãe. Assim, a estrutura inerente da relação mãe-criança, despertaria as primeiras reações prazerosas na criança, tornando-se o protótipo de todas as relações amorosas para ambos os sexos.

A criança, ao nascer, seja qual for a cultura em que está inserida, vive uma problemática passagem da “continuidade” uterina a “descontinuidade”, ruptura que se traduz em desamparo original produzida no nascimento, com a separação frente a qual somente sobreviverá, como ser humano, através do vínculo com o outro. Buscará, então, recuperar essa fusão mítica e isso se constituirá em um motor de vínculo. Daí o caráter universal destas fantasias que serão imediatamente ressignificadas através do suceder das experiências de vida, dando-se, então, uma confluência da estrutura e o conteúdo. Por isso se pode postular um continuum entre as fantasias originárias (que se encontram, de modo geral, em todos os seres humanos, independentemente do realmente vivido) e as secundárias ou ulteriores (que se alteram pelo contato com a realidade), uma relação de ressignificação.

Segundo Laplanche & Pontallis (2001), as fantasias originárias “constituem uma formação do inconsciente de um sujeito único, mas também, por sua frequência, generalidade e sua origem, uma possessão coletiva. Por isso estas fantasias têm um caráter misto, manifestam uma dupla pertinência, individual e coletiva”. Estes autores sustentam que “os temas das fantasias originárias se relacionam com as origens”. Na

“cena originária” é a origem do sujeito que se vê figurada; nas “fantasias de sedução” é a origem do aparecimento da sexualidade e na “fantasia de castração”, é a origem das diferenças entre os sexos.

Pouco depois, no “Rascunho M”, Freud (1996/1897) descreve para Fliess suas incursões para compreender o processo de construção das fantasias inconscientes. Diz ele: “As fantasias são construídas por um processo de amálgama e distorção, análogo à decomposição química de um corpo que está combinado com outro”. Segundo o autor, a distorção que produz a fantasia consiste numa modificação da memória por fragmentação, num processo em que as relações cronológicas são postas de lado. Um fragmento de uma cena visual, junta-se depois a um fragmento de uma cena auditiva e é transformado numa fantasia. Quando a intensidade da fantasia aumenta até um ponto em que forçosamente irromperia na consciência, o mecanismo do recalque é então acionado, surgindo daí o sintoma, mediante uma força que impele para trás não só a fantasia como também as lembranças constituintes. Nesse texto, além de explicitar como ocorre a construção das fantasias inconscientes, Freud indica serem elas precursoras dos sintomas.

Freud (1996/1897), na carta 69, também endereçada a Fliess, expõe as razões pelas quais se vê justificado a abandonar a teoria da sedução como fator etiológico na constituição das neuroses e aponta o papel preponderante da fantasia como fator etiológico na formação das mesmas. Confere, então, um papel privilegiado à fantasia, formação extremamente complexa onde o desejo e a realidade estão presentes. Afirmou que as fantasias são tão reais e importantes quanto qualquer realidade externa. Inconscientes, elas ficam sujeitas ao “processo primário”, à supremacia do princípio do prazer, à ausência do sentido de tempo ou de causação temporal e a todos os outros aspectos que Freud considerava características do sistema inconsciente. Uma vez reprimidas para dentro do sistema inconsciente, não se sabe mais que as fantasias são inverdades, de modo que se tornam indistinguíveis de recordações. É a sua origem inconsciente que é decisiva para o seu destino.

Em “A Interpretação dos Sonhos” Freud (1996/1900), descreve as fantasias a partir do modelo dos sonhos diurnos, mostrando que sua estrutura é comparável à do sonho. Ele revoluciona a compreensão psicológica, afirmando que o mundo íntimo da mente (mundo interno) possui uma realidade contínua e viva, com suas leis e características dinâmicas, diferentes das do mundo externo. Reconhece, assim, a existência de fantasias inconscientes. Tomando como exemplo um caso de

esquizofrenia e outro de histeria, Freud mostra que muito do que os pacientes relatam, quanto às palavras e ações de seus médicos, pode ser compreendido como revelações das próprias fantasias. Descobre, através das análises de seus pacientes, que muitas das experiências infantis que deixaram marcas inconscientes como pontos de fixação, não ocorreram na realidade. São, na verdade, fantasias ou pelo menos combinam verdade e adulteração em abundância. Ainda assim, essas estruturas são produtos que o sujeito criou para si mesmo buscando o prazer. O autor percebe que no psiquismo não há indicações de realidade, de modo que não se consegue distinguir verdade e imaginação.

Em suas formulações teóricas expostas nas “Conferencias Introdutórias sobre Psicanálise” Freud (1996/1916) vincula fantasia à pulsão: “Todo desejo toma, dentro de pouco tempo, a forma de retratar sua própria satisfação”. Para ele a ação de uma pulsão é expressa e representada na vida mental pela fantasia da satisfação daquela pulsão por um objeto apropriado. Temos, então, a fantasia como realização de desejo.

Não existe diferenciação entre a fantasia e a experiência da realidade. Os objetos fantasiados e a satisfação deles derivada são vivenciados como acontecimentos físicos. Não observamos diretamente uma fantasia, mas os seus derivados, suas transformações.

Vale ressaltar que as idéias de Freud sobre a satisfação alucinatoria do desejo antecedem sua descoberta da pulsão de morte; por isso suas afirmações acerca da satisfação alucinatoria do desejo devem ser consideradas como pertinentes apenas aos desejos libidinosos, oriundos da pulsão de vida.

Com a descoberta do instinto de morte entende-se que os impulsos destrutivos também dão origem a satisfações alucinatorias fantasiadas. Ao desejo de destruir correspondem fantasias igualmente vívidas de um objeto estraçalhado, destruído e atacante.

Vimos que foi a partir do trabalho com os adultos neuróticos, que a psicanálise adquiriu conhecimento sobre as fantasias, pois estes foram obrigados a revelá-las ao médico, por quem esperavam ser curados através do tratamento.

Freud dedicou-se a ampliar, em muitos de seus escritos, o conceito de fantasia inconsciente, mas foi Melanie Klein quem o ampliou a partir de seu trabalho com o nível primitivo do mundo infantil.

Segal (1975) esclarece que foi Klein quem mais utilizou o conceito de pulsão de morte para descrever o funcionamento do ego primitivo. Para ela, as primeiras satisfações de desejo em fantasia estariam relacionadas não apenas à satisfação

alucinada ou fantasiada dos desejos libidinais por um objeto ideal, mas também a todos aqueles desejos originários da pulsão de morte.

Klein (1957/1991) reconheceu, em sua obra, que a mente funciona inicialmente através de fantasias, relacionadas com objetos e ações corporais, que são reações às experiências significativas de prazer ou de dor. O mundo dos sentimentos e as fantasias constituem importante fonte das ações humanas, ainda que se modifiquem quando traduzidas em comportamento real ou pensamento consciente.

Segundo Segal (1975), se a fantasia inconsciente está influenciando e alterando constantemente a percepção ou a interpretação da realidade, o contrário também é verdade: a realidade atua sobre a fantasia inconsciente; é experimentada, incorporada e exerce forte influência sobre a própria fantasia inconsciente. Ela nos oferece um exemplo esclarecedor desse processo de mútua influência:

“Tome-se como exemplo, a criancinha que está começando a ficar com fome e que vence a fome com uma alucinação onipotente de ter um bom seio que alimenta. Se for logo alimentada, sua situação será radicalmente diferente da que se terá se for deixada com fome por um tempo muito longo. Na primeira situação, o seio real oferecido pela mãe se fundirá, na experiência da criança, com o seio que fantasiou; e o sentimento da criança será que sua própria bondade e a do bom objeto são fortes e duradouras. No segundo caso, a criança será dominada pela fome e pela raiva e, em sua fantasia, a experiência de um objeto mau e perseguidor se tornará mais forte, trazendo a implicação de que sua própria raiva é mais poderosa do que seu amor, e o mau objeto mais forte do que o bom”.

A fantasia está na origem de muitos comportamentos, mas a onipotência da fantasia nunca é completa, pois desde o início existe uma interação entre fantasia e realidade. A fantasia de um seio ideal fragmenta-se se a frustração for demasiadamente longa ou intensa. Do mesmo modo, as fantasias persecutórias podem ser aliviadas e até mesmo superadas pela realidade de uma experiência boa.

Toda atividade de fantasia pertence ao ego e na concepção de Klein (1996/1932) desde o início da vida há ego suficiente para experimentar ansiedade, estabelecer

algumas relações objetais em realidade e fantasia e usar defesas primitivas. Klein, opondo-se a Freud, postula que a fantasia opera desde os estágios mais primitivos do desenvolvimento e isto equivale a afirmar que essa fantasia é primeiramente física; o seio alucinado não é a princípio uma experiência visual, mas sim uma experiência corporal.

Experiências iniciais, tais como a fome ou a satisfação, são vivenciadas e interpretadas pelo bebê em termos de fantasias de relações objetais. A satisfação é vivenciada como conter um objeto que satisfaz a necessidade; a fome, como perseguição.

Essas fantasias psicossomáticas primitivas, (assim denominadas por derivarem diretamente de pulsões na fronteira entre a atividade somática e a psíquica e, por isso, estas fantasias originais são vivenciadas tanto como fenômenos somáticos como mentais) desenvolvem-se com o crescimento e o teste da realidade, mas subsistem no cerne de nossa personalidade e podem ainda desempenhar um papel dinâmico no desenvolvimento posterior. Experiências físicas são interpretadas como relações objetais em fantasia, dando-lhes significado emocional. Mas também, inversamente, as fantasias são tão próximas do somático que afetam o funcionamento físico.

Como nossas pulsões estão sempre ativas, uma camada primitiva de fantasias primárias está ativa em todos nós. Deste núcleo se desenvolvem fantasias secundárias (ou ulteriores) que se alteram pelo contato com a realidade, pelo conflito e pelo crescimento maturacional.

As primeiras fantasias primitivas desenvolvem derivativos ulteriores. Estes podem ser deslocados, simbolizados e elaborados e até penetrar na consciência como devaneios, imaginação, etc.

Isaacs (1948) estabeleceu importante correlação do conceito de fantasia com o dos mecanismos mentais, especificamente com os mecanismos defensivos. O fantasiar como função defensiva é uma fuga da realidade e uma defesa contra a frustração. Como a fantasia visa satisfazer os anseios instintivos na ausência da satisfação real, esta função em si mesma é uma defesa contra a realidade. À medida que a vida mental se torna mais complexa, a fantasia é chamada para servir de defesa em várias situações de estresse. As fantasias maníacas atuam como uma defesa contra a depressão subjacente.

Fantasia pode ser entendida, portanto, como um mecanismo de defesa que proporciona uma satisfação ilusória para os desejos que não se podem realizar. O inconsciente cria uma satisfação substituta que fica em lugar da realidade. É um

mecanismo defensivo que alivia a tensão, permitindo uma liberação ilusória da realidade não-satisfeita, ou uma satisfação imaginária dos desejos, cuja satisfação real tenha sido proibida pela repressão. A fantasia é uma síntese integrada de idéias, sentimentos, interpretações e memória, predominando elementos pulsionais e afetivos. Através da satisfação-substituta e omitindo a realidade, a fantasia pode ajudar a resolver os conflitos e prevenir a progressão da angústia. Freud demonstrou que os sonhos e a fantasia são processos que visam a aliviar a angústia.

Para Freud (1996/1911) a fantasia está muito próxima do devaneio. Ela é uma idéia de satisfação de desejo que entra em ação quando a realidade externa é frustrante. As fantasias são tão reais e importantes quanto qualquer realidade externa.

Quando em doses moderadas a fantasia pode contribuir para a adaptação do indivíduo, já que proporciona a eliminação da angústia e permite que o indivíduo enfrente de novo o problema respectivo. Entretanto, uma dose constante e profunda de fantasia e devaneio pode fazer com que a pessoa se desvie da realidade, acostumando-se a um mundo irreal e quando acordar para a vida sentirá mais dificuldades para enfrentar os problemas concretos.

Da mesma forma como a moderação e o exagero, na fantasia, podem significar benefício ou prejuízo respectivamente, também existem fantasias que poderiam ser classificadas de positivas, pois permitem autodefesa e auto-afirmação, e fantasias negativas, que levam o indivíduo a imaginar prolongadamente aspectos contrários ou infelizes da vida, possibilidades de erros, dificuldades às vezes até impossíveis. O fato da fantasia não estar em sintonia com a realidade externa não quer dizer que ela não tenha uma realidade psíquica.

Consideramos, agora, a relação entre a fantasia e o que parece ser o seu oposto, ou seja, o pensamento. A fantasia pertence originalmente ao funcionamento em termos do princípio prazer-desprazer e está mantida livre do teste de realidade. A serviço do teste de realidade desenvolveu-se o pensamento, primariamente como um meio de sustentar a tensão e adiar a satisfação. Mas tanto a fantasia como o pensamento, permitem ao ego sustentar a tensão sem descarga imediata.

Até que o teste de realidade e os processos de pensamento estejam bem estabelecidos, a fantasia preenche, nos primórdios da vida mental, algumas das funções depois assumidas pelo pensamento. Entendemos que a origem do pensamento reside neste processo de testar a fantasia contra a realidade; isto é, que o pensamento não apenas contrasta com a fantasia, mas nela se fundamenta e dela deriva.

Bion (1991/1962) nos esclarece que se um bebê puder tolerar a frustração e suas fantasias encontrarem uma realidade diferente de suas expectativas, estabelece-se uma diferenciação entre sua expectativa e a realidade. O bebê poderá, assim, concluir “nada de seio”, portanto um pensamento. Porém, se as circunstâncias forem tais, que o bebê não pode tolerar a decepção da realidade, a onipotência da fantasia aumenta e a percepção da realidade é negada e aniquilada. Sendo assim, o bebê se vê obrigado a funcionar em termos da fantasia onipotente e o pensamento não se desenvolve. Esse processo pode se dar também com o ser humano adulto.

O pensamento é uma modificação da fantasia inconsciente, uma modificação similarmente ocasionada pelo teste da realidade.

### **Fantasias inconscientes e gestação**

A gestação é um episódio normal que exerce atração para aspectos particulares e específicos do mundo da mulher. É, sem dúvida, um fenômeno significativo para a personalidade, principalmente para a feminina.

Segundo Szejèr (1997), dar a luz é um rito de passagem, que permite a mulher ascender a um estado de dar à luz a si mesma. Mesmo assim, pode vir acompanhada de angústia e conflito, pois existe nela, uma ameaça ao equilíbrio do ego e aos mecanismos de adaptação à medida que a gestante deve enfrentar e adaptar-se a grandes mudanças.

Os aspectos biológicos da gestação são bem conhecidos e estudados, mas muito se tem ainda que se dedicar ao desvelo do mundo interno da gestante, depositário de suas fantasias, seus sentimentos, sua história.

De acordo com Rosa (1995), o ciclo gravídico puerperal, considerado um período de transição existencial importante, acarreta na mulher modificações de relevo não só no aspecto físico como em nível emocional. Na primeira gestação deve deixar a condição de filha (receptora) para tornar-se mãe (doadora), o que nem sempre consiste em tarefa fácil.

Revivendo o bebê que já foi e vivendo a situação de tornar-se mãe, a gestante perpassa por conflitos e ansiedades que influenciarão a direção desse processo. Deutsch (1960) refere que o processo orgânico da gravidez é facilmente usado pelo psiquismo para dar expressão às tensões emotivas preexistentes: há por parte da mulher adulta a repetição de sua situação infantil.

Como um evento especial, a gravidez coloca em jogo todo o mundo subjetivo da grávida, atualizando conflitos, principalmente os de relacionamento, muitos deles inconscientes. Desejos de se tornar melhor que os próprios pais, ou culpa por não superá-los, desejos de não cometer os mesmos erros, sentimentos de incapacidade ou de rivalidade com o bebê são alguns exemplos. Esses conflitos reeditados podem revelar-se através de sintomas diversos, alguns bastante comuns e outros não.

Para Rphael-Leff (1997) a história interior de cada gestante é muito particular. Cada grávida infunde nisso seus próprios sentimentos, esperanças, memórias e poderosas mitologias inconscientes. Uma criança imaginária é posta ao lado do embrião implantado em seu ventre. A criança desconhecida é delineada na realidade psíquica da gestante, é envolvida em ilusão e tem lugar designado entre as muitas imagens de importantes figuras primitivas em seu mundo interno.

Para a autora,

“Cada ser humano encerra um mundo interior habitado por fantasias e imagens inconscientes formadas a partir de seus relacionamentos mais primitivos. Essas configurações interiores altamente personalizadas não somente dão tonalidade afetiva às nossas disposições e percepções como possibilitam o afloramento de nossos conflitos e enredos íntimos. Pessoas de fora são usadas para recriar climas convencionais do passado, agindo involuntariamente em cenas em que inconscientemente as colocamos. Antigos temas são repetidos, enquanto despercebidamente tentamos perpetuar e repetir na realidade externa intercâmbios interpessoais que não foram resolvidos, na tentativa de entender ou nos fazer entender”.

Dessa forma, há um contínuo entrelaçamento de realidades internas e externas, como através de deslocamento, projeção ou representação de fantasias inconscientes no mundo exterior; onde realizamos desejos e libertamo-nos de intoleráveis estados de alma. Mesmo quando estamos sós nossa vida mental tem uma vigorosa atividade interpessoal. Apesar de sua qualidade imaginária, algumas presenças interiores podem ser mais reais e influentes do que pessoas reais.

Em cada mulher a tendência maternal sofre influência de inúmeros fatores, como situação conjugal e relacionamento com familiares, situação econômica e planejamento

familiar. A ligação da mulher com a gravidez, está também, relacionada a outras variáveis, que podem estar presentes muito antes da concepção. Condições biológicas e psicológicas se apresentam como determinantes na qualidade dessa ligação.

O relacionamento da mulher com sua mãe, na infância, constitui-se numa influência poderosa no seu relacionamento com o filho. Para Klein (1957/1996), há na criança um desejo bastante intenso de possuir filhos, como a mãe. Tais desejos permaneceriam no indivíduo até a vida adulta, contribuindo para a força do amor que a grávida experimenta pela criança que gera em seu ventre.

Outro fenômeno psicológico que merece ser observado, dado a sua importância e influência sobre a vivência da gestação é a ambivalência. Para Szejèr (1997), ela é entendida como o desejo de duas coisas contraditórias, incompatíveis, como ter um filho e não tê-lo. Segundo Parker (1997), é a experiência compartilhada por todas as mães, na qual coexistem lado a lado, em relação aos filhos, sentimentos de amor e de ódio. No ser humano a ambivalência está inscrita na estrutura do inconsciente e faz parte do desejo. Como esse saber não é muito divulgado, algumas mulheres se sentem culpadas por se sentirem ambivalentes, isto é, por desejarem um filho e por sentirem, ao mesmo tempo, esse desejo ameaçado por um sentimento contraditório, pelo desejo de não ter filhos. E nessa situação, o ambiente nem sempre oferece o melhor socorro.

Os medos compõem outro aspecto importante. Os temores e a ansiedade que fazem parte da gestação representam importante papel na preparação para a gravidez, para o parto e porque não dizer, para a maternagem. Ansiedade e tensão podem parecer estados desagradáveis, mas devemos considerar que é impossível experimentar realização pessoal sem eles. Os níveis de ansiedade se elevam normalmente durante a gestação normal e quando esta é acompanhada por uma complicação, estes níveis podem elevar-se a ponto de colocar a grávida em situações bastante delicadas e difíceis.

Contra medo, ansiedade e tensão mobilizam-se defesas, definidas por Laplanche e Pontalis (2001), como o conjunto de operações com finalidade de reduzir ou suprimir qualquer modificação suscetível de por em perigo a integridade e a constância do indivíduo biopsicológico.

A proteção do ego, de um possível sofrimento e, desta forma, da ansiedade é a própria essência das funções defensivas dos mecanismos de defesa. Seu uso é uma reação humana normal, a não ser que sejam usados num tal extremo, que interfiram com a manutenção do equilíbrio. Defesas excessivas podem conduzir à desintegração do ego

pelo próprio peso das suas atividades defensivas. Além disso, estes mecanismos, por mais necessários que sejam possuem a desvantagem de não serem adaptáveis no sentido de lidar realisticamente com os problemas. As defesas envolvem um grau moderado de auto-engano e distorção da realidade. Além do mais, funcionam em níveis relativamente inconscientes e, portanto, não estão sujeitas às verificações e equilíbrios habituais dos processos mais conscientes. Uma vez que se tornem conscientes, os mecanismos de defesa já não servem tão bem aos seus propósitos.

Ter um filho pode significar a imortalidade para um ser que é mortal. A angústia provocada pela mortalidade pode ser atenuada e suportada quando se pensa que a fertilidade nos permite prosseguir no outro que nos sucederá, uma vez que algo de si permanece vivo no filho. Isso nos faz considerar a relação existente entre narcisismo e gestação. Freud (1996/1914) considerou o amor dos genitores como essencialmente narcisista. A gravidez é uma situação onde o “outro” é vivenciado ao mesmo tempo como parte de si mesmo e algo separado, com vida própria. Constitui-se, assim, uma ameaça ou reedição do narcisismo original.

O amor dos pais por seus filhos poderia ser compreendido como o renascimento do próprio narcisismo. Porém, a gestação pode também significar uma ameaça ao narcisismo. Azambuja (1986) considera que a própria idéia de estar gerando dentro de si uma vida pode emergir como fonte de angústia; analisando essa angústia à luz do mito de Laio, no qual o filho é uma ameaça à sua sobrevivência e poder.

Portanto, ter filhos pode significar tanto a revivência de desejos infantis como também a revivência de angústias e perseguições.

Para Langer (1981) o instinto maternal, como parte integrante da sexualidade feminina, gratifica através de sua realização, múltiplos desejos da mulher:

“Deseja um filho porque isto significa recuperar sua própria mãe e também porque lhe permite identificar-se com ela também deseja um filho para poder comprovar sua própria fertilidade. O desejo de um filho pode corresponder ao desejo infantil de presentear uma criança a seu pai. O feto pode representar para o seu inconsciente o pênis desejado. [...] Pode desejar um filho para reviver sua própria infância ou para dar-lhe precisamente o que ela não teve. Pode desejar um filho por rivalidade com as demais mulheres, ou para reter seu maride ou

por necessidade de status ou por qualquer causa atual. Mas, no fundo, o desejo da mulher de dar à luz um filho provém de sua necessidade psicológica de desenvolver todas as suas capacidades latentes”.

A autora nos esclarece que muitas mulheres alcançam esta finalidade sem maiores dificuldades e que outras por ela denominadas mulheres em conflito com sua feminilidade, não.

Klein (1996/1932), ao estudar a relação fantasiosa da menina com o corpo da mãe descobriu que, para a menina este tem o significado de um depósito que contém a gratificação de todos os seus desejos e o apaziguamento de todos os seus temores. Ela tem fantasias inconscientes de destruir o interior do corpo materno para roubar-lhe o pênis e os filhos que acredita estarem armazenados. Desejará apoderar-se do bom conteúdo do corpo da mãe, ao mesmo tempo em que, em virtude de seu sadismo, desejará atacá-lo com seus excrementos e outros produtos de seu corpo. Estes desejos despertarão na menina sentimentos de angústia e de culpabilidade, o que dará origem a uma impulsão para restituir e devolver à mãe o que dela tirou. Ao mesmo tempo, os desejos de ataque ao corpo materno suscitarão fortes angústias persecutórias, dentre as quais o medo mais profundo, isto é, o de ter o interior de seu corpo destruído e de não ter bebês ou, se os tiver, estarem deteriorados.

Abrigar o pênis, o feto e o sêmem dentro de si significa para a mulher ter roubado algo pertencente à mãe; significa ganhar e triunfar sobre ela. Para De Felice (2000) esta fantasia implica o perigo de castigo e de sua destruição. Afirma, ainda, que estes temores são reforçados pela fantasia de ter proibido a mãe de engravidar, por tê-la invejado a capacidade procriativa e por tê-la odiado e se rivalizado. A salvação consistiria em negar ou desprender-se de uma gravidez roubada. Porém, esses temores paranóicos entram em conflito com o desejo de reparar a mãe destruída através da própria gravidez, e devolver-lhe o roubado através de um filho sadio, mostrar-lhe a bondade e a integridade do seu corpo.

As fantasias inconscientes aparecem em todos os indivíduos e os acompanham durante toda a vida. Durante a gestação aparecem manifestações típicas que mobilizam atitudes afetivas, particularmente pela identificação com a mãe, e que matizam todo o processo orgânico. De acordo com Raphael-Leff (1997),

“Tendo se estabelecido no espaço uterino, o minúsculo óvulo fertilizado terá uma influencia de longo alcance na condução da mulher às profundezas de seu espaço psíquico, arraigando poderosas imagens inconscientes de sua história interior que começa a permear seus sonhos, fantasias e vida emocional”.

Para a autora cada um de nós encerra um mundo interior habitado por fantasias flutuantes e imagens inconscientes de muitas versões de nossos relacionamentos interiores. Frente o desconhecido surge um vácuo angustiante que pode ser preenchido com figuras do passado. Entram em cena personagens da história infantil e o sujeito pode ver-se impulsionado a reviver episódios, pertencentes à existência passada, vinculados com os processos mais arcaicos que formam a personalidade.

Segundo Klein (1996/1957), todos tivemos originalmente e conservamos de certa forma, uma relação emocional com pessoas que sentimos existir dentro de nós. Seria o mundo interior, que em nossa fantasia inconsciente é formado à imagem e semelhança das pessoas que primeiramente amamos ou odiamos às quais também representam aspectos de nós próprios, cuja finalidade é forjar um elo entre certas experiências conscientes e a existência, mesmo na fantasia inconsciente, dessas figuras interiores, dentro de nós, tão reais quanto os acontecimentos externos.

Por isso, Raphael-Leff (1997) nos esclarece de que as tendências existentes antes da gestação desempenham um papel importante na vivência do processo da gravidez. Há analogias entre o novo estado e as antigas idéias e recordações, necessidade de prestar conteúdo psíquico às sensações físicas, tendência a suscitar fantasias primitivas, podendo até conduzir a transformações patológicas dos fenômenos observados.

Segundo Langer (1981) a grávida pode repetir, durante a gravidez, a sua situação infantil. Repete especialmente a sua relação primitiva com a mãe e nesse processo, denominado processo de identificação, ela pode identificar-se tanto com a mãe quanto com o feto. Identifica-se com o feto, revivendo sua própria vida intra-uterina e pode tê-lo, em seu inconsciente, como representante de sua própria mãe e especialmente seu superego materno revivendo, assim, com o futuro filho, a relação ambivalente com sua mãe.

De acordo com Langer (1981) a presença dessas fantasias persecutórias durante a gravidez é a causa de múltiplas angústias e transtornos somáticos. No início da gravidez, ao ocorrer a regressão com características de uma identificação fantasiada

com o feto, pode ocorrer a intensificação das vivências persecutórias, como produto dos sentimentos de culpa infantil, tanto pelos ataques fantasiados à própria mãe, como pelo desejo de ocupar seu lugar.

Soifer (1980) agrupa as ansiedades específicas da gravidez em: ansiedades no começo da gestação; durante a formação da placenta; ante a percepção dos movimentos fetais; pela versão interna, no início do nono mês e ansiedades dos últimos dias antes do parto. Esclarece que:

“Cada um desses acessos de ansiedade, que podem durar dias ou semanas e chegar a produzir sintomatologia física própria, [...] caracteriza-se por fantasias bem determinadas e específicas, cujo conhecimento possibilita ao profissional realizar a higiene mental adequada, a fim de prevenir um ulterior agravamento”.

De acordo com esta autora, um dos primeiros sintomas da gravidez, a sonolência, do ponto de vista psicológico seria um indício de que teve início a regressão, que assume as características de uma identificação fantasiada com o feto. Náuseas e vômitos servem para evidenciar a gravidez e ao mesmo tempo dar vazão à ansiedade causada pela incerteza. Para a autora

“Esta ansiedade pela incerteza exprime o conflito de ambivalência devido à intensificação das vivências persecutórias que existem por si mesmas frente à maternidade: são o produto dos sentimentos de culpa infantil, tanto pelos ataques fantasiados ao corpo da própria mãe como pelos desejos de ocupar seu lugar. A vivência persecutória consiste em que alguém possa arrebatá-lo o filho sonhado e demonstrar que se trata de uma fantasia e não de uma gravidez real; ou ainda que a gravidez implique a perda da própria mãe, por se haver concretizado a fantasia infantil invejosa: ter o filho pela destruição da mãe.”

Juntamente com as náuseas e vômitos a diarreia ou constipação intestinal são disfunções que assustam bastante, pois a gestante comumente os associa

conscientemente ao perigo de aborto. Segundo Soifer (1980), esses sintomas podem ser expressão da ambivalência, ou seja, do sentimento de rejeição do filho e de seu oposto desejo de ser mãe.

“Se uma gestante vomita ou sofre diarreia ou se constipa, é porque se assusta ao perceber sua rejeição e busca dar vazão a esta através da sintomatologia, segundo postulava Freud. Portanto, vomita ou defeca excessivamente como maneira de dissociar e discriminar o bom e o mau dentro de si, expulsando o mau para ficar com o bom, o filho”.

O processo de nidação e a absorção de substâncias nutricionais provenientes da corrente circulatória materna, determinam mudanças psicológicas, pois são percebidos e vividos de forma persecutória pelo inconsciente da grávida. A percepção inconsciente do processo de placentação pode reativar as fantasias persecutórias de roubo e esvaziamento.

A percepção dos movimentos fetais sofre a projeção de sentimentos por parte da grávida. A sensação da criança que dá pontapés refere-se à projeção, à base da qual se transfere para o feto uma imagem terrorífica, onde este é sentido como um ser perigoso, cujos movimentos bruscos e agressivos ameaçam causar um severo dano físico à mãe. Também se deve considerar que existe um mito segundo o qual se espera que a grávida fale dos pontapés do filho. Esse fato pode ser considerado uma evidência de fantasias inconscientes coletivas de ataque à gravidez materna, ao mesmo tempo em que veicula fantasias sociais sobre o dano que ocasionam os filhos aos pais.

As ansiedades produzidas pela versão interna geralmente se ligam à crise de ansiedade que corresponde a fantasias de esvaziamento.

Segundo Deutsch (1947, apud Langer, 1981)

“A grávida, quando identificada com o feto, projeta nele a própria voracidade infantil, seus desejos da primeira infância de devorar a própria mãe. Quando o feto representa sua mãe, cuja vingança teme, é experimentado como algo angustiante e destruidor que ela leva dentro de si. No temor de tantas mulheres de dar à luz um monstro, um ser anormal, elas expressam que julgam seus próprios desejos infantis como monstruosos que em suas fantasias exigentes frente a suas mães

comportaram-se como monstros [...] O medo de à luz um monstro provém também do temor aos próprios sentimentos destrutivos contra o filho, representante do marido, de um dos pais ou de um irmão, mas sempre de algo que para o inconsciente pertence à própria mãe”.

Para Langer (1981) o receio de ter um filho deformado pode corresponder, ainda, na fantasia, ao medo do castigo pelos desejos nutridos durante a infância com relação ao pai (tomar o lugar da mãe e ter filhos com ele), ou nas mulheres com moral muito rígida, a uma punição pela vida sexual de que a gravidez é a prova.

Embora toda a sintomatologia da gravidez aponte para um período sujeito a muitas dificuldades, o desejo de ser mãe prevalece entre as mulheres. Para Soifer (1980) quando uma mulher engravida, é porque sua tendência à maternidade superou amplamente o terror de ter filhos. Esse terror continuará existindo nela, sem dúvida, mas com características atenuadas pelo desejo de ser mãe.

### **A relação mente – corpo na doença**

O interesse e a preocupação em olhar de forma ampla e integrada o adoecer humano e desvendar os mistérios relacionados à saúde e à doença, a vida e à morte, existe desde a antigüidade. As tribos primitivas já tinham noção de que as doenças poderiam ser manifestações de que algo não estava bem com os indivíduos. Atribuíam aos maus espíritos a responsabilidade pelas mesmas e tentavam curá-las por meio de rituais mágicos como orações, danças e práticas de exorcismo.

Na antiguidade grega foram dados passos fundamentais para desvincular a doença do pensamento mítico-religioso e propiciar a evolução de uma dimensão ética e cultural da medicina. A filosofia e a ciência recém surgidas manifestaram seu interesse pelas relações entre as dimensões corporal e anímica do homem. Duas escolas se opõem, desde o início da história da medicina, no que concerne à prática médica e à concepção de doença: a de Hipócrates e a de Galeno. Ambas são responsáveis pela elaboração dos primeiros princípios que possibilitaram compreender a doença como fenômeno natural, proporcionando o surgimento de diferentes vertentes de interpretação da natureza humana, do adoecer e da função terapêutica.

Hipócrates propõe uma medicina que tem por objeto o homem doente e sua totalidade, levando em conta o temperamento do doente e sua história (Jeammet, Reynaud & Consoli, 1982). Para ele, o homem é uma unidade organizada, sendo o corpo sua dimensão funcional, a alma sua dimensão reguladora e a doença o efeito da desorganização desta unidade. Concebia a doença como uma reação global do corpo e do espírito do indivíduo. (Zimmerman, 1999).

“A prática hipocrática prenuncia os fundamentos da medicina moderna, do moderno enfoque psicossomático valorizando a observação clínica, a anamnese, a pesquisa etiológica e prognóstica, e assinalando a importância do histórico da doença e da singularidade de cada caso, sustentando-se na confluência da visão humanista e do rigor científico”.

Para Hipócrates a intervenção terapêutica deve restabelecer a harmonia perdida do homem com seu meio e com ele mesmo.

Entretanto, esta não é a única vertente que se desenvolve na medicina antiga. Em contraste, a escola liderada por Galeno atribuía uma existência totalmente autônoma à doença orgânica, privilegiando uma abordagem descritiva das doenças, valorizando a formulação do diagnóstico e a construção de uma nosografia a partir dos órgãos atingidos e dos sintomas locais. Para ele a origem da doença é autenticada por uma lesão anatomo-clínica.

De acordo com Volich (2000),

“Encontram-se presentes nestas orientações iniciais da prática médica, diferentes concepções do homem, configurando desde os primórdios da medicina uma oposição que irá se acentuar ao longo da história, determinando formas diversas de compreender e tratar a experiência do adoecer. Certamente, no âmbito desta oposição, a psicossomática promove um renascimento do espírito hipocrático, pela amplitude dos aspectos que considera significativos para a compreensão da doença”.

Os ensinamentos de Hipócrates transmitiram-se à prática médica clássica que perdurou por alguns séculos. Porém, este saber, sucumbiu ao enclausuramento e ao desprezo pelo corpo que caracterizaram a idade média. Preservados pela medicina islâmica, os conhecimentos clássicos voltaram a se difundir e se desenvolver na Europa, onde foram criadas as primeiras escolas de medicina. Mais adiante, os novos ideais surgidos no Renascimento tornaram possível a crítica dos conhecimentos tradicionais e o desenvolvimento de novas visões em todos os campos do saber. Vencendo muitas resistências, a pesquisa anatômica conquistou seu lugar, tornando-se o eixo das grandes esperanças e, ao mesmo tempo, de muitas decepções, pois o saber sobre a doença não se reduz à anatomia. Segundo Volich (2000), a mesma perspectiva imaginária desloca-se hoje para as pesquisas genéticas, o novo mito da medicina e possível cenário de novas frustrações, na medida em que permaneça a cesura entre o corpo anátomo-fisiológico e o corpo imaginário, a subjetividade implicada no adoecer.

A influência do pensamento de Descartes, no século XVII, também contribuiu para conferir à medicina a tendência em priorizar a pesquisa do corpo e de suas funções. O espírito científico avança e propõe a sistematização do conhecimento médico recorrendo a métodos cada vez mais rigorosos, à mensuração e à criação de parâmetros objetivos. Contudo, iniciativas que reconheçam o valor da observação e da experiência do clínico em sua proximidade com o doente não deixaram de ocorrer. Durante o Iluminismo, no século XVIII, instala-se um período de transição para o qual contribui a formulação kantiana de que o conhecimento requer o funcionamento compartilhado do corpo e do espírito. A medicina tenta retomar a orientação hipocrática de estabelecer a unidade psique e soma buscando relativizar os tratamentos conforme o paciente. Desta época, precisamente no ano de 1876, temos Hahnemann, que com a Homeopatia enfatiza o respeito às condições e reações naturais, o Vitalismo, que considera a disposição do organismo ao adoecimento, e os estudos de Heinroth, psiquiatra alemão que em 1818, ao fazer referência à insônia e a influência das paixões na tuberculose, epilepsia e cancro, ressalta a importância da integração dos aspectos físicos e anímicos do adoecer, utilizando pela primeira vez o termo “psicossomática”.

A investigação clínica também progrediu neste período, associando os conhecimentos obtidos pela pesquisa anatômica à investigação de sinais do funcionamento dos órgãos internos e a construção da história da doença. Porém, ao longo do tempo, a instrumentalização da prática médica teve como efeito um distanciamento corporal entre o médico e o doente, diminuindo o valor da fala e da

escuta na relação clínica. Numa outra direção, “a descoberta de Pasteur acerca dos micróbios como agentes patogênicos específicos reforça as concepções de Galeno” (Zimmerman, 1999). A pesquisa microscópica atingiu o nível celular, ampliando os conhecimentos sobre os agentes das doenças e possibilitando o desenvolvimento da medicina preventiva e da imunologia. Por sua vez, as perturbações mentais, graças ao empenho de Pinel no início do séc. XIX, tornaram-se efetivamente reconhecidas como doenças. Segundo Volich (2000), foi desta forma que se inaugurou não apenas o caminho para a humanização do tratamento dos doentes mentais, mas também para o reconhecimento da importância do sofrimento psíquico, não necessariamente vinculado a uma doença ou lesão corporal.

Ao mesmo tempo em que a medicina evoluiu de maneira racional e científica também se cultivou, sob a influência do Romantismo, o interesse pelo irracional que deu origem a concepções e práticas terapêuticas diversas, como o Magnetismo do médico alemão Joseph Mesmer. Rejeitadas pela ciência, estas práticas não deixaram de chamar a atenção para o fenômeno da sugestão e para a sua particular importância na relação médico-paciente. Por meio da hipnose passaram a ser investigadas as doenças nervosas, em particular a histeria. No final do século XIX, conclui Volich (2000), estavam presentes as condições que propiciavam a constatação e a investigação das dimensões subjetivas e relacionais presentes nas manifestações orgânicas, e o desenvolvimento de uma nova perspectiva terapêutica que permitiu incluir tais dimensões na compreensão e no tratamento das doenças.

Diante dos enigmas da sua existência, do funcionamento do seu corpo e da sua experiência, o homem realizou diversas tentativas de compreensão das relações entre corpo e espírito. Na filosofia e na ciência estas concepções agruparam-se em duas grandes vertentes, o monismo e o dualismo, as quais se deparam com dificuldades que apenas podem ser superadas considerando-se, por um lado, certa dualidade em que o corpo físico e o corpo psíquico não se confundem, mantendo cada um sua organização e integração singular. Por outro lado, nem se separam, mantendo uma interação absoluta e influência recíproca que constitui uma unidade. É em referência a esta unidade corpo-alma que a psicossomática busca compreender a existência humana, a saúde e a doença, segundo essa visão integrada, atenta para as manifestações desta unidade no sujeito e concebendo, por meio dela, a terapêutica (Volich, 2000).

A psicanálise de Freud ocupou um lugar importante entre os esforços de compreensão da relação entre o psíquico e o somático. A psicossomática e a psicanálise

estão articuladas histórica e praticamente, mesmo que Freud, em momento algum, tenha se preocupado em criar uma teoria psicossomática. Pelo fato de seus conceitos fomentarem grandes discussões e fundamentarem inúmeros modelos, ele é considerado um dos precursores mais influentes nesta área (Dejours, 1988). Freud plantou inúmeras sementes férteis que servem de base para os modernos estudos sobre os pacientes psicossomáticos e sobre a linguagem corporal (Zimerman, 1999).

Ao deixar a pesquisa na área da neurologia e iniciar sua prática clínica, Freud (1996/ 1893) percebeu que as manifestações corporais da histeria não correspondiam à organização anatômica, mas a uma anatomia imaginária. Passou, assim, a construir um corpo de conhecimentos que propõe e reformula continuamente modelos das passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais. O respeito pela clínica, aprendido com Charcot, somado à sua rigorosa formação científica, lhe permitiram formular e sustentar um projeto de compreensão profunda da neurose, da psicopatologia, do aparelho psíquico e das articulações entre estes elementos, que resultou em verdadeira ampliação da compreensão das múltiplas possibilidades de manifestação do sofrimento humano.

De acordo com as concepções de Freud (1996/1893), a experiência humana é atravessada por conflitos de múltipla natureza, cujos efeitos dependem de aspectos constitutivos da personalidade. A psicanálise se volta para a investigação da singularidade destes processos, buscando esclarecer as circunstâncias em que diferentes formas de sofrimento se cristalizam em manifestações psíquicas ou somáticas. No aparelho psíquico concebido por Freud se estabelecem uma dinâmica e uma economia que visam dar destinos a fluxos de excitação mobilizados entre a dimensão biológica e a organização erógena e subjetiva. Neste complexo funcionamento, o pré-consciente ocupa o lugar de maior importância como provedor de representações e operador de ligações psíquicas e de comunicação entre as instâncias. Sobre estas ligações incide o trabalho defensivo do recalque e seu fracasso dá origem a expressões simbólicas do conflito, como os sonhos, os lapsos e os sintomas neuróticos, inclusive os que buscam expressão no corpo, como é o caso da histeria. No entanto, Freud também se depara com manifestações sintomáticas, nas quais este caráter simbólico parece estar ausente, como a neurastenia e a neurose de angústia. Nestas, a angústia é mais difusa, resultante do bloqueio de demandas libidinais atuais que procuram uma descarga corporal. Desta forma, ao lado da conversão histérica delineia-se um segundo modelo para a compreensão da sintomatologia somática, baseado nas neuroses atuais.

Num trabalho sobre afasias (1996/1891) e no artigo denominado “O inconsciente” (1996/1915), aparecem as primeiras conceituações de Freud relativas à noção de que a junção da “representação-coisa” com a “representação-palavra” produz a consciência dos fatos psíquicos. Zimmerman (1999) esclarece-nos de que

“Em condições normais, há uma passagem da “representação-coisa” (a qual está sediada no inconsciente) para a condição de “representação-palavra”, que se processa no pré-consciente, onde ela ganha uma palavra significativa e nomeadora das emoções caóticas, sendo que esse entendimento é de importância fundamental em qualquer teoria psicanalítica atual sobre fenômenos psicossomáticos”.

Nos estudos sobre a histeria, o famoso Caso Dora, Freud (1996/1905) introduziu a expressão “Complacência Somática” para se referir à “escolha da neurose histérica e a escolha do órgão ou do aparelho corporal sobre o qual se dá a conversão”. (Laplanche & Pontalis, 2001), onde o corpo ou um órgão específico facilitaria a expressão simbólica do conflito inconsciente. Ao questionar a determinação do sintoma, no caso Dora, Freud levanta a polêmica questão referente à origem dos sintomas histéricos, ou seja, se seriam de origem psíquica ou somática. Para ele, no entanto, a questão da origem dos sintomas histéricos não está em escolher entre a origem psíquica e a somática, uma vez que todo sintoma histérico requer a participação de ambos. Não pode ocorrer sem a presença de certa complacência somática fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado. Portanto, para Freud, é esta complacência somática que “proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal” (Freud, 1996/1905). Usando este termo, Freud marca o que é considerado por Zimmerman (1999):

“Um aspecto muito significativo nas psicossomatizações, proporcionando um entendimento de que tanto nas representações neuróticas como nas renegações das perversões, nos *actings* dos psicopatas ou nas forclusões dos psicóticos, acontecem somatizações. Portanto, não existe uma única e definida estrutura psíquica nos pacientes que somatizam, sendo que é indispensável levarmos em conta uma alta sensibilidade

de algumas áreas orgânicas que condicionam, facilitam, descarregam e cenzurizam em determinados estados emocionais”.

Em artigo nomeado “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão”, Freud (1996/1910) explica o que denominou fenômeno das conversões, por meio da conversão histérica, pelo qual os conflitos sexuais não reconhecidos pela consciência se utilizam do corpo como uma forma de linguagem e no qual os sintomas narram uma história inconsciente, sem palavras.

Apoiado nas leis da termodinâmica e nas leis da neurofisiologia da época e considerando os processos de ordem biológica, Freud (1996/1895) propôs sua classificação das neuroses em duas categorias. A primeira delas denominou de “psiconeuroses de transferência”, que compreendiam as formas históricas, fóbicas e obsessivas. À segunda categoria deu o nome de “neuroses atuais”, referindo-se a neurastenia, a neurose de angústia e posteriormente a hipocondria. Para ele, as neuroses atuais tinham como causa o bloqueio das excitações libidinais, conseqüentes de uma privação de satisfação sexual (como por exemplo, o coito interrompido), o que provocaria a “neurose de angústia” com sintomas de palpitações, palidez, sudorese e dispnéia suspirosa. Já a neurastenia, tendo como exemplo a masturbação, se manifestaria nos sintomas de cefaléias, distúrbios da digestão e evacuação, diminuição da atividade sexual. Observamos que, em ambos os casos o acúmulo da libido bloqueada se escoaria por outras vias fisiológicas.

O desenvolvimento da metapsicologia, a formulação da noção de narcisismo e o refinamento da noção de pulsão possibilitaram aprofundar a compreensão da formação do aparelho psíquico a partir das vivências corporais e da importância das relações com o outro neste processo. A pulsão, em particular, foi concebida por Freud como um "conceito-limite" entre o psíquico e o somático, possibilitando a investigação das trocas entre estas duas esferas da experiência humana. Associada com as dimensões tópica e dinâmica, a dimensão econômica da metapsicologia teve reconhecida, com o aprofundamento da noção de pulsão, sua fundamental importância na formação do sintoma, do adoecer e da normalidade. Na dimensão econômica, que se jogam os destinos do afeto, suas possibilidades de manifestação por meio de vias simbólicas ou, ao contrário, por descargas automáticas, comportamentos e reações corporais precipitadas pelas conseqüências desorganizadoras de experiências traumáticas. A

formulação da pulsão de morte e de sua constante tensão com a pulsão de vida acrescentou à dimensão econômica da metapsicologia a possibilidade de compreender a saúde como o resultado de um delicado equilíbrio ou mescla das duas vertentes pulsionais e a doença como efeito das vicissitudes desta fusão.

Freud (1996/1923) afirmava que “o ego, antes de tudo, é corporal”. Isso nos permite entender a importância das representações do corpo no ego e da cenarização das defesas do ego no corpo. É uma importante contribuição da psicanálise, tanto para o entendimento dos transtornos da imagem corporal quanto para participação do corpo como cenário dos diversos “teatros da mente”.

A elevada consideração e atenção à função do psiquismo na vida humana e suas relações com o funcionamento orgânico, possibilitadas pelas descobertas de Freud, tornaram-se uma referência fundamental para o desenvolvimento das teorias psicossomáticas modernas. As contribuições da psicanálise para a teoria psicossomática são valiosas, uma vez que, “qualquer que seja o momento de sua elaboração, a teoria psicossomática permanece estreitamente ligada à psicopatologia e mais especialmente à noção de psiconeurose, o que continua sendo a norma mesmo quando dela nos afastamos deliberadamente” (Sami-Ali, 1992).

O surgimento, do que hoje chamamos psicossomática, entretanto, tem como marco fundador a obra do médico vienense Georg Groddeck, para quem as doenças orgânicas podem ser compreendidas e tratadas pela psicanálise, pois a essência do humano é psicossomática. Groddeck (1991/1923), dizia que não se pode dividir doença orgânica de doença psíquica, uma vez que mente e corpo adoecem simultaneamente, sendo o homem uma só unidade. Apontou que doença pode ser entendida como uma criação carregada de finalidade, sentido e função expressiva. Assim, todo tratamento é, ao mesmo tempo, do ser humano e dos seus sintomas.

Na América, o interesse pela psicossomática surge por volta dos anos 30. O interesse em compreender as questões referentes à relação corpo-mente nas doenças ultrapassou as dificuldades causadas pela guerra e prosseguiu após a imigração de muitos analistas, principalmente para os Estados Unidos. Formada em grande parte por psicanalistas vindos de Viena, Berlim e Budapeste, a Escola Psicossomática de Chicago procurou aprofundar a investigação das relações entre certas doenças somáticas e estruturas de personalidade ou conflitos emocionais específicos. Alexander e Dunbar, membros dessa escola, consideraram que os transtornos psicossomáticos seriam “conseqüência de estados de tensão crônica, relativa à expressão inadequada de

determinadas vivências, que seriam derivadas para o corpo”. Defenderam, ainda, a questão da especificidade da doença psicossomática numa visão psicogenética. De acordo com a hipótese da especificidade, “a diferentes doenças psicossomáticas corresponderiam diferentes fatores psicológicos”, que para Dunbar seriam os tipos de personalidade e para Alexander os conflitos ou “situações de vida significantes” (Cardoso, 1995).

Entre os membros deste grupo inclui-se também Félix Deutsch, que resgatou o termo “psicossomática” estabelecido por Heinroth e estudou de forma sistemática pacientes com problemas psicossomáticos, descrevendo os seus perfis psicológicos, buscando encontrar traços de personalidade que fossem comuns a um determinado quadro clínico. (Zimerman, 1999)

Além de criticar o uso indiscriminado da noção psicanalítica de conversão por parte dos médicos, Deutsch promoveu o debate sobre a relação médico-paciente, as atitudes identificatórias e a contratransferência do médico em sua atividade. Pesquisador do mesmo grupo, Alexander (1989) enfatizou que a doença não deve ser entendida como efeito de processos locais isolados. As manifestações psíquicas se inscrevem na fisiologia das funções vitais e a etiologia da doença é determinada pela combinação entre uma vulnerabilidade somática específica, a psicodinâmica própria do paciente e a situação exterior que mobiliza seus conflitos e atinge suas defesas. Para esse autor, “mais do que os perfis psicológicos do paciente, realmente importante era o reconhecimento dos subjacentes conflitos psíquicos”. Zimerman (1999) nos oferece um esclarecedor exemplo quando afirma serem os hipertensos pessoas que se debateriam entre tendências contraditórias: de um lado uma aparência de passividade e de calma (vivenciadas por ele como humilhações) e, por outro, uma atividade agressiva, visando ao controle, ao domínio e ao triunfo.

As pesquisas da Escola de Chicago resultaram no estabelecimento de muitas correlações estatísticas entre manifestações patológicas de todas as especialidades médicas e características específicas de personalidade. No entanto, como Volich (2000) observa, esta linha de pesquisa pode ser questionada, considerando-se os limites da transposição das inferências estatísticas para o plano da clínica individual. Segundo este autor,

“O paciente confronta-nos a cada encontro com o desafio da compreensão de um universo único e inédito, cuja riqueza

enquanto experiência não pode ser refletida pelos métodos estatísticos. O sentido do termo ‘constelação específica’ deve ser buscado nessa dimensão da experiência única do paciente constituída naquele momento por sua história, em que se insere sua doença. É também no caráter único de sua relação terapêutica que o caráter patológico pode encontrar o caminho para sua reversão”.

Do ponto de vista psicodinâmico, Alexander (1989), divide os distúrbios emocionais das funções vegetativas em duas categorias, correspondentes a duas atitudes emocionais específicas. A primeira categoria se refere às atitudes emocionais de “preparação para luta ou fuga” e a segunda à “retirada da atividade” dirigida para o exterior. E, do ponto de vista fisiológico, as atitudes emocionais, da primeira categoria, estão sob o comando do sistema nervoso simpático, e a segunda categoria, sob o sistema nervoso parassimpático. Partindo deste princípio, distingue as doenças relacionadas ao sistema nervoso simpático como respostas ativas e as doenças relacionadas ao sistema nervoso parassimpático como respostas passivas. O primeiro grupo incluiria doenças como a hipertensão arterial, o diabetes e a epilepsia, enquanto do segundo grupo fariam parte afecções como asma, colites e úlcera duodenal” (Cardoso, 1995).

Todos os pontos de vista de Alexander (1989) são norteados pela teoria da especificidade. Para ele, a especificidade orgânica seria responsável pela fragilidade de determinados órgãos. Afirma que:

“Está aliada a constelações emocionais ou psicodinâmicas dos sujeitos e que a par de conflitos inconscientes específicos organizaria modos de defesa também específicos, poderia levar ao aparecimento de determinadas doenças, servindo a situação exterior de desencadeante”.

É antigo o conceito de que há predisposição para determinadas doenças conforme o tipo de personalidade. Partindo da aplicação de “métodos modernos de diagnóstico psicodinâmico”, (Alexander, 1989) Dunbar desenvolve a noção de “perfil de personalidade, enquanto fator pré-mórbido determinante no aparecimento de certas doenças psicossomáticas” (Cardoso, 1995).

Em seu estudo de perfis, esta autora procura associar “um perfil psicológico a uma patologia orgânica precisa” (Sami-Ali, 1993), descrevendo um perfil do paciente coronariano, dos pacientes com fraturas e propensos a acidentes e dos pacientes diabéticos. Nestes estudos de perfis, Dunbar (1943, apud. Alexander, 1989) aponta certas “correlações estatísticas entre a doença e o tipo de personalidade”. Para ela, o perfil do paciente coronariano aponta para uma pessoa constantemente batalhadora, que aparenta ter elevado grau de controle e persistência e, aparência distinta, tendo como objetivo primordial o sucesso e a realização e, para atingir estes objetivos, planeja a longo prazo. “O paciente com fratura, ao contrário do paciente coronariano, tende a agir sob impulso repentino e, freqüentemente, manifesta hostilidade mal controlada contra pessoas em posição de autoridade; ao mesmo tempo, seu comportamento é motivado por sentimentos de culpa e mostra tendência a autopunição” (Alexander, 1989).

Alexander (1989) faz uma crítica à teoria dos perfis psicológicos de Dunbar, afirmando que os mesmos “revelam, primariamente, a defesa do paciente e não os conflitos que podem estar relacionados especificamente à gênese da doença” e que os estudos da psicodinâmica revelam que determinados “distúrbios das funções vegetativas podem estar correlacionadas diretamente com estados emocionais específicos e não com configurações de personalidades superficiais, como descritas nos perfis de personalidade”.

Pesquisas psicofisiológicas também se constituíram em importante contribuição na construção de novas hipóteses sobre o funcionamento psicossomático. A incidência de patologias somáticas em pessoas que se encontram em estados depressivos chamou a atenção para as relações entre as emoções e o sistema imunológico, alimentando a busca por mecanismos de natureza celular e fisiológica que poderiam atuar como mediadores entre a percepção de eventos internos e externos, produzindo efeitos no organismo. A descoberta de células especializadas que atuam nas interfaces entre os sistemas nervoso, hormonal e de defesa trouxe à luz a existência de redes neurobiológicas complexas que incluem também os órgãos e o sistema neuroendócrino. Por meio delas qualquer estado emocional pode se refletir em um funcionamento particular do sistema imunológico, marcando e modificando a história somática de cada um e dando a este sistema uma dimensão relacional. A neuroimunomodulação é uma área promissora para a investigação dos enigmas da mediação psicossomática, da relação entre a doença e as emoções. No entanto, ela não permite compreender a especificidade do choque emocional na produção das alterações orgânicas, nem o papel das predisposições

individuais. "Estas descobertas, por mais precisas que sejam, são insuficientes para revelar o que determina, na experiência do indivíduo, o desequilíbrio da rede neuroimunológica. O clínico continua e continuará convocado ao contato com a história e com a experiência de seu paciente para que se produza não apenas o eclipse de seus sintomas, mas uma verdadeira superação do seu sofrer". (Volich, 2000)

Exatamente por afirmar que, a constituição do sintoma ultrapassa o desenvolvimento biológico e anatômico, referindo-se a uma representação imaginária do corpo e vinculando-se a uma ordem cultural e lingüística, a psicanálise pode ser eficaz na abordagem teórica e clínica da experiência do adoecer. Além de dispor de conceitos que permitem compreender as relações em jogo no equilíbrio psicossomático, conta também com uma referência de escuta e entendimento que amplia os recursos de intervenção terapêutica. São muitos os autores que, sublinhando a natureza somática das fontes das pulsões, investigam os mecanismos de mediação pelos quais a energia pulsional se integra no psiquismo e também no corpo, considerando que tanto os distúrbios psíquicos quanto os orgânicos resultam de falhas nestes processos. Entre estes, McDougall (1994), influenciada pelos estudos da escola psicossomática de Paris assinala que, nas doenças ditas psicossomáticas, a impossibilidade de integração entre o corpo e a psique faz com que o primeiro produza seu próprio "pensamento somático", sem mediações, expresso por funcionamentos arcaicos da natureza de sinais e não de símbolos.

Aulagnier (1979) sustenta que a atividade de representação toma como referência inicial as funções corporais, em particular a atividade sensorial. Paradoxalmente, embora forneça o substrato da vida psíquica, o corpo também pode ser alvo de modos de funcionamento que levam à sua destruição, pela ruptura ou insuficiência de suas defesas, psíquicas e imunológicas. Em continuidade com estas concepções evoluem as pesquisas do Instituto de Psicossomática de Paris.

O desenvolvimento do aparelho psíquico depende, em grande parte, de como transcorrem as primeiras experiências do bebê e do papel fundamental desempenhado pela mãe, temas centrais de muitas pesquisas deste grupo. A importância da função materna consiste em atuar como para-excitações, interpretando as reações da criança, organizando seus comportamentos e favorecendo a estabilização de funcionamentos que esta ainda não é capaz de manter por si mesma. O contato sensorial e a relação afetiva com outro ser humano são essenciais para a organização do sistema imunológico e para a mielinização do sistema nervoso, bem como para a estruturação dos níveis de

integração mais elaborados do aparelho psíquico e da linguagem. É no ambiente constituído por esta relação que começa a se organizar o universo pulsional, surgem os modos primários de satisfação libidinal, as primeiras relações objetais e as primeiras identificações, aquisições que se dão em diversos estágios e são primeiramente de natureza corporal. De acordo com McDougall (1983 apud Zimerman 1999):

“Na história dos pacientes que ela denominou como pacientes somatizantes existe sempre uma imago<sup>1</sup> materna que falhou na sua função de “para-excitação” ao filho, justamente na época em que a criança sofria um forte impacto traumático das primeiras experiências emocionais e sensuais, de modo que a mãe não conseguiu ajudar a criança a pensar, decodificar e simbolizar o seu universo pré-simbólico”.

Por sua vez, a função paterna é responsável pela modulação de um movimento de ir e vir do investimento materno, que contribui para a constituição da experiência de si mesmo, das noções de tempo e de espaço, e da própria capacidade de representação. Ainda nas relações iniciais com os pais, em particular nas trocas corporais presentes na experiência do brincar, ocorre a subversão libidinal que favorece as passagens do instinto para a pulsão, da necessidade para o desejo, da excitação para a angústia e do sono fisiológico para o sonho, transformações implicadas no equilíbrio psicossomático.

Na criança ou no adulto, as descompensações psíquicas ou somáticas, indicam a permanência de pontos frágeis, efeitos de perturbações por excesso ou por falta, vividas ao longo desta constituição.

Ao nascer o bebê é exposto a grande intensidade de estímulos, que, até então, eram regulados automaticamente no interior do corpo materno. Marcado pela impotência diante de tantas sensações este estado inicial da vida é o que Freud (1905; 1914; 1926) designou como desamparo. O retorno alucinatório às marcas deixadas por experiências de satisfação é uma tentativa de solução econômica para apaziguar as exigências deste estado e dá início à atividade da fantasia que organiza o desejo

---

<sup>1</sup> Imago: Protótipo inconsciente de personagens que orienta seletivamente a forma como o sujeito apreende o outro; é elaborado a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantásticas com o meio familiar. (Laplanche e Pontallis, 2001, p.512)

humano. Em continuidade com a fantasia, a capacidade de sonhar também é uma aquisição do aparelho psíquico que tem função primordial na economia psicossomática. No sonho, os traços mnêmicos<sup>2</sup> adquirem valor representativo, propiciando novas ligações para as excitações que solicitam o organismo.

Assim, o sonho exerce função de proteção diante do excesso, de guardião da maturação e dos processos de individuação. Tanto a vida de fantasia quanto a atividade onírica podem exercer, de maneira mais ou menos eficaz suas funções de proteção e regulação, sendo possível relacionar diferentes possibilidades de distúrbios psicossomáticos a níveis mais precários de funcionamento desses recursos.

No começo dos anos 70, Nemiah e Sifneos, pesquisaram sobre a forma peculiar de comunicação dos pacientes psicossomáticos e constataram que estes pacientes demonstravam grande e impressionante dificuldade de expressar ou descrever suas emoções através da palavra, assim como acentuada diminuição na capacidade de produzir fantasias. Esta dificuldade estaria relacionada a uma falha a nível simbólico e desencadearia ...”uma certa incapacidade de pensar a respeito de si próprio e da relação eu-mundo ”. (McDougall, 1991). Depois de repetidas observações, estes autores concluíram que os pacientes com doenças psicossomáticas clássicas, ao contrário dos pacientes psiconeuróticos, apresentavam freqüentemente uma desordem específica nas suas funções afetivas e simbólicas, acarretando uma forma de se comunicar confusa e improdutiva. A esta maneira peculiar de comunicação desses pacientes denominou-se de alexitimia<sup>3</sup>. A alexitimia, apesar de inicialmente ter sido relacionada a perturbações psicossomáticas clássicas, atualmente, pode ser encontrada em um grande número de sujeitos que padecem de diversas perturbações físicas e psicopatológicas, quer como um estilo peculiar do funcionamento mental quer como resposta do sujeito às “situações vividas como ameaçadoras pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas” (Teixeira e cols. 1996).

---

<sup>2</sup> Traços mnêmicos (ou mnésicos): Expressão utilizada por Freud ao longo de toda sua obra para designar a forma como os acontecimentos se inscrevem na memória. Os traços mnêmicos são, segundo Freud, depositados em diversos sistemas; subsistem de forma permanente mas só são reativados depois de investidos. (Laplanche e Pontallis 2001, p. 512)

Buscando encontrar uma única explicação etiológica para a alexitimia<sup>3</sup>, Nemiah e Sifneos (1973) acreditam na hipótese de que haja multiplicidade de fatores exercendo influências no desenvolvimento deste fenômeno. Taylor (1990) concorda com esta hipótese e ressalta que a maneira de se comunicar é influenciada, não somente por fatores genéticos, neuropsicológicos e intra-psíquicos, mas também por fatores sócio-culturais, pelo nível intelectual e pelos modelos dos discursos familiares.

Segundo MacDougall (1983) o fenômeno da alexitimia pode ter suas raízes durante o processo de desenvolvimento infantil, resultante de falhas na aquisição da nomenclatura de estados afetivos. Como a ocorrência de tais dificuldades parece estar relacionada, segundo algumas teorias (Bowlby, 1982; McDougall, 1991), à qualidade do desenvolvimento afetivo na infância, cabem aqui algumas considerações sobre as teorias de desenvolvimento que procuraram explicar a gênese da afetividade.

É bastante complexo o estudo da atividade emocional humana, pois envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, passados e presentes. No decorrer do longo processo de desenvolvimento psicológico, estes fatores estão interligados, são interdependentes e coexistem, a partir de um estado inicial somático que, progressivamente, vai se diferenciando e transformando o indivíduo num ser único, capaz de funções mentais superiores e de reflexão.

O desenvolvimento emocional se origina, segundo Wallon (apud La Taille, 1992), da vida orgânica. Durante o seu primeiro ano de vida, o bebê revela a maioria de suas necessidades pelo choro, que contagia e mobiliza seu ambiente social e estabelece um forte vínculo com as pessoas ao seu redor (principalmente com a mãe). Na teoria de Wallon, estados emocionais possuem componentes vegetativos e sociais. Eles estabelecem "a transição entre o estado orgânico do ser e sua etapa cognitiva, racional, que só pode ser atingida através da mediação cultural". (La Taille, 1992). Neste processo de transição começa a se desenvolver a consciência afetiva, que proporciona o início da vida psíquica diferenciada da vida orgânica inicial. Pelo poder de vinculação com o meio social, a consciência afetiva possibilita o acesso ao universo simbólico da cultura, que fornece os instrumentos para o desenvolvimento da cognição. Estados

---

<sup>3</sup> Alexitimia: termo usado por Sifneos, da escola de Boston. É de origem grega (a = sem de + lexis = palavra + thymos = emoção), significando falta de palavras para as emoções. Esta escola desenvolve suas teorizações na área da neurobiologia e não da psicanálise. Porém, este termo tem sido usado por autores psicanalíticos.

emocionais possuem um importante papel nas vinculações afetivas, especialmente na fase inicial do desenvolvimento humano. Da afetividade vai ocorrendo, aos poucos, com a maturação, o desenvolvimento da vida racional, que possibilita a atividade cognitiva e de reflexão. Para Wallon, os estados emocionais são constituídos de uma natureza central, outra periférica e outra representacional. A afetividade inicial do bebê é "somática, epidérmica, onde as trocas afetivas dependem inteiramente da presença concreta dos parceiros". (La Taille, 1992). Com o desenvolvimento da função simbólica e com a aquisição da linguagem, as relações afetivas se enriquecem, trazendo importantes avanços à atividade cognitiva. Então, já na adolescência, origina-se a capacidade de reflexão e análise racional dos fatos, das vivências e das relações afetivas. O contato com sua cultura leva o indivíduo a adquirir informações, conceitos e significados e a construir sua subjetividade a partir das relações com o mundo. No decorrer de seu desenvolvimento psicológico, "a passagem do nível interpsicológico para o nível intrapsicológico envolve, assim, relações interpessoais densas, mediadas simbolicamente e não trocas mecânicas limitadas a um patamar meramente intelectual" (La Taille, 1992).

O processo de desenvolvimento psicológico acontece paralelamente no plano intelectual e cognitivo, quanto no emocional e afetivo. Para Piaget (1995), é da afetividade que se diferencia, lentamente, a vida racional. Ela é a mola propulsora das ações e a razão está a seu serviço. Afeto e razão são fatores complementares; o sentimento move, a razão guia.

Entendemos, então, que a construção da unidade psicossomática depende muito das inter-relações mãe-bebê. O vínculo afetivo com a mãe, primeiro passo na constituição da imagem corporal, e a habilidade desta em nomear à criança os sinais que seu corpo emite, são os fundamentos da organização psicossomática. É no interior da relação mãe-criança que o indivíduo torna-se apto a perceber, de forma consciente, os acontecimentos físicos e emocionais que vive e a ter acesso à simbolização facilitada pela linguagem. Para McDougall (1991), quando há falhas na transmissão e nomeação dos afetos, a estrutura psíquica pode desorganizar-se para o campo da neurose, da psicose ou da somatização. Quando o indivíduo não é neurótico, nem psicótico, mas "desinvestido" ou "desafetado", os representantes psíquicos do soma são recusados. Neste caso, a psique recusa todo conhecimento a respeito de qualquer reação corporal, através de um complexo processo que envolve mecanismos de esquivar-se, negar ou destruir a percepção das sensações corporais, desarticulando a unidade psicossomática.

Portanto, a partir do ponto de vista de McDougall, podemos entender a alexitimia como uma defesa singularmente forte contra a dor psíquica e as ansiedades psicóticas associadas aos objetos internos arcaicos.

Krystal (1973, apud. Silva e Caldeira, 1992) estudando toxicômanos, vítimas de holocaustos e indivíduos psicossomáticos, concluiu que a alexitimia é mais que uma defesa, é uma parada do desenvolvimento afetivo decorrente de um traumatismo infantil, ou uma regressão da “função afetivo-cognitiva após um traumatismo catastrófico na idade adulta”.

Através de vários estudos Nemiah & Sifneos (1973) perceberam a existência de nítida diferença na maneira de se queixar dos pacientes alexitímicos em relação aos pacientes neuróticos. Os pacientes neuróticos se queixavam de sintomas emocionais e dificuldades psicológicas, enquanto que os pacientes alexitímicos se queixavam de sintomas somáticos, onde na maioria das vezes não havia qualquer ligação entre os sintomas e qualquer doença física que pudessem apresentar. Dificuldade em reconhecer e descrever seus próprios sentimentos e diferenciar as sensações corporais dos estados emocionais são características desses pacientes, que também se evidenciaram nesses estudos. Ainda, nessa concepção, esses sujeitos demonstraram ser hiperadaptados e com elevado grau de conformismo social. No entanto, esses autores fazem uma distinção, dizendo que as personalidades alexitímicas apresentam ausência de pensamento fantasmático associado ao conflito psicológico.

No final dos anos 50 a escola Francesa realizou uma reversão de perspectiva das escolas americanas. A partir de nomes como Marty, M’Uzan, Fain e David, esta escola inicia uma investigação em psicossomática. (Zimerman, 1999)

Para Dias (1992), esses autores, ao utilizarem uma escuta analítica destes sujeitos, diferenciaram-se da escola psicossomática americana, pois ao invés de escutar o sujeito via órgão, deram início a uma investigação dos processos psicossomáticos com outros referenciais. Ao realizarem esta forma de escuta, Marty e seus colegas se surpreenderam ao descobrir que estes sujeitos não estavam falando de nada. No entanto, este nada possibilitou aos investigadores franceses a formulação de uma “gigantesca negatividade simbólica, na qual o pensamento operatório, a precariedade onírica e a ausência de fantasia se impunham como esfinges aos decifradores do enigma psicossomático”.

Para estes autores, o termo “psicossomática” se refere à designação de uma maneira de abordagem dos pacientes, de uma técnica psicoterápica e de uma teoria,

(Rocha, 1989) cujo interesse é a compreensão do que se passa na mente dos sujeitos que respondem aos conflitos e aos acontecimentos somatizando. Somatizar é tornar somática uma perturbação psíquica; exprimir através de uma perturbação física, a angústia ou dor psíquica. Esta forma típica de organização mental apresenta as seguintes características: dificuldade de fantasiar livremente, pobreza de associações subjetivas, dificuldade de estabelecer uma transferência, pobreza de investimentos libidinais e ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumáticos (Rocha, 1989). A este grupo de características, nomearam de relação branca, vida operatória.

Marty e M'Uzan (1983, apud. Silva e Caldeira, 1992), reproduziram com seus pacientes os estudos realizados por Fain e David sobre a vida onírica, e notaram que estes tinham uma forma peculiar de pensar e de lidar com suas emoções. A esta forma de pensamento, estes autores denominaram de pensamento operatório. Portanto, o conceito de pensamento operatório surgiu nos últimos anos como consequência do desenvolvimento da escola francesa e americana, para designar a forma de pensar e de lidar com emoções de pacientes definidos como psicossomáticos. Zimerman (1999) esclarece que, no pensamento operatório o ego não consegue conter e processar uma carga excessiva ou penosa de sentimentos e pensamentos, o que os leva a agir no lugar de pensar.

Segundo Zimerman (1999):

“Para os analistas do Instituto de Psicossomática de Paris, o que, acima de tudo, caracteriza esses pacientes é que o inconsciente não tem condições de expressar-se pelas representações, de modo que, no lugar de reprimir as pulsões do id, como acontece nas neuroses, ou de forcluir<sup>4</sup>, como fazem os psicóticos, os pacientes somatizadores utilizam o pensamento operatório, isto é, eles superinvestem

---

<sup>4</sup> Forclusão: Termo introduzido por Jacques Lacan. Mecanismo específico que estaria na origem do fato psicótico; consistiria numa rejeição primordial de um significante fundamental (por exemplo: o falo enquanto significante do complexo de castração) para fora do universo simbólico do sujeito. (Laplanche e Pontallis, 2001, p. 194)

libidinalmente tudo aquilo que existe de concreto, como, e principalmente, os seus sintomas corporais". (p.241)

Partindo da metapsicologia Marty (1998) formula hipóteses sobre o funcionamento do aparelho psíquico que se estendem, para além das neuroses, às manifestações psicossomáticas. Sendo a via orgânica, a ação e o pensamento um conjunto de recursos que se desenvolvem para fazer frente a excitações internas e externas, podemos pensar que, em certas situações, sejam acionados mecanismos mais rudimentares do que a regressão. Assim, em lugar de processos de mentalização, que regulam a economia psíquica por meio de representações e da simbolização, podem ocorrer processos de progressiva desorganização. A conversão característica da histeria inclui-se no primeiro modelo, que opera com recursos simbólicos, enquanto as manifestações psicossomáticas caracterizam o segundo modelo, no qual fracassa a elaboração psíquica. Os processos de mentalização ficam submissos à disponibilidade e à qualidade das representações pré-conscientes para prover ligações e elaborar as demandas pulsionais. Por falhas do seu desenvolvimento ou pela desorganização resultante das intensidades de excitação, a função mediadora do pré-consciente pode ser deficitária, dando lugar a soluções mais primitivas e descargas pelo comportamento ou por vias somáticas. A esta alternativa corresponde um funcionamento empobrecido do aparelho psíquico que Marty & M'Uzan (1984) descrevem como pensamento operatório, excessivamente voltado para o presente, para a realidade material e à adaptação, com pouca ou nenhuma produção de sonhos, sintomas e outras expressões da fantasia. Este estado de profundo desamparo e de funcionamento utilitário, com um mínimo de atividade psíquica, caracteriza a depressão essencial, geralmente não reconhecida pelo próprio sujeito e particularmente vulnerável à afecção somática.

De acordo com Volich (2000)

"Toda doença mental, somática ou comportamental apesar de seu caráter desviante e regressivo, é uma tentativa de estabelecimento de um equilíbrio do organismo, que não consegue enfrentar as tensões internas ou externas às quais está submetido por intermédio de recursos mais evoluídos".

Este autor aponta, ainda, que os caminhos possíveis para o escoamento das excitações, ou seja, o pensamento, a motricidade e o corpo, são também os caminhos potenciais da patologia. A escassez de recursos regressivos no domínio dos processos mentais conduz à desorganização progressiva da economia psicossomática. Na clínica, a escuta atenta e minuciosa ao relato, à história médica e à própria interação com o terapeuta revelam os recursos empregados na vida relacional do paciente e a organização do seu funcionamento psicossomático, bem como o impacto dos traumatismos que o atingiram.

### **A relação mente - corpo na hipertensão arterial**

Weizsaecker (1950, apud Chiozza 1998) pensa que o processo fisiológico se comporta, no homem, como se o animasse uma intenção psicologicamente compreensível.

Os seres humanos, em razão da sua individualidade reagem de maneira muito particular aos acontecimentos da vida, inclusive em termos de possíveis doenças psicossomáticas. Ao estudarmos o afeto entendemos que parece haver uma espécie de crivo através do qual os acontecimentos são percebidos pelo sujeito. Isto nos explica o porquê de algumas situações serem percebidas como difíceis.

Essa sensibilidade subjetiva diante da vida exerce um efeito atenuante ou agravante aos eventos, efeito este que depende muito mais da própria personalidade que das circunstâncias. Isso definirá o modo de ser, de reagir, de enfrentar e de se adaptar a estas situações. Sendo assim, podemos pensar que a elevação da pressão arterial diante de situações difíceis e estressantes, depende mais da avaliação pessoal que cada indivíduo faz da situação do que da própria situação, objetivamente considerada.

Esse modo de avaliação sempre leva em consideração vários elementos, tais como, a personalidade, a experiência vivida, as circunstâncias atuais e as normas culturais. É devido a esse aspecto multifatorial que uma determinada situação vivida pelo sujeito sofrerá um processamento interno envolvendo sua avaliação quanto à natureza do evento e sua possível ameaça, bem como um processamento interno acerca da escolha ou decisão da melhor maneira de enfrentamento, resultando, finalmente, em determinada resposta. Tanto os fatores constitucionais de personalidade quanto as experiências anteriores de vida representariam o núcleo desse sistema de avaliação.

Na década de 30, Hans Selye, endocrinologista, utilizou o termo estresse da física para expressar as ações mútuas de forças que têm lugar através de qualquer seção do corpo (Arantes, 2003). Demonstrou que um organismo, quando exposto a um esforço provocado por estímulo que ameace sua homeostase, reage com o corpo todo e de “forma uniforme e inespecífica” (Rodrigues e Gasparini, 1992). A esta forma de reagir, Selye denominou de Síndrome Geral de Adaptação, “chegando assim a noção de estresse” (Cardoso, 1995). Portanto, para ele, estresse é uma resposta inespecífica que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço para a adaptação.

Esta síndrome, de acordo com este autor, consiste em três fases sequenciais: de alarme, de resistência e fase de exaustão. No entanto, para que haja o estresse, não é necessário que cada fase se desenvolva até o final e, se a reação ao agressor for muito intensa ou se o agente do estresse for muito potente e/ou prolongado, poderá haver, como consequência, doença ou maior predisposição ao desenvolvimento da doença (Rodrigues e Gasparini, 1992).

Selye apontava que a "preferência" de um agente estressor por um determinado órgão ou sistema, bem como a intensidade dessa resposta, seria determinada por fatores condicionantes internos e externos ao indivíduo, ou seja, dependeria de características herdadas e adquiridas (Arantes, 2003).

De acordo com esse aspecto particular da resposta do sujeito aos fatores e acontecimentos estressantes, podemos compreender porque diante de situações semelhantes, as pessoas reagirão de forma diferente. Isso refletirá sempre o modo peculiar de cada pessoa avaliar as situações. O que é estressante para um pode não ser para outro. O modo como cada pessoa enfrenta cada situação é peculiar e particular a essa determinada pessoa, sua história, circunstâncias, aptidões e personalidade. Esse conjunto de fatores é que nos oferecem maiores ou menores "opções" de enfrentamento da situação. A palavra "opções" foi colocada entre aspas por referir-se a uma atitude não intencional e involuntária, uma atitude inconsciente. Podemos dizer que, a opção mais elaborada de enfrentamento seria aquela de encarar a situação conscientemente, objetivamente, podendo falar sobre ela, discutir, refletir, superando-a conforme as características e os recursos à nossa disposição.

Quando não é possível encarar a situação de maneira objetiva, seja porque não se tem consciência do problema, seja porque faltam recursos à personalidade, a tendência será lançar mão de outras formas mais atípicas de enfrentamento.

A forma mental de enfrentar a situação poderia ser, por exemplo, fantasiar, racionalizar ou negar. A maneira emocional de enfrentamento seria deprimir-se, agredir, culpar os outros ou culpar-se, chorar, gritar. Outras atitudes de enfrentamento seriam: isolar-se, exhibir-se, brincar, arriscar-se, comer, beber, fumar, trabalhar excessivamente e, finalmente, de particular interesse à psicossomática, uma maneira somática de enfrentamento, representada pelo adoecer.

Segundo Mello F<sup>o</sup>. (1992) algumas "opções" de enfrentamento adotadas pela maioria das pessoas são: olhar o problema objetivamente, buscar alternativas para enfrentar a situação, falar sobre o problema, ter esperança de que as coisas melhorem, procurar apoio com familiares e amigos, agitar-se fisicamente, fumar, beber e usar drogas, comer e dormir em excesso, adoecer fisicamente, gritar e agredir, meditar e relaxar, isolar-se e ficar só, esquecer o problema, resignar-se, sonhar e fantasiar sobre o problema, rezar, ficar nervoso, preparar-se para o pior, deprimir-se, dedicar-se excessivamente ao trabalho.

Se pretendemos entender de forma clara os processos da somatização devemos considerar, sobretudo, os tipos de respostas emocionais resultantes da avaliação particular que cada um faz da realidade, das situações estressantes e dos mecanismos pessoais e particulares de enfrentamento dessas situações. A escolha somática para eclosão das emoções parece depender de uma série de fatores ou mecanismos, desde os mais somáticos aos mais psíquicos.

Dois componentes do processo emocional de adaptação do sujeito às exigências da realidade são observados: o componente expressivo ou sinalizador e o componente comportamental ou de enfrentamento, propriamente dito.

As somatizações, ou seja, as manifestações fisiológicas e/ou somáticas resultantes do estresse adaptativo, podem ser entendidas como uma forma de falar ou de se expressar. Quanto menos eficientes são os mecanismos mentais ou cognitivos de sentir, falar e agir, mais o sistema somático será utilizado para expressar emoções. Isso significa que quanto mais "puras" forem as emoções, menos somáticas se tornarão.

Como já dissemos anteriormente, a Síndrome Geral de Adaptação, descrita por Selye e posteriormente identificada como o próprio estresse, é um conjunto de reações fisiológicas e eminentemente somáticas, de cunho, sobretudo emocional, que surge quando o organismo é compelido a adaptar-se a alguma situação alarmante. O processo que vai do estresse até o resultado somático final será sempre um processo fisiológico e biológico, atrelado às características da espécie, mas a identificação ou consideração de

um estímulo como sendo estressante ou não, será sempre uma atribuição emocional e particular do sujeito (não mais e exclusivamente da espécie).

Podemos chamar o estresse de "extrema ansiedade", por ser o produto de uma avaliação emocional em torno do potencial estressante dos estímulos. Será de natureza ansiosa, na medida em que aparece cada vez que o organismo se sente ameaçado em sua integridade. Afirmamos, assim, que a ansiedade é um estado de tensão interna do indivíduo no sentido da adaptação, diante de algo que o ameaça.

A resposta ao estresse envolve um nítido componente somático e a localização dessa resposta neste ou naquele órgão ou sistema dependerá, primeiramente, da natureza e intensidade do agente estressante, em segundo, da participação da estrutura orgânica do indivíduo e, finalmente, da possível hipersensibilidade ou fragilidade constitucional que tornaria tal estrutura menos resistente.

Através de sua obra, Freud buscou demonstrar as relações entre o psíquico e o somático, apontando para o fato de que o fator psíquico participa freqüentemente tanto da gênese como da manutenção de doenças. Para ele, um sintoma realmente denota a presença de algum processo patológico e pode ser entendido como o desejo de comunicar algo.

A hipertensão arterial é uma das patologias que conferem ao indivíduo a condição de alto risco. Sendo uma doença multideterminada, se desenvolve sob a influência de fatores congênitos (genéticos) e adquiridos (ambientais). De acordo com Campos (1992), a predisposição inata parece ser suficiente para causar hipertensão, já que sua incidência em gêmeos univitelíneos é de 50%. Os fatores ambientais atuam bombardeando o sistema mantenedor da pressão arterial, que devido a uma sensibilidade constitucional acaba por sofrer alterações estruturais, que sustentam a pressão arterial em altos níveis. Sal, obesidade e estresse podem ser destacados entre os fatores ambientais favorecedores da elevação na pressão arterial.

Considerando-se as diferenças individuais entre as gestantes e a variação do cenário em que se desenvolve a gravidez, esta ser considerada de alto risco determina um clima de ameaça com conseqüente apreensão e insegurança. Surgem reações emocionais das mais variadas, alterando a gestante e pessoas de seu meio. Para Araujo et. al (1998), o que era considerado como processo normal passa a ser considerado mais difícil quando se instaura ou se agrava alguma doença.

Segundo Campos (1992), são muitas as pesquisas em homens e animais que demonstram a elevação da pressão arterial diante de vários estímulos ambientais

estressantes. Entretanto, não se encontrou ainda um denominador comum para a etiologia da hipertensão.

Entende-se que muitos fatores contribuem para a regulação da pressão arterial, uma tarefa bastante delicada. Coração, vasos e rins, comandados pelo sistema nervoso central, atuam nessa regulação. Isso tudo acontece devido à constante necessidade que o organismo tem de manter um fluxo sanguíneo de acordo com suas demandas. Essas demandas variam a cada minuto e de acordo com as necessidades de cada região do organismo. Por isso a regulação da pressão arterial é tida como uma tarefa adaptativa, desencadeada sempre que ocorrem situações de necessidade de adequar o fluxo sanguíneo às solicitações internas e externas. Essas situações ameaçam a integridade do organismo e por isso são consideradas como estressantes. É fato que toda pessoa normotensa ou hipertensa pode sofrer variações múltiplas no nível de sua pressão arterial durante um dia normal.

Lipp e Rocha (1996) utilizam-se da hipótese da reatividade para explicar o fato de que, quanto mais freqüente for o aumento da pressão numa pessoa com propensão a ser hipertensa, maior é a probabilidade de ela vir a ser hipertensa. Esclarecem que grande parte das pessoas demonstra certa reatividade, em forma de aumento de pressão arterial, quando está em situação de estresse e que pessoas hipertensas mostram elevação maior e mais freqüente do que as pessoas normotensas em situações idênticas. No organismo normal, assim que a ação do agente estressante cessa, a resposta hipertensiva é interrompida sem gerar efeitos maléficis, pois, são passageiras e a flexibilidade normal das artérias possibilita que o organismo se recupere sem problemas. Porém, na pessoa com predisposição a desenvolver hipertensão, a constante ativação do mecanismo orgânico é capaz de provocar, em virtude da repetição, aumento na espessura das paredes das artérias que, com o passar do tempo, causa hipertensão permanente. Segundo Campos (1992), no indivíduo hipertenso observa-se que a resposta hipertensiva não é só mais intensa, como também de maior duração, mantendo permanentemente elevados seus níveis tensionais.

Considerando o já citado postulado de Freud, sobre a estreita relação entre o psíquico e o somático, muitos estudos psicanalíticos sobre a hipertensão arterial buscaram conhecer e descrever a personalidade da pessoa hipertensa. Essa busca resultou da observação de que a estrutura de personalidade e a história de cada pessoa, variável de indivíduo para indivíduo, seriam determinantes na maneira como cada um

enfrenta as situações estressantes no dia-a-dia. Sendo assim, o sistema próprio de avaliação que cada pessoa tem é que determinariam o valor estressante de uma situação.

Na revisão de literatura feita por Chiozza (1998), nos deparamos com as seguintes contribuições científicas:

Em 1939, Alexander postulou a existência de um conflito psíquico inconsciente específico da hipertensão essencial. Tratar-se-ia de um conflito estabelecido entre as tendências receptivas, passivas, dependentes, femininas e os impulsos agressivos, hostis e competitivos. Como conseqüência desse conflito, o enfermo freqüentemente assumiria uma atitude passivo-dependente, por temor do transbordamento de seus impulsos hostis. Característico desses pacientes é a incapacidade de expressar a hostilidade e a impossibilidade de aceitar sua dependência. As duas propostas opostas se bloqueiam mutuamente e mantém uma tensão crônica, que exerce efeito sobre as funções vasomotoras. O autor sustenta, ademais, que a inibição crônica da raiva pode levar a que a hipertensão também se torne crônica. Afirma ainda serem os hipertensos pessoas submissas que, com teimosa perseverança, enfrentam todos os obstáculos, inclusive os insuperáveis. A história de suas vidas é, geralmente, aquela da “besta de carga”. Quando exercem funções executivas têm dificuldade para fazer cumprir as suas ordens, e se inclinam a fazer o trabalho dos demais em vez de impor a disciplina.

Mittelman (1945) sustenta que a agressão reprimida pode provir, nos pacientes hipertensos, de fontes diversas como os desejos frustrados de dependências, os danos sofridos na auto-estima, a ameaça a determinada posição dominante, a rebeldia contra a autoridade ou certos inconvenientes sexuais.

Reiser (1954) afirma que o hipertenso é um sujeito hostil, que teme as pessoas das quais depende. São sujeitos que, a partir de uma infância marcada pela insegurança na relação com seus pais, sofrem um intenso temor dirigido ao pai, temor de serem abandonados ou de serem vítimas de sua hostilidade. De acordo com o autor, o hipertenso, ainda que seja muito sensível à hostilidade, tende não obstante a incitar contra si condutas hostis.

Segundo Weizsaecker (1956), os pacientes com hipertensão sofrem aumento de irritação contida. Costumam ser pessoas humilhadas, que não foram muito longe na vida e que, mediante sua hipertensão, tentariam simbolicamente compensar a sua diminuição moral. Baldino et al. (1978) descrevem uma paciente com hipertensão essencial em que o respeito, como atitude caracterológica, impedia a expressão

consciente de sua ira, seu enojo e sua raiva. Em lugar de uma conduta de rebelião, diante de situações vividas como humilhações, manifestava-se a doença hipertensiva.

Scapusio (1978) sustentou que o aparelho vascular do hipertenso representa um sujeito que não pode claudicar e que mantém uma vasoconstrição exagerada para que possa continuar erguido. O enojo ou a ira inconscientes não poderiam manter-se sem que o sujeito se sentisse afetado em sua auto-estima. Estabeleceu-se um “estado conflitivo” entre o que acreditava ser e o que as circunstâncias lhe demonstram, estado que encontraria sua “melhor” representação em uma modalidade particular da ira que é a indignação. O hipertenso foi indignado, foi objeto de uma agressão que o converteu em indigno de si mesmo.

É importante observar que as características apontadas pelos autores citados são também encontradas em pessoas normotensas, e por isso não podem ser consideradas específicas da hipertensão arterial essencial. Assim, Chiozza (1998) observa que os autores citados em sua revisão compartilham, como fundamento teórico de suas investigações, das idéias de Fenichel acerca das órgão-neuroses:

“Desse ponto de vista, o fator que decide o surgimento de hipertensão essencial em lugar de qualquer outro transtorno, consiste na particular debilidade do sistema arteriolar, o qual, em virtude dessa debilidade, “solicita”, “facilita”, “se compraz” ou “atrai” o conflito psíquico, determinando que o transtorno se manifeste dessa maneira particular. Em outras palavras: a escolha do órgão depende, a partir dessa posição teórica, de uma disfunção crônica prévia do órgão escolhido, em vez de constituir a manifestação simbólica de uma fantasia particular inconsciente.”

Pesquisas realizadas com hipertensos incluem mais uma característica psicológica correlacionada com a pessoa hipertensa, indicando outra explicação para a existência das doenças: a alexitimia. De acordo com esta concepção, a unidade mente-corpo, para permanecer viva, nutre-se do contato, da busca da verdade e do não silêncio das emoções e sentimentos. Quando o silêncio psíquico impede a nomeação de nossas vivências e sua expressão, o corpo fica abandonado aos poucos mecanismos que lhes são possíveis frente a invasões de emocionalidade: a hipertrofia ou inibição de funções vitais com suas conseqüências de danos somáticos reversíveis ou crônicos. Para a clínica psicanalítica é possível reconhecer, no paciente que padece de alguma enfermidade, constantes inter-relações entre enfermidade do corpo e superadaptação à realidade externa.

Em trabalho denominado “O significado inconsciente da hipertensão arterial essencial”, Baldino (1998) estabelece uma relação entre a hipertensão e o sentimento de dignidade, a prodigalidade e a indignação. O autor nos esclarece que:

1. Quando, como produto de insuficiência de abastecimento, o sujeito experimenta a vivência de sentir-se “desvalido”, costuma interpretá-la como o produto de uma falha própria. Essa interpretação, que lhe atribui a responsabilidade da carência, o defende do sentimento de impotência, mas o leva a sentir-se indigno da provisão desejada.

2. A carência que o sujeito interpretou como o testemunho de sua indignidade aumenta o desejo de conseguir uma assistência que não apenas deve satisfazer suas necessidades básicas, mas que, além disso, deverá restaurar o déficit de sua auto-estima. Assim nasce a necessidade impostergável de ser valorizado e reconhecido pelos objetos significativos do ambiente, representantes do Ideal que pode aprovar ou condenar.

3. A provisão que satisfaz as necessidades e o amor que sustenta a auto-estima podem representar-se mutuamente, de modo que quando um sujeito experimenta uma vivência de indignidade sem esperanças pode tentar obter uma provisão que certifique a comiseração que o transforma em “digno de lástima”. Quando conserva, ao contrário, a esperança, pode adotar uma atitude pródiga.

4. A prodigalidade é uma formação reativa da atitude demandante. Com ela se tenta, ademais, pressionar os objetos para que, em reciprocidade, outorguem a valorização desejada. Tal prodigalidade, produto de um desígnio inconsciente “interessado”, reforça o sentimento de indignidade e serve ao mesmo tempo para manter oculta a “atitude” demandante em direção ao objeto.

5. É possível que o sujeito pródigo se sinta, por sua vez, “pressionado” pelos objetos de sua prodigalidade, e experimente em relação a eles a vivência de uma demanda excessiva. O sujeito que fracassa em seu intento de superar o seu sentimento de indignidade mediante a prodigalidade experimenta a vivência de “dessaingra-se”, em uma dádiva sem retorno.

6. A prodigalidade manifesta, como formação reativa da indignação latente, procura manter um sentimento de dignidade consciente. Quando esse propósito se vê ameaçado, surge como formação reativa mais extrema, o sentimento de indignação.

7. Aquilo que desde o ponto de vista “psíquico” denominamos sentimento de dignidade, ponto de vista “físico” se registra como o conjunto de inervações que

configura a “chave” desse sentimento. Um dos signos essenciais da excitação dessa chave é, em condições normais, a pressão arterial fisiológica, uma vez que a pressão arterial, fator essencial para o abastecimento dos tecidos, se arvora como a representação inconsciente da auto-estima e do sentimento de dignidade. Quer dizer, a pressão arterial forma parte da chave de inervação do sentimento de dignidade.

8. O sentimento de indignidade, quando é consciente, deve ser acompanhado, portanto, de certo grau de diminuição da pressão arterial, que não é registrado pela consciência. O sentimento de indignação consciente, por razões análogas, também deve ser acompanhado por certo grau de elevação reativa da pressão arterial, que passa despercebido pela consciência.

9. Quando o sentimento de indignação não pode desenvolver-se porque está referido a uma pessoa, que nesse momento representa inconsciente um objeto pleno de “significância”, um objeto do qual depende em alto grau a auto-estima que aquele que se sente indigno necessita restaurar e o sentimento de indignidade é insuportável (porque reativa, regressivamente, uma vivência de desenvolvimento demasiado intensa), o afeto indignidade pode “ser sufocado” de duas maneiras:

a. Transferindo o total do investimento de sua chave sobre o elemento hipotensão. O indivíduo “se entrega” parcialmente, de um modo inconsciente, a uma “debilidade” que, humilhando-o, o protege. Se sente então “hipotenso”, em lugar de pusilânime, digno de lástima ou indigno;

b. Descarregando a reação de indignação através de uma chave, deformada, que a torna irreconhecível e novamente viável, o sujeito conserva na consciência sua sensação de “força”. Ele se sente “magnânimo” a expensas de um transtorno íntimo, a hipertensão, que mantendo artificialmente a sua auto-estima exigirá futuros desenlaces;

10. Quando se deforma patossomaticamente o sentimento de indignação, e o total do investimento desse afeto se descarrega através do componente vasoconstricção periférica, que conforma, como vimos, uma das vias de inervação desse afeto, se apresentam na consciência os sintomas da doença hipertensiva ou os signos das mesmas provenientes do diagnóstico médico, privado, em ambos os casos, de seu original significado emotivo.

Como já dissemos anteriormente, o mundo dos sentimentos e as fantasias inconscientes constituem importante fonte das ações humanas. Daí podemos concluir que o adoecer humano pode ser uma das formas de expressão delas.

A Hipertensão Arterial é uma doença de origem multifatorial, para cujo estabelecimento concorrem fatores congênitos e adquiridos. Qualquer abordagem séria deve considerar a interação desses fatores e seus vetores resultantes em cada história individual. (Thalenberg, 1997).

Não é de hoje que a hipertensão arterial recebe a atenção dos pesquisadores tanto por seus aspectos constitucionais como pelos ambientais. Os aspectos relacionais do hipertenso são alvos daqueles que estudam essa patologia no âmbito da psicossomática. Interessam-se, em especial, como o modo dele se relacionar com outras pessoas atua no desenvolvimento e manutenção do quadro da hipertensão.

Freud (1996/1917) – Uma dificuldade no caminho da psicanálise - revela que o ego não é senhor de sua psique, apontando para o fato de que há muito que se pesquisar no domínio do inconsciente. Nosso interesse é investigar os psicodinamismos que envolvem a gravidez da portadora de hipertensão arterial, que comparativamente a outros temas, contam com poucos estudos.

Em estudo anterior avaliamos as características de personalidade e a vida emocional da gestante hipertensa. Neste estudo buscamos conhecer as fantasias inconscientes envolvidas na psicodinâmica dessas mulheres, uma vez que a fantasia inconsciente é considerada uma importante via de acesso e compreensão do dinamismo psíquico.

**OBJETIVO**

Investigar as fantasias inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica.

## **PACIENTES E MÉTODOS**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. (Anexo nº 1)

### **1. Desenho do estudo**

Foi realizado um estudo prospectivo e qualitativo.

Os dados demográficos como: idade da paciente, raça, estado civil, paridade e idade gestacional foram obtidos através do prontuário médico.

### **2. Seleção dos sujeitos**

Foram selecionadas gestantes hipertensas crônicas no ambulatório de Pré-natal de Hipertensão Arterial e Gravidez da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, excluindo-se as portadoras de outras patologias concomitantes, como insuficiência renal crônica, diabetes e cardiopatias.

Após o aceite em participar da pesquisa foi feita uma breve explicação sobre a mesma e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. (Anexo nº. 2). A seguir cada gestante foi conduzida para uma sala individual onde foram obtidos os dados demográficos (idade da paciente, raça, estado civil, paridade e idade gestacional) por consulta do prontuário médico e aplicada a técnica do desenho-estória. (Anexo nº. 3).

### **3. Sujeitos**

Participaram do estudo 35 gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica, com idade entre 20 e 35 anos, idade gestacional entre 16 e 36 semanas.

Na seleção da amostra do grupo de gestantes hipertensas, buscando garantir homogeneidade, houve o controle de algumas variáveis consideradas relevantes e que estão descritos abaixo.

Faixa etária: A faixa etária escolhida foi entre 20 e 35 anos, considerada segundo a classificação de Havighurst. Abaixo de 20 anos a gestante teria a particularidade, ligada ao desenvolvimento da personalidade, que é a adolescência com suas implicações

específicas. Acima dos 35 anos, a gravidez já é considerada por vários autores como gravidez de risco sem que nenhuma patologia esteja a ela associada.

Hipertensão Arterial Crônica: Quando havia história de hipertensão arterial crônica, de qualquer etiologia, anterior à gestação, ou valor de pressão arterial de 140 x 90 mmHg ou mais, antes da 20.<sup>a</sup> semana de gestação.

Não estar em psicoterapia: Por ser a psicoterapia um método de investigação e intervenção que consiste na evidenciação do significado inconsciente, e sendo este o nosso objeto de estudo, consideramos ter esta variável grande influência sobre o material pesquisado. Buscando conhecer as fantasias inconscientes das gestantes não se poderia correr o risco dessas fantasias estarem sendo vivenciadas como consequência do processo terapêutico.

#### **4. Instrumento**

##### **Técnica do desenho-estória**

A importância do desenho como elemento propiciador da expressão de fantasias inconscientes tem sido amplamente valorizada na literatura. A expressão gráfica tem sido considerada uma linguagem mais ingênua e espontânea, e no dizer de Hammer (1969), “o traçado da figura dá acesso a extratos básicos que constituem expressões menos controladas da personalidade do sujeito”. Para este autor “Os desenhos representam uma forma de linguagem simbólica que mobiliza níveis relativamente primitivos da personalidade”.

Grassano (1996) afirma que a produção gráfica revela a concepção e os conflitos inerentes ao manejo espacial, às funções e ao interior do próprio corpo, bem como as angústias e fantasias dominantes com relação ao corpo de outras pessoas, construídas desde as primeiras relações de objeto.

Para a investigação das fantasias inconscientes utilizamos a técnica do Desenho-estória que é uma técnica de investigação da personalidade que emprega desenhos associados a histórias. Foi introduzido por Trinca (1976) em 1972, para se prestar à exploração da dinâmica inconsciente da personalidade.

Segundo Trinca (1997), o procedimento de Desenho-estória tem sua fundamentação baseada nas teorias e práticas da psicanálise, das técnicas projetivas e da entrevista clínica. Essa fundamentação se sustenta em algumas afirmações:

1. Quando a pessoa é colocada em condições de associar livremente, essas associações tendem a se dirigir para setores nos quais a personalidade é emocionalmente mais sensível;

2. A pessoa pode revelar seus esforços, disposições, conflitos e perturbações emocionais ao completar ou estruturar uma situação incompleta ou sem estruturação;

3. Diante de estímulos incompletos ou pouco estruturados, há uma tendência natural de o sujeito realizar uma organização pessoal das respostas, desde que para isso tenha liberdade de composição;

4. Quanto menos diretivo e estruturado for o estímulo, maior será a probabilidade do aparecimento de material pessoal significativo;

5. Havendo setting adequado, o cliente pode, nos contatos iniciais, comunicar os principais problemas, conflitos e distúrbios psíquicos que o levaram a procurar ajuda.

De acordo com Cunha et. al.(1991), o Desenho-estória foi proposto, inicialmente, para o estudo dos conteúdos psicodinâmicos da personalidade, que abrangem especialmente os processos de natureza inconscientes. Ele é de grande valor na detecção de componentes das experiências subjetivas, incluindo assim, as fantasias inconscientes.

A hipótese principal formulada por Trinca foi de que o desenho livre, associado a estórias em que ele figura como estímulo para essas estórias, constitui instrumento com características próprias para obtenção de informações sobre a personalidade em aspectos que não são facilmente detectáveis pela entrevista psicológica direta.

Utilizamos em nosso trabalho, uma extensão do Desenho-estória, ou seja, o procedimento de Desenho-estória com tema, onde o examinando é convidado a desenhar um tema que o examinador indica de antemão.

O Procedimento de Desenho-estória com tema tem sido bastante utilizado, havendo inúmeras pesquisas e artigos em que esse uso é referido. Em Trinca (1997) encontramos que em 1990, Aiello-Tofolo apresentou estudos em que focalizava a representação social para o “III Encuentro Latino-Americano de Psicología Marxista Y Psicoanalysis”, em Havana-Cuba. Em 1991, examinando crianças em idade escolar, solicitou desenhos cujo tema era o doente mental (Aiello-Tofollo & Tsu, 1991). Focalizou, também, a representação de alcoolistas (Aiello-Tofollo & Machado, 1991).

Investigou, posteriormente, como professores da rede pública de ensino representavam a criança-problema (Aiello-Tofollo, Vieira & Garcia, 1992); a representação de profissionais da saúde sobre deficiências (Aiello-Tofollo & Machado, 1993) e as representações sociais de vestibulandos sobre doença mental (Aiello-Tofollo & Vaisberg, 1995).

Na aplicação da técnica depois de solicitar ao examinando a elaboração de um desenho com o tema proposto, pede-se que conte uma estória associada livremente ao desenho. Concluída a fase de contar estória, passa-se ao inquérito, onde se pode solicitar quaisquer esclarecimentos necessários à compreensão e interpretação do material, produzido tanto no desenho quanto na estória. Tenta-se, assim, focar idéias interrompidas, situações obscuras entre os personagens do desenho e da estória, e mesmo esclarecer aspectos de cada personagem (o que irá acontecer com ele, porque ocorreu a situação descrita, e outras informações necessárias à compreensão da estória). No presente estudo, solicitamos às gestantes hipertensas que fizessem um desenho com o título: “Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta”. Imediatamente após desenhar solicitamos a cada gestante que elaborassem uma estória a partir do desenho. Devido à solicitação das gestantes a estória foi escrita pela pesquisadora.

Desenhos, estórias e respostas ao inquérito constituem uma unidade e devem ser avaliadas como um processo unitário de comunicação. Ao avaliar a comunicação contida no procedimento de D-E pode-se utilizar conhecimentos acumulados em várias fontes: a teoria psicodinâmica, as técnicas de interpretação de desenhos livres e de estórias derivadas de estímulos de apercepção.

A administração do procedimento é individual, em horário correspondente ao período diurno devido a que, sendo usados estímulos cromáticos, o tipo de fonte luminosa pode alterar a percepção dos mesmos. Deve haver silêncio, instalações confortáveis e ausência de terceiros na sala. Além disso, o sujeito deve apresentar disposição psíquica e ausência de fadiga para o exame.

A avaliação compreende duas partes: análise e interpretação. A análise consiste em levantamento e extração de informações significativas e a interpretação é o processo de composição e integração dos elementos significativos em um conjunto.

Com fundamentação psicanalítica, Trinca (1997) estabeleceu um referencial de análise composto por dez áreas ou categorias:

1. Atitude básica em relação a si próprio e em relação ao mundo;
2. Figuras significativas;

3. Sentimentos expressos;
4. Tendências e desejos;
5. Impulsos (amorosos ou destrutivos);
6. Ansiedades (paranóides ou depressivas);
7. Mecanismos de defesa;
8. Sintomas expressos;
9. Simbolismos apresentados;
10. Outras áreas da experiência.

Neste estudo foi realizada análise por livre inspeção do material, uma vez que o objetivo era o de conhecer as fantasias inconscientes das gestantes hipertensas. Essa forma de avaliação sustenta-se numa análise global, isto é, numa análise do conjunto de produções, onde desenhos, histórias e inquérito fazem parte de uma unidade. Nele o psicólogo usa um referencial de análise introjetado, que é resultante de sua experiência e de seus conhecimentos em psicologia.

Nosso referencial de análise foi a teoria psicanalítica, principalmente as contribuições teóricas de Freud e de Melanie Klein. Consideramos necessário diferenciar a pesquisa psicanalítica propriamente dita, ou seja, aquela que é efetuada com o método psicanalítico em si, dentro da sessão ou do processo analítico, e a pesquisa em psicanálise, ou seja, aquela que usa conceitos psicanalíticos e os diferentes métodos de investigação para testá-los ou aplicá-los em outros cenários clínicos ou teóricos.

## **RESULTADOS**

Os dados obtidos em nossa pesquisa foram organizados segundo quatro tópicos apresentados a seguir: características de variáveis demográficas da população de gestantes estudadas; desenhos-estórias, inquéritos e interpretações; fantasias inconscientes de todas as gestantes participantes e fantasias inconscientes das gestantes por categorias.

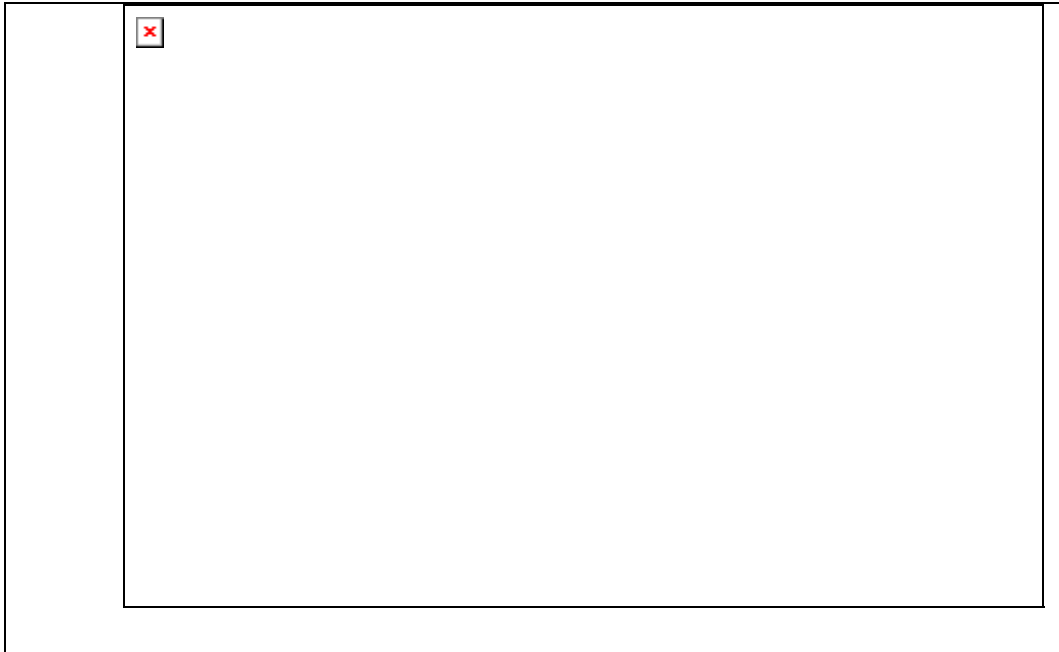
De todas as 35 gestantes convidadas a participar do estudo, 10 gestantes não aceitaram. A média da faixa etária das gestantes foi de 29 anos. A média da idade gestacional, ao participar do estudo, foi de 26 semanas. As demais características demográficas (cor, estado civil, grau de instrução e paridade) encontram-se no quadro 1, havendo predomínio de gestantes da cor branca e com união estável. Em relação ao grau de escolaridade verifica-se maior incidência de mulheres com ensino fundamental. Verifica-se também predomínio de múltiparas.

### 1. Caracterização de variáveis demográficas da população de gestantes estudadas.

Características demográficas			
		n	%
Cor	Branca	26	74,3
	Não-branca	09	25,7
Estado civil	União estável	33	94,3
	Solteira	02	5,7
Instrução	Fundamental	32	91,4
	Médio	03	8,6
	Superior	0	0
Paridade	Nulípara	06	17,1
	Múltipara	29	82,9

## 2. Desenhos-estórias, inquéritos e interpretações.

### Caso n.º 1



#### **Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta.

Ela tem medo de não ser uma boa mãe para o seu filho.

Ela é meio solitária, perdida. Às vezes tem a sensação que tudo em sua volta está ruim, doente, e ela tem que sobreviver sozinha.

É uma mulher comum, dessas que se vê na rua todo dia.

#### **Inquérito:**

Porque ela é meio solitária?

R: Por que conviver com as outras pessoas não é nada fácil

As pessoas exigem muito e não dão nada. Não entendem a gente.

Como ela resolve essa situação?

R: Se afasta delas, das pessoas.

O que dá a ela a sensação de que tudo em sua volta está doente?

R: Acho que é porque ela está doente, a doença dela se espalha e pega todo mundo. Ela não consegue ver de outro jeito. Fica tudo ruim.

Por que ela tem que sobreviver sozinha?

R: Está cada um cuidando de si.

O que faz dela uma mulher comum, dessas que se vê na rua todo dia?

R: Ela mesma.

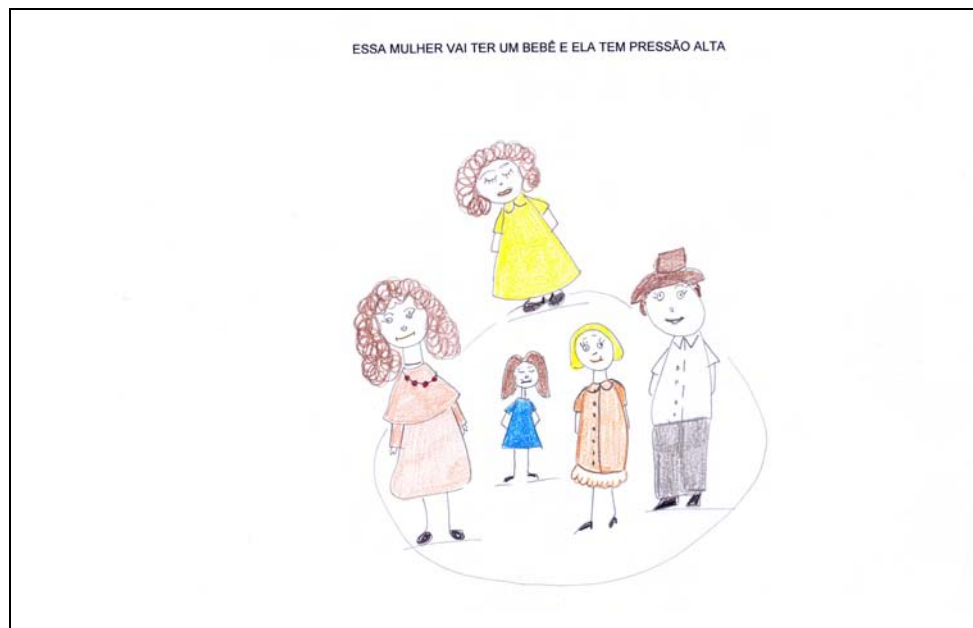
### Interpretação:

Em suas produções, a paciente demonstra claramente seus sentimentos de solidão e desamparo em relação ao mundo e que parecem vir de uma sensação de vazio que dá a ela uma idéia de que fica sem direção. Parece não saber que rumo deve tomar. Isso tudo está baseado na **fantasia de que tem algo muito ruim dentro dela que afasta as pessoas e se espalha por tudo.**

Pressão alta interna ocasionada pela pressão externa de desamparo. Projeta no mundo sua doença e sente que tudo em sua volta está ruim e doente.

No desenho é possível perceber **a fantasia de que uma união sexual fértil estaria longe.**

### Caso n° 2



**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta.

Apesar disso, ela se sente feliz.

Quando ela pensa no nenê, pensa no jeito da criança com os adultos. O adulto se sente o dono de tudo, dono da verdade e **trata a criança como se ela não fosse nada**. Eles acham que têm poder. Isso me dá muita raiva. Não sei se vou saber proteger esse filho disso tudo.

A criança poderia fazer com que tratassem ela diferente, poderia gritar, fechar a cara. Mas ela não faz nada disso, a criança é doce. Eu acho que é. Também tem medo e, por isso, tenta esquecer.

A criança se preocupa em viver o momento. Pensa nas coisas, mas não fala nada.

**Inquérito:**

Por que os adultos se sentem donos de tudo?

R: É porque são grandes

Porque a criança não faz nada para ser tratada diferente?

R: Ela tem medo, fica achando que não vão entender ela.

Então ela tem medo de que não a entendam.

R: É, tem. É duro quando não entenderem a gente. Fica uma sensação ruim.

De que mais a criança tem medo?

R: Do que está dentro dela e também do que está fora.

Explique melhor isso.

R: Dentro dela tem muita coisa que ela não gosta, e fora, nas pessoas, também.

O que tem dentro dela e das pessoas?

R: Dela tem sentimentos de sofrimento, mágoa e também raiva e dos outros não sei bem. Sei que não é bom. Só não sei se as pessoas percebem.

Fale mais sobre esses sentimentos ruins, dentro dela e dos outros.

**R: O pior deles é a raiva, porque faz um estrago danado.**

A criança pensa em viver o momento. Isso é bom?

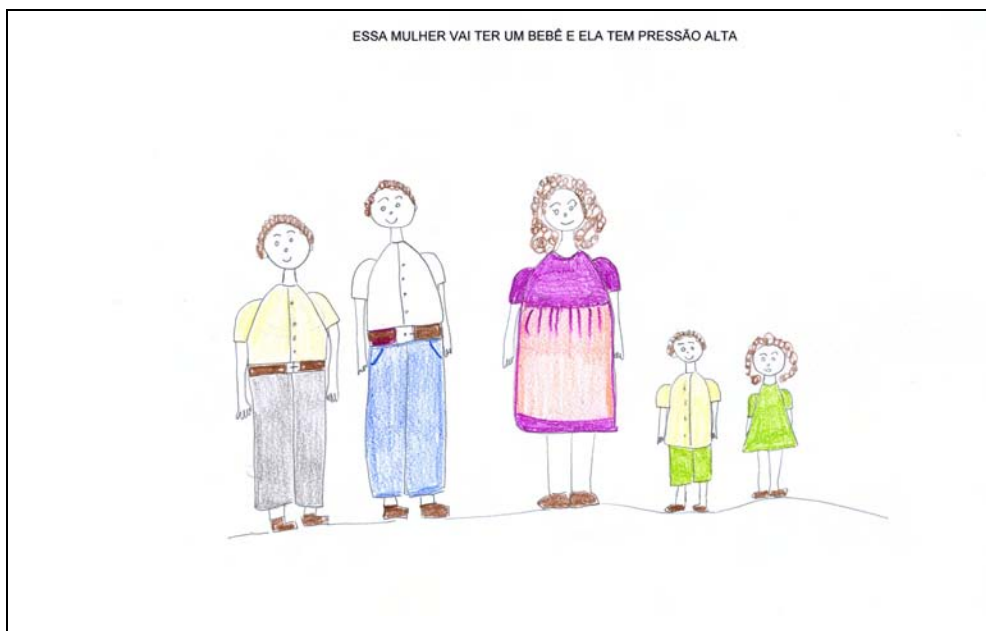
R: É a saída que ela encontrou.

### Interpretação:

A paciente se apresenta identificada com o bebê. Estando o bebê evidenciado como submisso, denuncia a submissão da própria paciente. Está projetado na criança o desejo da paciente de obter maior consideração das pessoas. Parece existir **a fantasia inconsciente de rejeição e também a fantasia de que a raiva não pode ser expressa**. A submissão é avaliada ambivalentemente, pois gera sensação de inferioridade (ser um nada) e superioridade (é doce), revelando conflito entre as tendências agressivas e passivas que possivelmente seja o causador de um estado de pressão psíquica. No inquérito percebemos a ansiedade paranóide gerada pelo medo de não ser compreendida pelas pessoas.

Mecanismos de defesa: formação reativa e repressão.

### Caso n° 3



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela se preocupa, mas não muito. Tem hora que sim, tem hora que não.

Ela já teve outros filhos; tem até dois filhos moços que já são casados. Tem dois filhos pequenos e ela passou um apertado para eles nascerem e tudo por culpa da pressão.

Ela não foi muito feliz no amor, não conseguiu um companheiro que ficasse com ela. Lutou sempre sozinha, enfrentou o mundo e o fundo. Seria bom ter alguém para dividir a responsabilidade.

Não é que ela não procurou. Ela procurou, procurou, mas não encontrou. Eles não serviam para nada, ela é que conseguiu muita coisa por si mesma. Só ficou com os filhos. No parto, fica claro que o risco é todo da mulher.

### **Inquérito:**

Tem horas em que a mulher se preocupa e tem horas em que ela não se preocupa. Como é isso?

R: Quando ela para e pensa, nos perigos da doença, ela fica preocupada. Ela já está com uma idade que era melhor não ter mais filhos. Já poderia ficar mais sossegada e agora vai ter trabalho de cuidar de filho tudo outra vez. Mas, tem hora que ela pensa que não é a primeira e nem a última a passar por isso. Então, fica mais calma e toca pra frente.

Os companheiros que teve não ficaram com ela. O que aconteceu?

R: Acho que ela não teve sorte, ou não soube escolher direito. Eles eram brutos, os três que ela teve eram assim. Implicavam com ela, tratavam mal. Acabaram indo embora. Dois foram por vontade deles e um foi ela que mandou.

Essa é a minha história, estou contando a minha história. Até que é bom falar com alguém sobre a vida. Eu fiquei com um pouco de remorso quando mandei o pai desse que eu estou esperando ir embora. Pensei que o filho pode me cobrar isso mais tarde ou que talvez eu não tive paciência, mas agora é tarde.

### **Interpretação:**

A rejeição à gravidez se apresenta nas referências que a paciente faz à sua idade e ao fato de que poderia ficar sossegada sem o trabalho de cuidar do filho.

Existe a **fantasia inconsciente de que algo que possa vir de fora possa preencher-la** (então procura, procura). O objeto aparece bastante idealizado pela expectativa de que ele vai preenchê-la. É idealizado, pois procura sempre o que não tem; o bom está onde ela não procurou.

Quando ela se encontra com o objeto real, ele fica persecutório (ela fica só). Assim, ela vai fazendo essas buscas de forma parcial, num movimento típico da posição esquizo-paranóide.

Numa visão Kleiniana, expõe a cisão entre objetos bons e maus dentro de si (dúvida quanto a ter acertado ou errado em mandar o pai do filho que espera embora e a culpa decorrente). Apresenta ansiedade do tipo persecutória (possíveis cobranças do bebê / medo de ser atacada pelo bebê) e depressiva (gerada pela culpa por não ter sido paciente) É interessante observar que esses temores são em relação aos danos que poderão ser causados ao próprio Eu e não ao bebê.

Nas horas em que não se preocupa põe em jogo o mecanismo de defesa da negação. Embora apresente uma auto-imagem positiva, ao afirmar que enfrentou o mundo, apresenta sentimentos de solidão e menos valia (falta de sorte).

#### Caso n° 4



#### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta. Ela tem um filho, e perdeu um. Ela está esperando outro. Não sabe se está gostando ou não.

Ela é uma mulher que se preocupa com o rumo das coisas. Se preocupa também com esse filho. Espero que ele não seja uma pessoa difícil, que cobre muito.

O que ele diria sobre isso se pudesse? Será que ele pensa que a mãe é que criou a pressão alta? Será que ele tem medo de tudo acabar? Tem medo da mãe não ser capaz de ir até o fim?

Ela gostaria de dizer para ele que apesar de tudo ela é muito forte. O mundo é duro, mas ela é forte. O nenê fica lá, sem poder fazer nada. Acho que deveria existir um jeito de pelo menos a mãe saber o que o nenê pensa.

**Inquérito:**

Como ela perdeu um filho?

R Ele morreu quando tinha dois anos. Não foi na gravidez. Ele ficou doente, teve meningite.

Ela é uma mulher que se preocupa com o rumo das coisas

R: Se preocupa muito. Com a educação e o futuro dos filhos, da família dela.

A mulher da estória se preocupa se o filho não vai ser muito difícil, se preocupa com o que ele poderia dizer, pensar, com os medos dele.

R: É, se ele não vai ser muito difícil para ela. Porque filho exige muita paciência, a gente tem que se esforçar bastante pra criar bem direitinho.

Mas apesar de tudo ela é muito forte

R: É. Ela é, mas gostaria de ter certeza de que ele pode perceber isso. Assim ele ficaria mais seguro.

**Interpretação:**

Percebe-se uma forte ambivalência, uma dúvida em relação ao amor e ao ódio (do ponto de vista psíquico, essa dúvida pode gerar uma mente sob alta pressão).

**Existe uma fantasia inconsciente de ataque ao bebê** (Será que ele tem medo de tudo acabar?).

Revela preocupação com o que o filho vai pensar e tem receio de que ele seja muito difícil. Isso gera uma ansiedade do tipo paranóide. Impulsos amorosos são evidenciados em seu desejo de tranquilizar o bebê com sua força.

## Caso nº 5



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

E a pressão está muito alta. A nossa vida bem que poderia ser parecida com um dia de festa no sítio em dia que tem um sol; sol e sombra. Tomara que um dia a vida seja assim. Esta esperança que eu tenho, é mais para meus filhos; para que eles não tenham uma vida tão difícil.

Ninguém ajuda ninguém, é cada um por si. Se as pessoas boas têm problemas, imagine quem é ruim. Apesar de que eu já vi muita gente ruim numa boa. Acho que no futuro eles deverão sofrer pela maldade.

Acho que vai dar tudo certo porque ela é uma mulher boa.

### Inquérito:

Como é um dia de festa no sítio?

R: É uma coisa maravilhosa. Tem alegria e fartura das coisas.

E nesse dia tem que ter sol e sombra. Como é isso?

R: Tem. Não acho estranho falar sol junto com sombra, porque é sol para não chover e sombra das árvores pra gente sentar em baixo e ficar tranqüila, sem suar.

Então a vida não está assim.

R: Não é nem parecida com isso. A vida é dura de mais, isso sim. A gente luta, luta demais.

Lutar não é bom?

R: Dizem que é, mas não é. Bom é ter tranquilidade. A gente luta sem saber se vai dar certo.

Mas na estória a pessoa tem esperança de que seja diferente com os filhos.

R: Tem esperança, quer que eles sejam mais felizes que ela. Mais espertos.

Ela não se acha esperta?

R: Não, pelo contrário. Se acha uma tonta. As pessoas fazem ela de tonta. De vez em quando ela se vinga, mas acho que é pior.

Porque é pior?

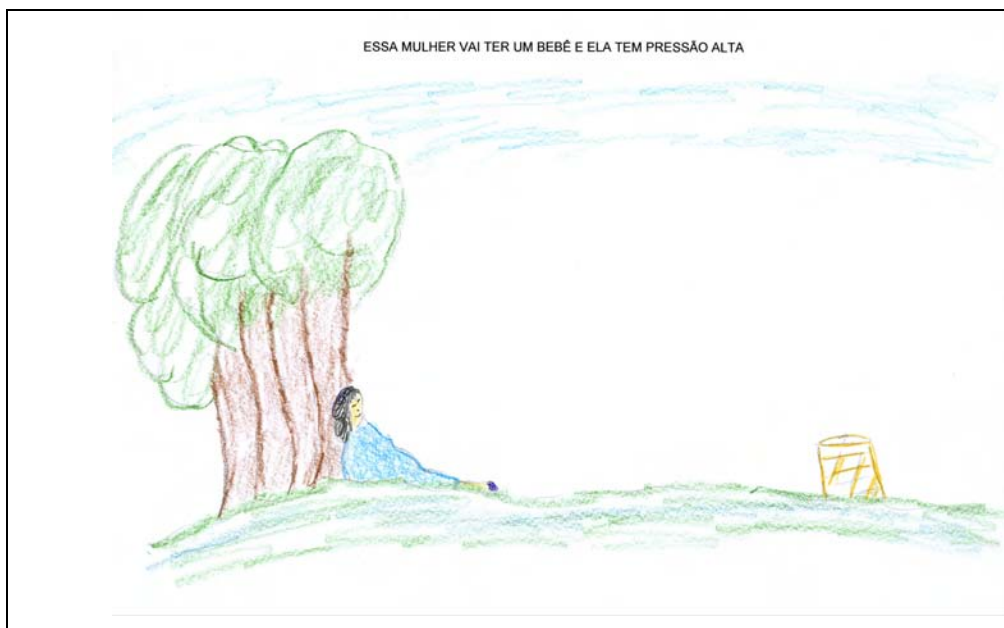
R: Porque fica pior, o entendimento das pessoas piora.

### **Interpretação:**

De acordo com a visão kleiniana, a paciente expõe a cisão entre objetos bons e maus dentro de si (é boa, mas se acha uma tonta) revelando uma auto-imagem marcada pela ambivalência. Parece haver uma **fantasia inconsciente de integração** dos objetos; dos lados ambivalentes da personalidade (sol e sombra).

Há também a **Fantasia inconsciente onipotente de garantir que tudo vai dar certo devido sua bondade.**

### **Caso n° 6**



**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta.

Ela já passou da idade de ter nenê novinho. Ela não pensava em ter mais filhos, mas o marido quis e ela acabou concordando. A pressão alta deixa ela nervosa, fica com medo que algo de muito ruim aconteça para ela e seu nenê. As pessoas dizem muita coisa sobre isso e ela fica mal.

Aqui no desenho ela descansa embaixo das árvores. Tem um poço perto do lugar onde ela está. Nele ela pode se refrescar, pode beber água e até se lavar.

É difícil ela ter tempo para descansar.

**Inquérito:**

Porque ela ouve as pessoas?

R: Não sei, só sei que ela ouve. Não sabe o que fazer.

O que ela poderia fazer se soubesse?

R: Dar uma resposta e fazer as pessoas ficarem quietas.

E o que iria acontecer depois?

R: Ela ficaria aliviada, mas sofreria se ficassem chateados com ela. Ela tem medo da reação das pessoas, do que possam fazer para ela.

**Interpretação:**

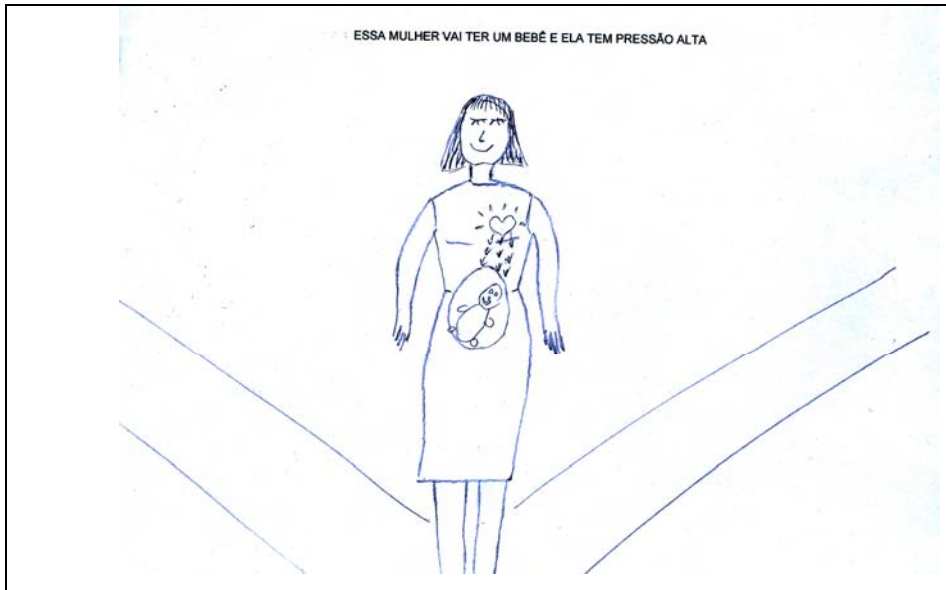
As pessoas são percebidas como objetos internos persecutórios que desvitalizam. No desenho, o poço representa o objeto onde se pode revitalizar, é um poço que se pode alcançar. Encostada na árvore transmite a sensação de que está velha, de que possui poucos recursos para sustentar uma vida; ela é quem precisa ser sustentada.

Existe uma ameaça de morte, mas também tem esperança (fica com medo que algo de muito ruim aconteça para ela e seu nenê).

**Fantasia inconsciente de que não pode sobreviver com recursos próprios** (medo de não se sustentar) e por isso busca um objeto para poder amparar suas angústias de morte

A ansiedade manifesta é do tipo paranóide (medo da reação das pessoas).

## Caso n<sup>o</sup>. 7



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela tem um sofrimento por dentro, no coração. Mas tem um bom coração e as pessoas sabem disso. Por isso, tudo vai dar certo.

O bebê que está dentro dela pode sentir isso, que ela é uma boa pessoa e isso vai ser de ajuda para ele. Ele, sabendo do sofrimento, vai querer ser diferente. Ele vai ser muito feliz; vai saber viver e vai ser bom pra ela.

Tudo vai dar certo, tem que dar.

### Inquérito:

Por que ela tem um sofrimento no coração?

R: É um sofrimento muito doído, muito grande de muita tristeza e de raiva também. A vida foi dura com ela, ela foi muito maltratada pela família. Ficou sem mãe muito criança e a tia foi quem a criou. A tia judiou muito dela. Tem também o sofrimento de não saber se a pressão não vai fazer as coisas darem errado.

Um bom coração pode ajudar?

R: Pode, quando a gente faz o bem, é a gente mesmo que sai ganhando. Coisas boas voltam pra gente.

Como o bebê pode sentir que ela é uma boa pessoa?

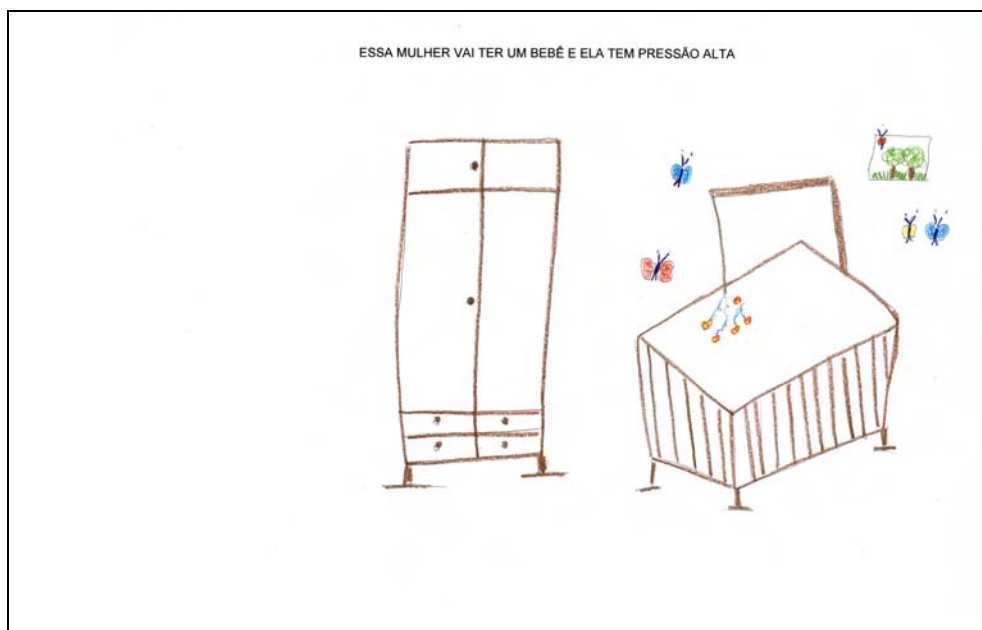
R: Não sei, mas ele pode.

**Interpretação:**

**Fantasia de que o bebê vai salvá-la**, resgatá-la. Existe uma expectativa de que esse objeto realizado vai cicatrizar as feridas; é um bebê que vem para curá-la.

Projetada e identificada com o bebê na expectativa de reparar os objetos internos maus. **Fantasia inconsciente de que o objeto bom interno seja a garantia de que tudo vai dar certo**, de que vai ser recompensada. Projeta, também, no bebê, os desejos de ser uma pessoa diferente onde os impulsos agressivos não estejam tão reprimidos. Os dois caminhos apontados no desenho não esclarecem de que direção a personagem veio apontando para o sentimento de não saber como chegou até aqui (como conseguiu sobreviver). Os desejos são originários da pulsão de vida (desejos de que o objeto interno bom faça bem ao bebê e a ela) e da pulsão de morte (que ele saiba do sofrimento).

<b>Caso nº 8</b>
------------------

**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Esta mulher está grávida, está feliz por isso. O problema da pressão é uma coisa que atrapalha, mas não é tanto assim porque ela é uma mulher que já passou por outros problemas.

Já está tudo preparado para a chegada do nenê. O quarto está arrumado e enfeitado com borboletinhas na parede. Tem roupinhas também, a maioria eu já tinha.

Tenho medo que depois de tanta espera e de tanto trabalho, este nenê cobre alguma coisa que não fizemos por ele. Os filhos não sabem do amor que a gente tem por eles. Só vão saber disso quando tiverem os filhos deles. É uma coisa repetida. Com todo mundo é assim e comigo não vai ser diferente.

### **Inquérito:**

Porque os enfeites são de borboletinhas?

R: Porque eu gosto, acho que fica muito bonito. As borboletinhas são bem coloridas e estão voando. São livres, podem voar para onde querem.

Que coisas o nenê poderia cobrar?

R: Ah, sei lá. Qualquer coisa. Tudo.

Como ela se sente por ser cobrada?

R: Ela se sente chateada. Não sabe se vai conseguir dar conta disso. Fica preocupada, mas sabe que não tem o que fazer. É só esperar e ver o que acontece.

Ela poderia pensar que vai fazer o melhor que puder.

R: Eu sei disso, mas pode não ser o suficiente.

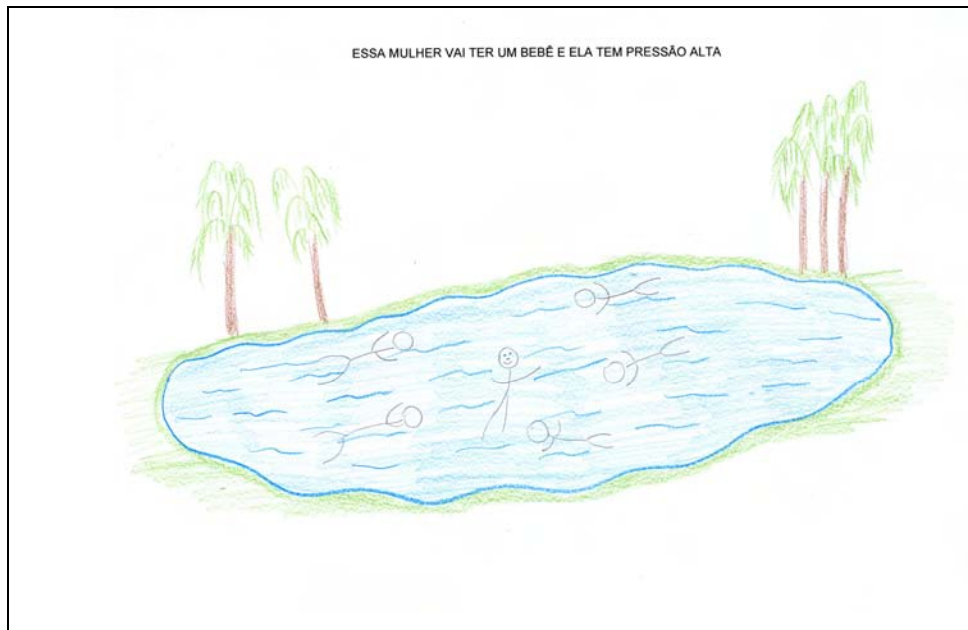
### **Interpretação:**

O espaço desse bebê está projetado ainda no concreto (na parede, nos móveis), não está contido internamente, no espaço interno da gestante (anda não tem nada dentro do berço).

Tem dúvida quanto ao amor que possa das e medo de ser cobrada mais tarde. Em sua **fantasia inconsciente, é como se a maternidade ainda não representasse algo interno**. Por isso não valoriza os riscos da hipertensão arterial. Existe ainda a **Fantasia inconsciente de que ter passado por outros problemas torna o problema da pressão menos significativo**. Revela uma auto-imagem positiva ao ver-se como uma mulher corajosa. A aceitação da gravidez, manifestada pelo sentimento de felicidade contrasta-se com a ansiedade do tipo paranóide (medo de ser cobrada).

Aparecem ainda desejos oriundos da pulsão de morte (de vingança; de que os filhos também sejam cobrados um dia pelos filhos que vierem a ter).

## Caso n° 9



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta.

Era uma vez uma mulher teimosa porque mesmo tendo pressão alta, ficou grávida. Não era tão alta sempre, mas era. E ela queria muito um filho, mas agora não sabe se vai dar conta de cuidar dele direitinho.

Ela procurava não pensar muito neste problema da pressão. Quando ela ficava pensativa, imaginando problemas, ela gostava de se imaginar nadando num lago. Isto é uma coisa que ela faz para se acalmar.

Ela imaginava pessoas nadando em torno dela e todas sorrindo. Pessoas que são boas. Elas se aproximavam e ela queria que chegassem mais perto. Ela não sabia quem elas eram, mas isso deixava ela calma. O corpo na água flutua bem tranquilo e o lago dá pé.

### Inquérito:

Ser teimosa é um defeito ou uma qualidade?

R: Uma qualidade

Não pensar muito nos problemas ajuda?

R: Ajuda muito. O tempo vai passando diferente e quando a gente vê, já era.

Nadar ajuda a acalmar, por quê?

R: Porque água relaxa.

Ela gosta de ter pessoas por perto?

R: Só quem é bom e de bom humor. Eu procuro só estar com essas pessoas de bom astral. Infelizmente são poucas.

Parece que a mulher da estória se sente bem entre estranhos.

R: É sim. Fazer amizade com gente nova é uma coisa que eu gosto. No início as pessoas não são tão chegadas e isso é mais fácil.

Por quê?

R: Porque depois de certo tempo que as pessoas te conhecem já perde a graça porque começam os problemas.

Os lagos geralmente são fundos e o da estória dá pé.

R: Só assim ela fica tranqüila. Tem que encontrar o chão toda vez que quiser.

### **Interpretação:**

A paciente, usando o recurso da imaginação, coloca-se num refúgio psíquico onde possa se abrigar livre das ameaças de perder a posição depressiva e ser ameaçada pela posição esquizo-paranóide. Trata-se de um refúgio da pulsão de vida, que protege a continuação dos objetos bons. Existe a **fantasia inconsciente de que o pensamento é destrutivo**, traz problemas.

No desenho coloca-se sob a proteção das fronteiras, contra a perda do self.

Também pertencem à pulsão de vida os desejos de continência (pessoas nadando em torno dela e todas sorrindo) e de segurança (o lago dá pé para que ela possa encontrar o chão, toda vez que quiser). Embora deseje a aproximação das pessoas, a intimidade aparece como uma coisa que traz problemas. Como defesa utiliza a negação.

## Caso n° 10



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela está feliz, gostou de ficar grávida mesmo sabendo que tem pressão alta. Uma criança pode mudar muita coisa na vida de uma pessoa.

Acho que sou como a mulher desta estória. Acho que esta criança é coisa do destino, que tinha que acontecer na minha vida. Acho que é para eu ficar mais madura.

Não vou exigir nada dela; quero que ela seja livre. Penso só em dar de mim. Não sei se o que tenho para oferecer pode valer de alguma coisa. Não tenho muito, mas o que tenho será dela. Estaremos sempre unidas, bem juntinhas.

Eu e o bebê vamos ser fortes contra a doença e vamos sair ganhando, se Deus quiser! Não vou passar pressão alta para a criança.

### Inquérito:

O que uma criança pode mudar na vida de uma pessoa?

R: Pode mudar tudo. Pode ser uma vida melhor, mais feliz e você pode melhorar. Vai ficar mais ligada na vida porque tem alguém que depende de você. Você fica mais importante.

Por quê?

R: Porque tem alguém que você ama muito, mais que tudo.

### Interpretação:

O desenho parece bastante diferente da estória. Sugere, então, um conflito, uma tentativa de entrar em contato com algo que é estranho, que vem do destino (o bebê está chegando não se sabe de onde). Existe a **fantasia inconsciente de que o contato é algo sobre o qual não se tem controle.**

A paciente ainda não realizou psicologicamente a gravidez, parece estar dissociada dentro dela (corpo com cintura fina, longe do bebê e sem olhar para ele).

O objeto interno disponível é sentido como pobre (não sei se o que tenho para oferecer pode valer de alguma coisa), mas ainda assim, revela tendências construtivas (sair vencedora) e impulsos amorosos (dar de si). Observa-se o conflito entre os desejos de facilitar a liberdade e ter o filho sempre por perto.

### Caso n° 11



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

É difícil saber como continuar uma estória dessas, saber no que vai dar. Ela tem problemas de saúde, tem pressão alta.

A grávida se esforça muito para que o final seja um final feliz. Será que o bebê também participa disso? Será que ele também se esforça? Será que ele sente alguma coisa quando a pressão sobe?

O esforço é grande. Acho que o nenê fica lá dentro, livre de tudo. Só a mãe que sofre. O nenê fica lá, só dormindo e se alimentando. Se mexe sempre que tem vontade e nem se importa se vai incomodar a mãe com a sua mexida. Ela é mulher e por isso tem que agüentar uma coisa dessas. Mas não é toda mulher que agüenta.

É só isso.

### **Inquérito:**

É difícil saber como continuar uma estória dessas, mas você continuou.

R: Eu aceitei participar do seu trabalho, e por isso continuei.

Não pode voltar atrás?

R: Não gosto de voltar atrás. Eu gostei de inventar uma estória. No começo não gostei, mas depois estou gostando. É melhor do que ficar lá fora na espera.

A mulher da estória se preocupa com o que se passa com o bebê dentro da barriga.

R: Fica sempre imaginando se por causa da pressão subir, o nenê pode passar mal. Ele pode sofrer por culpa por uma coisa ruim que é da mãe.

Mas você também acha que ele fica lá dentro livre de tudo.

R: Pode ser que sim, pode ser que não.

Parece que o bebê, lá dentro, não se importa muito.

R: Não, lá dentro ele não faz nada.

### **Interpretação:**

**Em sua fantasia inconsciente a paciente questiona sua capacidade de abrigar, de que seu interior possa preservar vida.**

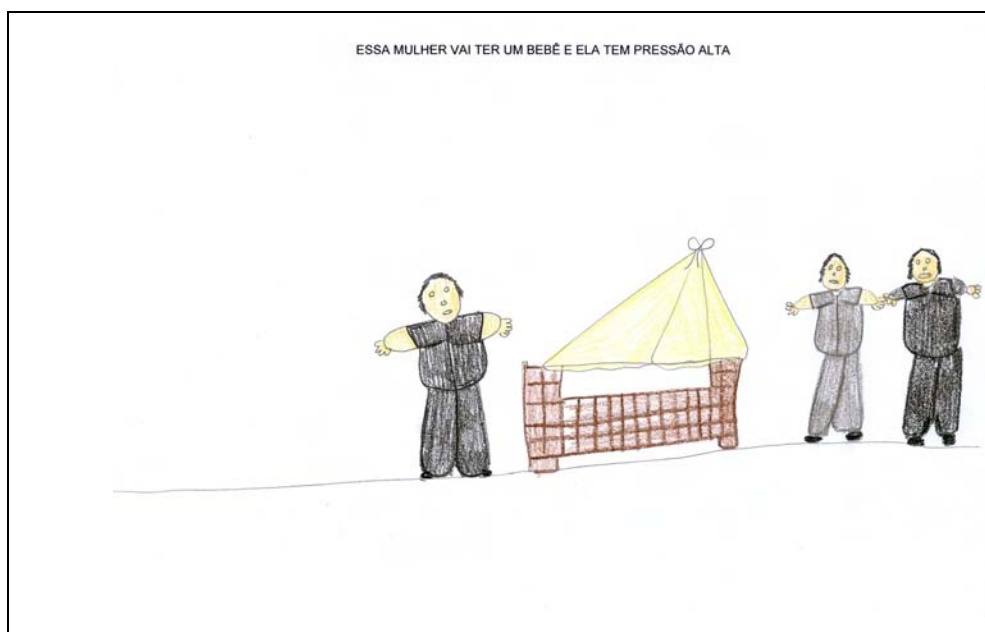
Em sua produção aparece a angústia pelo desconhecido

No desenho, a distância em que o bebê é colocado em relação à mãe, é entendida como um mecanismo de preservação do objeto bom (por o bebê a salvo). Na narrativa a paciente não deixa claro se seus questionamentos relativos ao que o bebê possa estar sentindo dentro dela, se devem ao seu desejo de que ele sofra ou não; se gostaria ou não

que o bebê sofresse e se esforçasse revelando um conflito entre tendências sádicas e masoquistas.

A paciente salienta o esforço que está fazendo e o fato de fazê-lo sozinha (O esforço é grande. Acho que o nenê fica lá dentro, livre de tudo. Só a mãe que sofre). O bebê é sentido como um objeto que exige sem dar nada em troca. A submissão é apresentada como característica da condição feminina.

### Caso n° 12



#### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela preferia que não fosse assim. Às vezes fica pensativa, com medo de que algo mal aconteça com ela ou com o bebê, por causa da pressão. Mas não só a de dentro, da doença. A pressão do mundo também, das pessoas. O nenê pode acabar sofrendo por causa das coisas da mãe.

Mas também eu acho que ela se preocupa demais. Ela vê as coisas de um jeito que pode não ser certo. Ela pode ser um pouco complicada e complicar as coisas. É isso que as pessoas dizem.

Ela às vezes fica sonhando acordada com coisas impossíveis. Acho que inventei uma estória muito esquisita, mas gostei dela. Desculpe se isso atrapalha o seu trabalho. Qualquer coisa mude o que quiser.

**Inquérito:**

Como ela preferia que fosse?

R: Preferia estar grávida sem pressão alta.

Ela não tem certeza sobre o seu jeito de ver as coisas?

R: Não. As pessoas que ela conhece dizem que ela vê problema onde não tem.

E é essa a pressão do mundo?

R: Não, a pressão é o que ela vê e que os outros dizem que não é assim.

Quais são as coisas impossíveis?

R: A felicidade.

O que faz essa estória parecer esquisita?

R: Não parece com estórias, parece mais um desabafo.

É um desabafo?

R: Acho que sim.

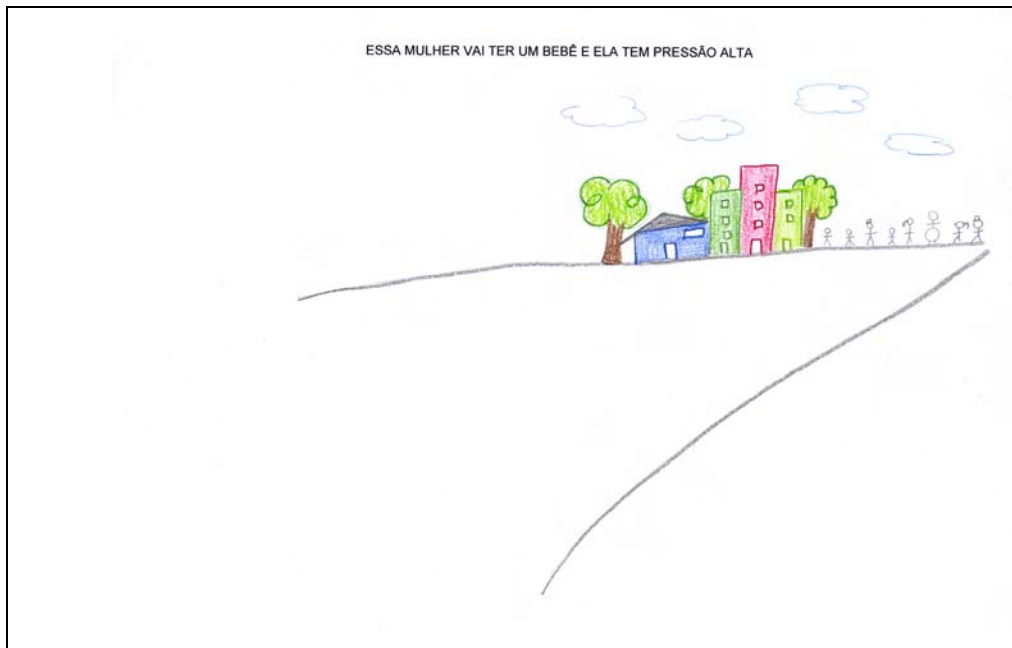
**Interpretação:**

Em suas produções a paciente deixa claro que a pressão vem de algo muito aterrorizante dentro dela, de algo que assombra revelando uma realidade interna povoada do que é ruim. E este ruim está projetado nos objetos externos. Existe a **fantasia inconsciente de que os objetos maus internos são muito poderosos.**

No desenho, esta gestação (representada pelo berço) está cercada de terrores. Trata-se de um terror sem nome que pode ter encontrado no corpo (na hipertensão arterial) a via por onde expressar aquilo que a mente não pode mais conter.

A paciente demonstra aceitar a gravidez (preferia estar grávida sem pressão alta). Parece viver um conflito provocado pela dúvida quanto à capacidade de avaliação e interpretação da realidade; não sabe se é ela ou os outros que têm razão.

## Caso n° 13



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Quando as pessoas vêem uma mulher grávida passando na rua, pensam em esperança, em vida, em alguma coisa que vem para alegrar a vida das pessoas. Todo mundo olha para uma mulher quando ela está grávida. Pena que depois de nove meses ela acaba.

As pessoas não sabem o que vai realmente acontecer. Ninguém sabe o futuro. A parte feia fica sempre escondida. As pessoas só vêem a beleza. E elas têm razão, uma mulher grávida, quando não fica muito inchada é muito bonita.

Eu esqueci que nessa estória tem pressão alta. O que é que eu falo? Como vou encaixar essa parte?

Ah! Já sei. Quando as pessoas vêem a mulher grávida na rua e ficam sabendo que ela tem pressão alta, elas ficam decepcionadas e com muita pena dela porque sabem que é muito problema. A estória começou bem e acabou triste. Não gostei, mas é a estória.

### Inquérito:

O que acaba depois de nove meses?

R: As pessoas olharem pra gente desse jeito bom.

Porque depois elas não olham mais assim? O que é que muda?

R: A mulher vira uma pessoa comum e as pessoas deixam de se interessar.

É mesmo muito complicado encaixar a pressão alta na estória.

R: Ninguém merece uma coisa dessas. A pressão alta atrapalha e a alegria não é completa. Dá preocupação. É como acordar de um sonho.

### **Interpretação:**

A gravidez é aceita e vista como um objeto que atrai a atenção das pessoas.

**Existe na paciente uma fantasia inconsciente de plenitude** despertada pela gravidez. A plenitude é o desejo inconsciente feminino mais profundo; a plenitude que a gravidez traz.

Ao se referir a uma parte feia que fica escondida a paciente revela um entendimento de que na realidade a plenitude não existe. Isso é a vida.

O inchaço surge, então, como a parte negativa da realidade. Essa percepção da relatividade da realidade (e que é trazida pelo mal) fica representada, nomeada pela pressão alta. Se ficar inchada (doente) não desperta mais a inveja (o mal).

Existe também a **fantasia de que com o parto a mulher se esvazia**.

Desenhos de pessoas pequenas podem refletir o conhecimento que a paciente tem da condição humana diante da realidade.

**Caso nº 14****Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela tem contato com muitas outras mulheres na mesma situação. Mulheres que perderam seus bebês por causa da pressão alta, outras que tiveram filhos prematuros e outras que estão esperando pela primeira vez. Tem uma que contou para ela que passou um nervoso muito grande e aí ela perdeu o bebê; ela estava de oito meses. Ela ficou muito triste. Ia ser o terceiro filho dela. Eu a conheci na espera e ela estava com um bebê de onze meses, que nasceu pré-maturo, no colo; ele nasceu de sete meses porque a pressão dela estava muito alta. Não tem nada que se possa fazer para mudar isso.

Eu sinto que as mulheres que têm pressão alta têm um jeito meio difícil de explicar. Parece que existe uma fumaça encobrindo elas. São diferentes no jeito de se relacionar. Parecem meio misteriosas, parece que escondem alguma coisa e fazem isso com muito esforço.

Me imaginei no lugar dela. É uma situação muito triste que não dá nem pra falar. Eu estou numa situação parecida com a dela, mas só na pressão alta. Chega!

**Inquérito:**

A mulher da estória perdeu um bebê no oitavo mês de gestação, e logo engravidou novamente.

R: Ela é de arriscar. Fez bem em tentar.

O que te faz sentir que essas mulheres são misteriosas?

R: Tenho a sensação de que elas escondem muita coisa, mas não me peça para explicar de onde eu tirei isso.

Escondem coisas boas ou ruins?

R: Acho que não são boas.

E o que acontece por causa disso?

R: Pode se fazer muita coisa ruim

**Interpretação:**

A paciente fala, em suas produções, da capacidade de esconder. (Parecem meio misteriosas, parece que escondem alguma coisa). Esconder pode ser uma condição que a mulher tem para poder conter objetos e vida dentro dela. Não pode contar para não ficar esvaziada (pode contar apenas sobre a pressão arterial). Existe a **fantasia inconsciente de que ao se revelar, algo ruim acontece**. Fica então uma pressão interna causada pelo esforço que tem que fazer para esconder o que está dentro.

Refere-se aos seus objetos maus internos (Tenho a sensação de que elas escondem muita coisa, não são boas).

## Caso nº 15



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela sempre sonhava em ter dois filhos e este sonho está se realizando. A pressão alta atrapalha um pouco, mas não muito. Ela gosta muito de crianças porque elas são puras, inocentes e o amor delas é sem interesse.

Esta mulher deseja um mundo diferente para criar seus filhos, um mundo melhor. Ela queria um mundo onde uma criança pudesse crescer com muito amor, muitas coisas bonitas.

O bebê que ela carrega, deseja coisas boas também. Ele quer apenas um lugar de ar puro para respirar, um lugar bonito, e crianças para brincar. Ele quer um mundo onde ele possa crescer sem ter que lutar tanto para sobreviver.

### Inquérito:

Quais seriam as coisas bonitas que o mundo poderia ter?

R: Mais amizade, mais sinceridade, mais paz, mais amor.

Como é possível saber que o bebê também deseja essas coisas?

R: Porque ele é parte dela e ela sabe.

A luta pela sobrevivência é bem dura.

R: É muito. O duro é que a gente luta muito e consegue quase nada. Isso é de matar.

**Interpretação:**

A paciente demonstra uma percepção muito clara de que a vida, apesar de árdua, vale a pena.

A esperança é fruto de uma ilusão; de um mundo idealizado que é projetado na criança. Apresenta sua **fantasia inconsciente do que é ser saudável**. Para ser saudável precisa de um ambiente que facilite; para que se possa viver uma vida integrada. Existe a percepção do valor do ambiente.

No desenho a paciente apresenta seus sonhos (sonhava em ter dois filhos / um mundo onde uma criança pudesse crescer com muito amor, muitas coisas bonitas) e projeta-os no bebê. Apresenta o ideal, mas sabe que a realidade é diferente do real (O duro é que a gente luta muito e consegue quase nada). Perde, então, a ilusão sem perder a esperança.

Existe um desejo de que a vida pudesse ter uma condição mágica, ideal e talvez isso explique sua desconsideração a real gravidade da pressão arterial.

Aparecem desejos que consideramos originários da pulsão de vida (mais amizade, mais sinceridade, mais paz, mais amor; um mundo onde ele possa crescer sem ter que lutar tanto para sobreviver).

## Caso n° 16



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela não fazia o tratamento e subia demais a pressão. Até que perdeu o seu filho. Agora ela está tratando e está tudo bem.

Ela não fazia tratamento porque não sabia que tinha pressão alta, ela não fazia o pré-natal. As pessoas até falavam que ela estava errada, mas ela não acreditava e não dava bola para o que ouvia. Não ligava a mínima para as pessoas. Ela não sentia nada.

Algumas pessoas até a criticavam e ficavam bravas. E ela até se divertia em ver as pessoas tão invocadas. Acho ela meio tihosa.

Ela só soube que tinha pressão alta porque perdeu o bebê. Ela ficou muito arrependida. Ficou se sentindo culpada. Mas agora ela está grávida de novo, está se tratando e vai ter o seu bebê. No começo tinha medo, agora não. É melhor.

Essa estória é a minha estória.

### Inquérito:

Porque ela se divertia em ver as pessoas invocadas?

R: Ah, é divertido porque elas estavam nervosas e a mulher estava tranqüila.

Porque agora ela não tem medo?

R: Porque é melhor não ter

Como ela consegue isso?

R: Ela se esforça para não pensar no assunto. Quando as idéias ruins sobem na cabeça, ela imediatamente pensa em outra coisa e dá certo.

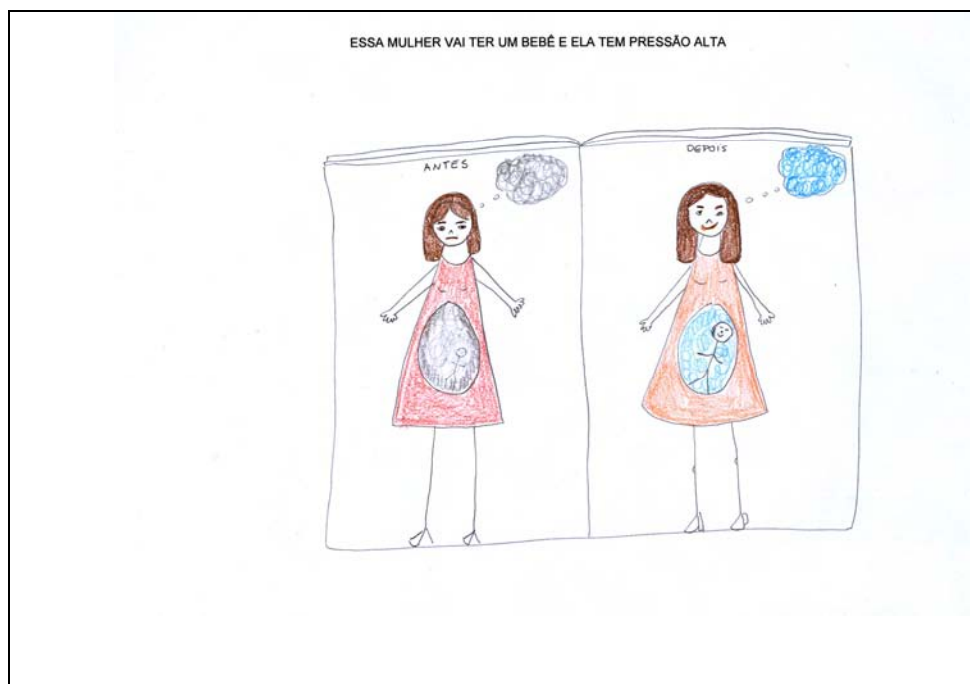
### Interpretação:

A paciente opõe-se ao mundo através da teimosia. Arrogante, não ouvia as pessoas. Adota uma postura onipotente, de triunfo e se depara com uma tragédia (perde o bebê) entrando, assim, em contato com a realidade. Está tentando ultrapassar, mas tem resquícios de onipotência (No começo tinha medo, agora não / quando as idéias ruins sobem na cabeça, ela imediatamente pensa em outra coisa e dá certo).

Parece existir a **fantasia inconsciente de que se não deseja não acontece**.

Manifesta uma tentativa de reparação não tão integrada (está grávida de novo, está se tratando e vai ter o seu bebê).

### Caso n° 17



**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela está grávida de três meses. Está nervosa porque já teve uma gestação e não foi feliz, perdeu o nenê. Desta vez terá um bebê saudável. Até os seus quatro meses está correndo tudo bem.

Tem vezes que pensa coisas ruins, mas acha que Deus faz tudo no seu tempo. Pensa na gestação passada, se acontecesse tudo de novo, como ela ia ficar. Na gestação passada pensava coisas ruins e nessa não, pensa só coisa boa.

Na gestação passada não tinha pressão alta.

Essa é mais ou menos a minha história, só que eu tinha pressão alta na gravidez passada. Se tivesse outro bebê doente, não sei como seria a reação. Só que agora só tem pensamento positivo, só passa coisa boa pela cabeça e na outra não.

**Inquérito:**

Então na gestação passada ela pensava coisas ruins e nessa não.

R: É, pensar coisas boas ajuda o nenê a ficar bem. Pensar coisas ruins passa coisas ruins pro nenê.

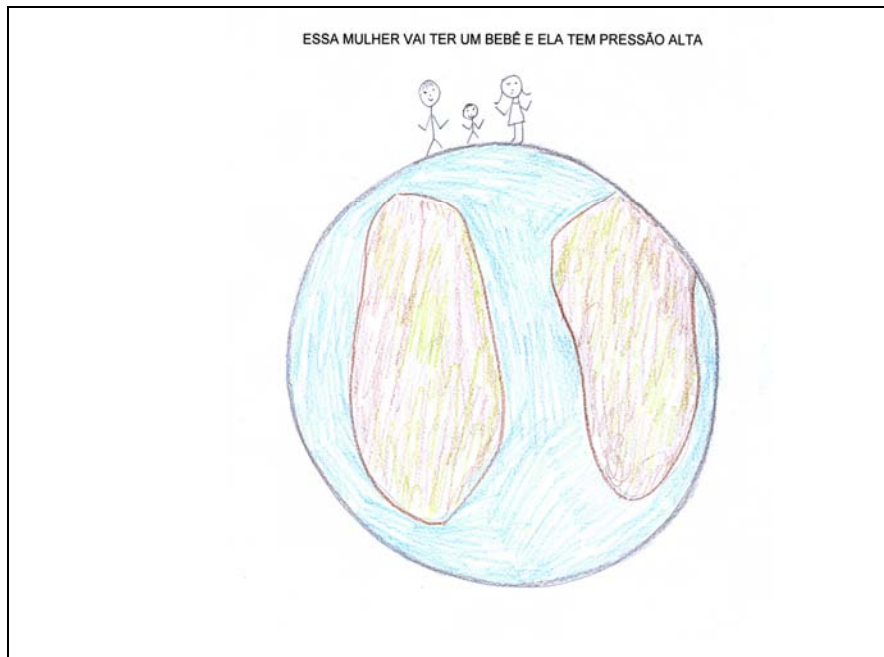
**Interpretação:**

A paciente busca sustentação no objeto onipotente (um Deus internalizado). Parece ter uma percepção de que as coisas podem acontecer sem que se tenha controle sobre elas. Busca controlar a ocorrência dessas situações através de um controle do pensamento. A ansiedade é gerada ao perceber que a vida pode trazer surpresas.

Na primeira gravidez não tinha recursos, era muito imatura.

Sua **fantasia inconsciente é de que tem bondade e criatividade** (agora só tem pensamento positivo, só passa coisa boa pela cabeça). Tem também **fantasias onipotentes** (de acordo com o que pensa pode fazer bem ou mal para o nenê).

## Caso n° 18



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Uma mulher grávida, para ela, é tudo, o mundo.

Depois que a criança nasce, está no mundo, que tem o que é bom e o que é ruim. É aí que entra o papel da mãe e do pai. Não é só a mãe, mas também o pai que tem que tomar conta da criança, pois o mundo é tão grande, tão cheio de coisas ruins, cheio de maldades. Então desde o momento que pai e mãe resolvem ter um filho, têm que estar preparados para o mundo que está esperando ele. As mães, sozinhas, não podem acalmar o mundo.

### Inquérito:

Você diz na estória que uma mulher grávida é o mundo.

R: Disse por que criar uma nova vida é uma coisa muito grande. A mulher povoa o mundo.

E diz também que o mundo é cheio de coisas boas e ruins

R: É, tem coisas de todo tipo, boas e ruins. Seria bom se o bem dominasse, mas não é assim. Não sei se um dia vai ser.

**Interpretação:**

A mulher grávida é percebida cheia de maldades e de bondade (para ela, é tudo, o mundo / depois que a criança nasce, está no mundo, que tem o que é bom e o que é ruim).

Sua **fantasia inconsciente está ligada à condição feminina de gerar o bem e o mal**. Por isso precisa da figura masculina para conter esse mundo de contrastes.

A criança precisa dessa fonte de vida que é a mãe e também precisa do pai para conter os exageros da mãe (uma mulher grávida, para ela, é tudo, o mundo).

**Caso n° 19****Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela estava no final de sua gravidez. Preparou o quartinho do bebê que era um menino. Fez seu quarto tudo em azul. No dia 20 de agosto estiveram em consulta na escola de Botucatu, onde o médico a internou para ter o bebê.

Ela começou a ter as contrações no final da tarde e o bebê nasceu as 20h45'. Pesou 3,5 kg e mediu 47 cm. Foi um parto calmo e a mamãe e o bebê passam bem. A maternidade efetuou os exames no bebê e percebeu que ele precisava fazer banho de luz. Esse banho foi feito ao lado do leito da mãe. O restante dos exames deu tudo

normal. Por causa da rotina do hospital a mãe e o bebê permaneceram internados três dias. Ao chegarem em casa foi aquela festa.

Observação: gestante na 29<sup>a</sup>. semana.

### **Inquérito:**

Interessante o banho de luz ter sido feito ao lado do leito da mãe.

R: É bom para o nenê ficar ao lado da mãe a maior parte do tempo possível.

Se a rotina do hospital fosse outra, quantos dias a mãe e o bebê permaneceriam internados?

R: Só um. Eles estavam bem, não tinha motivo para ficarem lá.

### **Interpretação:**

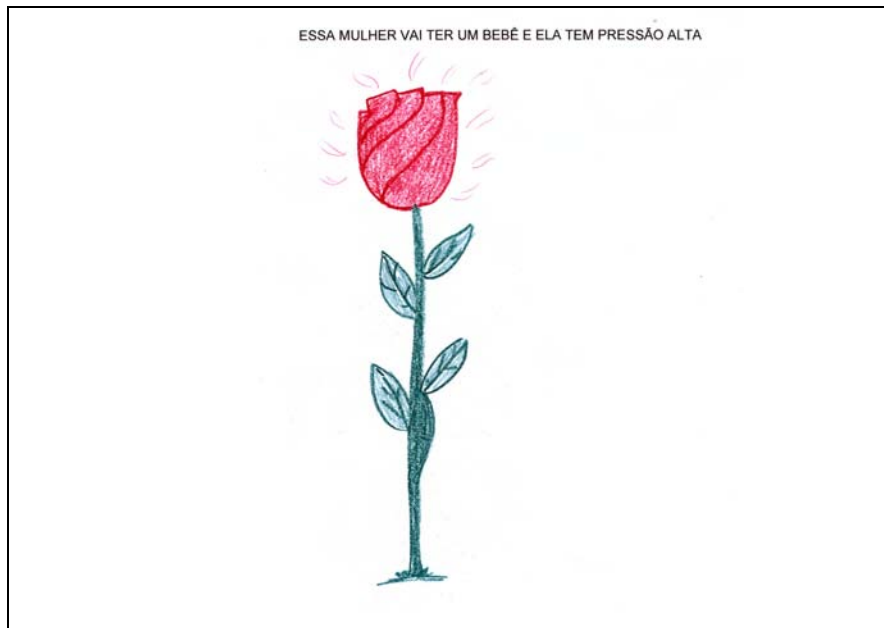
A estória trata de um parto idealizado. Parece que nela a paciente está vivendo um sonho, uma ficção. Um sonho que conta o desejo que não se efetuiu, um desejo de realizar um parto em condições onde não apareça o conteúdo latente.

O banho de luz ao lado da mãe representa o pensamento de que o que dá vida e ilumina é o contato, a proximidade com a mãe.

No desenho a paciente mostra que o que a dupla mãe/bebê necessita é de um continente (a maternidade, o médico). A dupla precisa estar contida no ambiente que oferece essa proteção.

É preciso também que a mãe tenha capacidade. O parto calmo aparece como uma construção defensiva baseada em mecanismos obsessivos. A paciente monta um quadro para que nada escape (para que a angústia não vaze) e se organiza obsessivamente para isso (hora, peso, altura). Essa obsessão é uma defesa contra o descontrole.

**A fantasia inconsciente é de que se ela tiver o controle nada de ruim irá acontecer.**

**Caso n° 20****Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela gostaria de ser como uma flor bem bonita e perfumada. Uma flor sem espinhos. Os espinhos machucam.

O mundo seria bem mais bonito se as pessoas vissem ele sem tanta complicação. Seria muito bom se as pessoas produzissem carinho e alegria como as flores. Mas esta mulher é somente uma mulher, ela não é uma flor. Ela está cheia de esperanças, mas não é uma flor. Mas ela é carinhosa.

**Inquérito:**

É uma rosa?

R: Não, é uma flor que não tem aqui no Brasil. Tem nos países de muito frio, nos países de gente rica. É uma tulipa.

Ela gostaria de ser uma flor sem espinhos, por quê?

R: Para não espetar ninguém. Quando a flor tem espinhos todo mundo fica dizendo: Cuidado com os espinhos!

**Interpretação:**

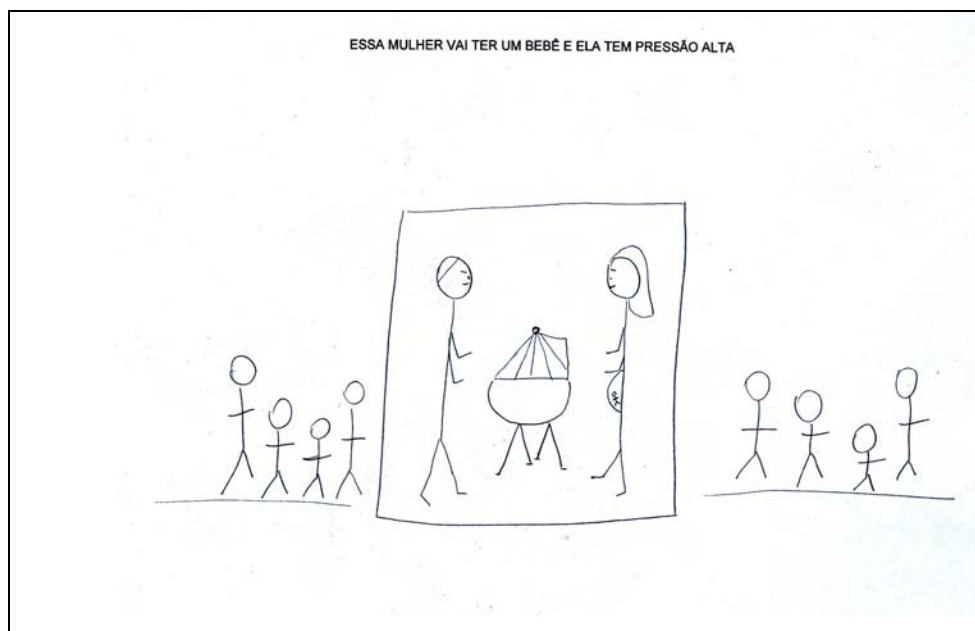
Na estória parece haver uma busca pela perfeição. A paciente sonha com um mundo onde só existe o belo, onde não há mau cheiro, não há dor, um mundo que não é humano. Ela tem um desejo fantasiado de poder ter um mundo ideal que fosse como uma flor, mas sabe que isso não é real. Tem a percepção de que ela não é uma flor.

Tem a **fantasia inconsciente de que o desejo é inatingível.**

Parece que esta gravidez ocorre no mundo do imaginário (vivo, mas não real), no país dos ricos onde tem amor, não há complicação, não há agressão.

Expressos sentimentos derivados da pulsão de vida (esperança).

**Caso n.º 21**

**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela tinha pressão alta porque passava muito nervoso, por causa da vida que levava com o marido e a família dele e por causa de ser uma pessoa muito revoltada com seus próprios familiares.

É o primeiro bebê. É muito bom estar esperando o primeiro. Foi muito planejado. Esse filho vai ser um sonho da vida realizado. Depois que ele nascer, vai ganhar muito carinho e amor da sua mãe e do seu pai.

**Inquérito:**

Porque ela passava tanto nervoso com o marido e a família dela?

R: Porque para o marido a família dele está sempre em primeiro lugar. Ele deixa eles se intrometerem muito.

E porque ela era muito revoltada com seus próprios familiares?

R: Porque ela não tem nenhuma ajuda deles, nunca teve.

No que elas poderiam ajudar?

R: Eles poderiam ocupar um pouco de espaço na vida dela e não deixar tanto espaço para a família do marido.

**Interpretação:**

Parece existir **a fantasia inconsciente de que o bebê é o elemento que forma a família**. Não existe ainda um casal combinado. Não é o casal que forma o terceiro e sim o terceiro é quem forma o casal (é um bebê Messias, o salvador que vai poder afastar os objetos persecutórios projetados na família).

Segundo a teoria de Melanie Klein para que se possa formar uma relação fértil é preciso ter diminuído ou afastado os aspectos persecutórios. Na estória dessa paciente é o bebê quem vai fazer a integração dos objetos e afastar os perseguidores.

**Caso n.º 22**

ESSA MULHER VAI TER UM BEBÊ E ELA TEM PRESSÃO ALTA



**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela era muito nervosa. Era calma na aparência porque se segurava muito, mas era nervosa por dentro. Tudo tinha que ser do jeito dela, mesmo as coisas sendo erradas. Não sei se é durona ou molona. Não sei o que pensar dela.

Ela trabalhava muito, sempre querendo o melhor, mas sempre vinha insegurança, o medo de errar novamente.

Tinha medo de morrer e deixar a criança sozinha. De por no mundo e não conseguir criar.

Ela tinha vários sonhos: materiais, financeiros, e o mais importante deles era a felicidade.

**Inquérito:**

Parece-me que a mulher da estória cometeu algum erro e ficou com medo de repetí-lo.

R: Ela foi muito criticada. Ela não é má pessoa, mas faz coisas sem pensar muito. Ela não tem intenção de magoar ninguém, mas quando viu, já magoou.

Ela sofreu muito com isso?

R: Sofreu. Até hoje ela tem dúvida. Não sabe se é ela a errada ou se são os outros.

**Interpretação:**

Parece que a paciente não tem contato com os sentimentos. É como se ela vivesse num estado de relações confusionais (Não sei se é durona ou molona / Não sabe se é ela a errada ou se são os outros). Essa dinâmica confusa traz uma ansiedade de insegurança.

Ela vive num mundo de indiferenciação entre interno e externo. Sua **fantasia inconsciente parece ser a de que tem algo tão incontrolável dentro dela (a parte instintiva) que se não tiver sempre segurando, sai (para fora) e estraga tudo.** É preciso então, um esforço muito grande (que gera uma pressão interna muito grande) para que tudo fique sob controle.

## Caso n° 23



### Estória

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Quando ela pensa na pressão alta, ela fica nervosa e pensa primeiramente no bebê. Aí, trata de medir a pressão e tomar logo o remédio.

Pensa primeiramente no bebê porque é um ser vivo dentro da gente. Primeiro é com ele que a gente tem que se preocupar. Falam que a gente pode perder, mas não sei por quê. Nem sei se quero saber e ninguém fala.

Quando a criança mexe, a gente vê que está tudo bem e se acalma. Escuta o coração quando vem no médico, e isso também acalma. Tem um monte de coisas que ela quer falar com o médico, mas ela tem receio que ele não goste de ficar explicando.

### Inquérito:

Está parecendo que essa mulher não gosta de correr riscos.

R: Como assim?

Ela não quer correr o risco de aborrecer o médico com suas perguntas. Ela poderia ficar mais tranqüila se perguntasse.

R: Ela morre de vergonha se levar um fora. Não enfrentaria isso não.

**Interpretação:**

Parece que não há nenhum objeto que possa acalmar a paciente.

Tem preocupação com o bebê, tem medo de perdê-lo porque tem algo dentro que pode matar. E se ela não estiver vigilante e tomando remédio, fazendo algo que possa acalmar, o bebê pode morrer. O sofrimento dela é muito grande porque ela vive sob a ameaça da destrutividade interna que pode matar o bebê.

Existe uma percepção de que tem algo mal que pode destruir e **a fantasia inconsciente de que se não é conhecido não existe** (Nem sei se quero saber e ninguém fala).

**Caso n° 24**

**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Quando ela pensa na pressão alta, pensa que pode correr risco. Por causa da pressão, já teve aborto. O fato de estar com a pressão controlada deixa ela mais tranquila.

No tratamento, tem muita coisa que não pode comer. E se comer, a pressão sobe e isso faz mal para o bebê. Mulher sempre obediente, sempre obediente, não come o que não pode. Acho que foi assim a vida inteira.

Pensa que o tempo poderia passar logo para ver logo o bebê. Para livrar o bebê da doença da mãe. Acho que isso faz com que demore mais. O tempo passando logo, ela pode sair vitoriosa.

**Inquérito:**

Como é ser obediente a vida inteira?

R: Não sei se é bom ou se é ruim.

Seria bom por quê?

R: Evita problemas. As coisas ficam mais calmas.

E ruim por quê?

R: Porque a pessoa não é ela mesma, esta sempre fazendo o que não quer.

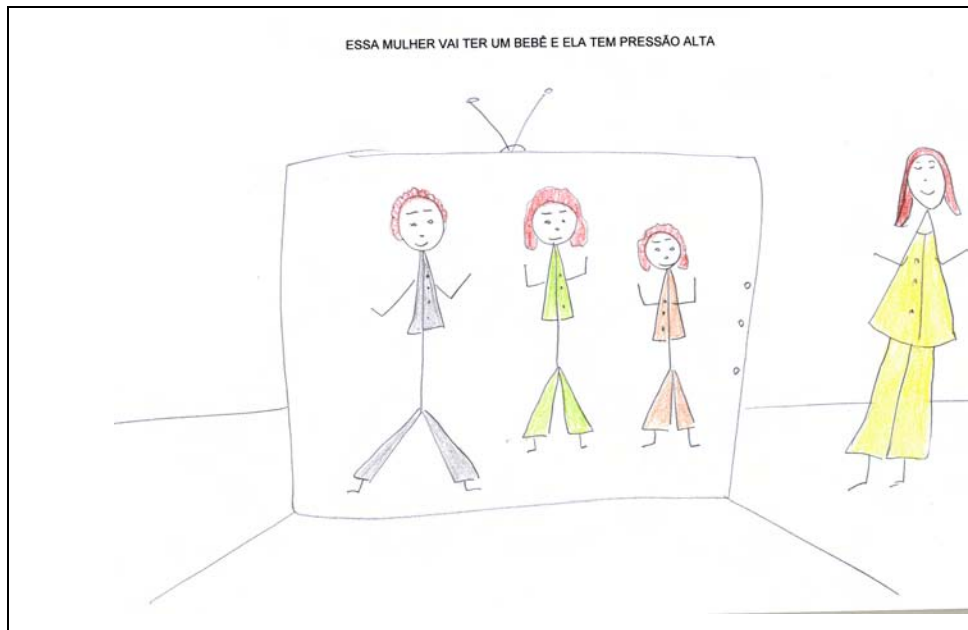
Parece que o desejo dela de que o tempo passe logo, faz com que ele demore a passar.

R: É porque as coisas acontecem sempre do contrário da vontade dela.

**Interpretação:**

Parece existir na paciente uma voracidade muito grande e **a fantasia inconsciente é de que se não controlar essa voracidade, ela vai matar a vida dentro dela.** Sendo, então, obediente (controlada) ela pode ter vida mais saudável, mas não vai poder fazer o que quer. Pode morrer por falta (a pessoa não é ela mesma, esta sempre fazendo o que não quer) e também por excesso ( se comer, a pressão sobe e isso faz mal para o bebê).

## Caso n° 25



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela se sente cansada, um pouco sem forças. Às vezes sente um peso de responsabilidade. Tem muita coisa em cima dela. Mas ela agüenta, ela é o máximo!

Ela se sente um pouco afastada das pessoas. Tem dias que ela gosta disso, outros não. Fica imaginando como seria poder desligar ela mesma ou desligar as pessoas (igual a gente desliga a televisão). As pessoas só atrapalham e por isso é melhor desligar. É engraçado que este mesmo pensamento às vezes é gostoso e às vezes é horrível. Fico com sentimento de culpa, me achando muito exigente. Será que se eu me desligasse poderia me ligar depois? E se eu não pudesse eu mesma me ligar, será que alguém iria me ligar? Que mais? É só, essa é a estória.

### Inquérito:

Porque ela se sente um pouco afastada das pessoas?

R: Ela não consegue ter aquela ligação forte com as pessoas.

Ela gostaria de ter?

R: Não sei bem, acho que não.

Porque seria bom desligar as pessoas?

R: As pessoas ficariam paradas, imóveis e a gente poderia fazer o que quisesse com elas, falar o que quisesse e elas não iam lembrar quando fossem ligadas.

Ela tem dúvida se alguém a ligaria caso ela se desligasse.

R: Tem muita. Pode ser que ela seja melhor parada, sem fazer nada nem falar nada. Ela não acha isso, os outros é que acham.

### **Interpretação:**

Parece que existe na paciente **a fantasia inconsciente de que um desligamento poderia trazer conforto**. Ela apresenta uma angústia de ligação (se desligar fica bem). Porque a vida (a ligação) traz sofrimento.

O sentimento em relação à gravidez é de hostilidade, pois a gravidez está tirando o seu controle. O sentimento de culpa persecutória surge com a idéia de que se ela acabar com tudo irão acabar com ela também. A hipertensão se instala tanto pela pressão da vida quanto pela de morte. Vida e morte se ligam e se desligam ao mesmo tempo.

A gestante pode estar se referindo ao sofrimento que o contato humano sempre traz. Freud (1996/1930) se interroga sobre as fontes do sofrimento humano e assinala três: a primeira é a força arrasadora da natureza, a segunda, a fragilidade de nosso corpo e a terceira, que é a que aqui nos interessa, é a relação entre os homens que os condenava às exigências sociais e renúncias pulsionais muito além das possibilidades de seu acanhado espírito. Fala-nos, assim da insuficiência de nossos métodos para regular as relações dos homens entre si.

**Caso n° 26****Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela toma remédio pra pressão alta, mas não sente nada. O bebê também não sente nada. Ela não pensava muito na pressão alta porque não tem nada de diferente por causa da pressão. A pressão é no corpo da mãe e não passa para o corpo da criança.

Na gravidez anterior, somente no fim da gestação, ficou internada nove dias por causa da pressão e o bebê nasceu nesses nove dias. Saiu do hospital com o nenê e com a pressão ainda alta e tratou com remédio até agora. Escapou e mostrou pras pessoas que duvidavam dela que conseguiu.

**Inquérito:**

Como sabe que o nenê não sente nada?

R: Ela sabe por que ela é a mãe e a mãe sabe tudo o que acontece com o nenê.

Nessa estória a pressão alta não importa muito, não tem nada de diferente por causa dela.

R: Pelo menos na estória é assim. Já que a estória é minha, eu escrevo o que quiser. O que fica melhor.

**Interpretação:**

Nas produções da paciente podemos perceber uma **fantasia inconsciente de caráter onipotente muito grande** (eu faço a vida como quiser). É uma fantasia que tem a função de negar a angústia que a desorganização e a pressão interna podem trazer. A gravidez é percebida como algo que desorganiza. Existe um ódio da condição de limitação, ódio por imaginar que a sua condição é desorganizadora.

Nota: Na hora de desenhar falou que iria desenhar atrás da folha porque estava tudo tão em ordem no papel que ela não queria desarrumar. Querendo manter a organização ela desorganizou.

**Caso n.º 27****Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela não é mais criança, já passou até da idade de ter filhos. Ela já teve outros filhos e estava satisfeita com eles. Ficou grávida de susto. Marcou bobeira.

A pressão alta a persegue, ela não consegue se livrar dela. Podem acontecer problemas, coisas ruins. Ela tem muito medo. É dentro dela que o nenê cresce. Por isso ela se cuida muito bem. Não sabe se deve contar para as pessoas que tem pressão alta.

Bem que o tempo poderia passar bem depressa. Gostaria de ficar anestesiada até a hora do parto e quando voltasse tudo já tivesse acabado.

**Inquérito:**

O que pode acontecer se ela contar para as pessoas que tem pressão alta?

R: Elas podem ficar comentando, falando pelas costas, achando que ela é uma coitada e tudo mais.

Como ficar anestesiada poderia ajudar essa mulher?

R: Já que não se pode parar o tempo, para o corpo. Quer dizer, o corpo não para, mas não sente.

**Interpretação:**

No desenho a paciente parece estar sendo bombardeada pela percepção da realidade. Esse sentimento gera muita angústia e a **fantasia inconsciente de que se pudesse anestésiar a lucidez** (a consciência de que a situação é precária, ela tem idade) **ficaria menos desprotegida**. Se pudesse manter o segredo e anestésiar as partes que percebem, ela estaria protegida da morte.

**Caso n.º 28**



### **Estória**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela gostaria de estar mais feliz. Uma gravidez tem que ser parecida com uma festa onde todo mundo está feliz. Eu só não sei dizer, quem é o dono da festa, a mãe ou o nenê? Para quem cantam os parabéns? Só faltava ser pro pai!

Acho que o dono deveria ser o nenê. Isso iria compensar um pouco as coisas ruins que ele sente lá dentro por causa da pressão alta da mãe. A mulher é como uma estrada, um caminho longo e quase reto. O marido e os filhos andam por essa estrada, calmos e tranqüilos por toda a vida. As mulheres são fortes, suportam muitas coisas.

### **Inquérito:**

Parece que você não concordaria se cantassem os parabéns pro pai.

R: Não é que não concordo. É que a mãe e a criança merecem mais. O pai é mais poupado de tudo e não é justo que pareça ser mais importante.

Achei muito interessante a comparação da mulher com a estrada.

R: Por um lado andam em cima dela, pisando nela, por outro é ela que sabe onde tudo vai dar.

### **Interpretação:**

Aqui percebemos a **fantasia inconsciente de que sob a aparência de submissão existe uma sensação de poder**. De que está dentro da condição feminina saber os caminhos da vida e da morte.

Os parabéns para o bebê são a recompensa por suportar a mãe (ele tem que ir para onde ela quiser), para que ele seja restaurado dos ataques que sofre no corpo da mãe, da pressão que ela exerce.

## Caso n° 29



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Tudo poderia ser diferente, mas não é. Ela não é saudável, ela tem pressão alta. Já teve aborto por causa disso. Porque justamente com ela foi acontecer este problema? Para quem ela pode reclamar?

A doença é um castigo que atrai outros castigos. É uma coisa atrás da outra. Ela tenta levar a vida sendo uma pessoa boa, quem sabe Deus livra ela de coisas piores que ainda poderão vir.

Mas essa mulher tem muita esperança. Um dia ela estará com o filho nos braços e estará bem. Ela quer curtir muito esse bebê. Estará feliz e tudo o que é ruim ficará para trás.

### Inquérito:

Ela não entende porque justamente com ela foi acontecer esse problema.

R: problema é uma coisa que ninguém entende e nem aceita.

Parece que ela gostaria de ter com quem reclamar.

R: Gostaria, mas sabe que não tem pra quem. E depois todo mundo tem problema; se não é um é outro. Reclamar não adianta.

A doença é um castigo? Castigo de que?

R: É castigo sim. Castigo pelos males da humanidade.

Como ela atrai outros castigos?

R: Você tem que aceitar a doença e se não aceitar pode piorar a sua situação.

Explique mais sobre isso

R: Deus criou o mundo e colocou nele as provações para testar os homens, testar sua obediência e sua humildade.

### **Interpretação:**

Nas produções da paciente podemos perceber a **fantasia inconsciente de que a doença é fruto de um pecado que ela cometeu**; o pecado da sexualidade. Tem um sentimento de culpa por estar gerando vida.

O bebê comprova o pecado por criar a vida (só Deus pode) e isso gera pressão, mas se ela conseguir reparar e for boazinha, ela pode se redimir e o bebê também.

A paciente apresenta um sentimento de desamparo (não tem para quem reclamar) e desejos derivados da pulsão de vida (esperança)

### **Caso n° 30**

ESSA MULHER VAI TER UM BEBÊ E ELA TEM PRESSÃO ALTA



**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela gostaria de ser uma artista de novela e estar vivendo um papel importante numa novela sem fim.

Ela iria viver um papel duplo. De gêmeas; uma boa e outra má. Seria igual “mulheres de areia”.

Só que nessa novela as pessoas pensariam que é uma só, não saberiam que são gêmeas. As pessoas iriam sofrer um pouco por causa disso. Até ela iria sofrer de vez em quando.

**Inquérito:**

Porque a novela não teria fim?

R: Porque o que é bom sempre acaba e assim seria um jeito do bom não acabar.

Porque seria preciso duas personagens. Não poderia ser uma só?

R: Não. Uma pessoa boa e má confunde as outras pessoas.

Mas para as pessoas seria uma só pessoa porque elas não saberiam se tratar de gêmeas. Elas ficariam confusas do mesmo jeito.

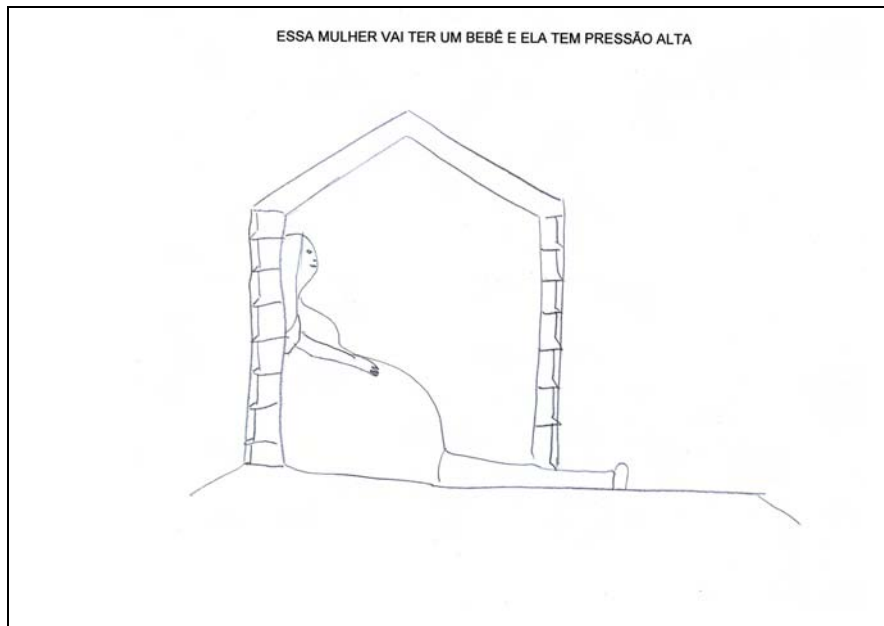
R: Isso é. Mas a personagem saberia e na hora que ela quisesse ela poderia revelar.

**Interpretação:**

Analisando as produções da paciente temos a sensação de que ela não realizou a integração. Apresenta uma relação de objeto parcial. Cindindo a parte boa da má ela pode controlar o sadismo e isso diminui a pressão interna que a angústia da integração gera.

Se fizer a integração das partes cindidas ela vai sofrer um fim (novela sem fim = angústia da finitude). Viver uma estória sem fim é poder, pela vida toda, fazer a separação do bem e do mal evitando a dor da integração. Percebemos, assim, a **fantasia inconsciente e infantil de que o mundo pode ser dividido em bem e mal eternamente**. Se ela pudesse separar o bem e o mal para sempre, ela estaria protegida e poderia mostrar o que quisesse.

## Caso nº 31



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela está em paz. Sente que está viva.

Ela ama este bebê. Ele é só dela. Ele basta para ela e ela basta para ele. Eles estão muito unidos.

Algumas coisinhas um pouco chatas até podem atrapalhar, mas ninguém pode atingir o bebê porque ela o protege. Ela se sente forte com ele dentro da barriga, lá ele também se sente forte. Se ele é forte, ele também a protege.

Ela tem pressão alta. A pressão alta não atrapalha porque ela cuida direitinho. Após o nascimento, eles serão carne e unha. Um amor muito forte vai unir os dois. Finalmente ela será amada como quer.

### Inquérito:

Você criou uma estória onde mãe e filho são fortes, unidos e se bastam.

R: É, eles não precisam de mais ninguém.

Isso é bom?

R: É perfeito. Eles não têm que ficar esperando nada de ninguém e não vão ter decepção.

Então eles se fecham para ficarem protegidos. É isso que você quis dizer?

R: É.

**Interpretação:**

As produções sugerem que a paciente precisa estar apoiada na identificação com o bebê para se sentir forte (forma uma dupla com o bebê para se proteger do mundo).

A **fantasia inconsciente parece ser a de que a força da vida está na relação simbiótica onde dois são um.** É uma fantasia de que se ela pudesse ter uma relação totalmente fusional, ela e seu bebê estariam protegidos do mundo. É uma fantasia pré-edipiana onde não entra o pai.

**Caso n° 32**



**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela está contente com a gravidez, mas sente que um pedacinho dessa alegria foi tirado dela. Nada é perfeito. Tem sempre que ter alguma coisa para estragar.

Se ela pudesse saber o futuro ficaria mais tranqüila.

Pensando bem, é melhor que ela não saiba do futuro porque pode vir coisas ruins e ela não teria como mudar, tudo já está no destino. Ela teria que ficar esperando uma coisa ruim até que ela acontecesse. Seria uma agonia.

**Inquérito:**

Ficando sabendo do ruim com antecedência não ajudaria a mulher a estar mais prepara para enfrentá-lo quando ele chegasse?

R: Acho que não tem jeito da gente se preparar pro que é ruim.

**Interpretação:**

Entendemos que existe na paciente **a fantasia inconsciente de que não existe nela espaço mental suficiente para suportar o conhecimento da realidade**, de que ela não tem estrutura para agüenta.

Mas parece que a paciente tem mais estrutura do que sabe. Existe um ego que pode suportar, um ego que constata que não podemos ter tudo.

Não acreditando que possa ter recursos para enfrentar a realidade é melhor negar. É uma negação interna que a paciente usa para se defender da angústia que a doença causa no emocional (a dupla pode não sobreviver). A hipertensão arterial é vivida como uma ameaça constante de morte.

**Caso n<sup>o</sup> 33**

**Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela só pensa no nenê, que ela conseguiu engravidar e que tudo está dando certo. Será que está errado isso? Ela tem pressão alta e a pressão alta é coisa séria e grave, mas ela só pensa no nenê. Ela está muito feliz com a gravidez.

Porque ela não pode ser como qualquer mulher que espera seu filho com tranqüilidade? Ela tem direitos como qualquer outra mulher. Ela tem direito de ser feliz. Tudo está correndo bem. O médico disse que a gravidez é de risco. Ela respira sempre fundo e procura se alimentar bem. Isso faz bem pro nenê. Tudo vai dar certo.

**Inquérito:**

Porque estaria errado ela pensar somente no nenê e no que deu certo?

R: Porque assim ela corre o risco de esquecer que nem tudo são flores. Seria também um pouco egoísta da parte dela ficar só pensando nas coisas boas dela enquanto tem tanta gente no mundo cheio de problemas e muito sérios.

**Interpretação:**

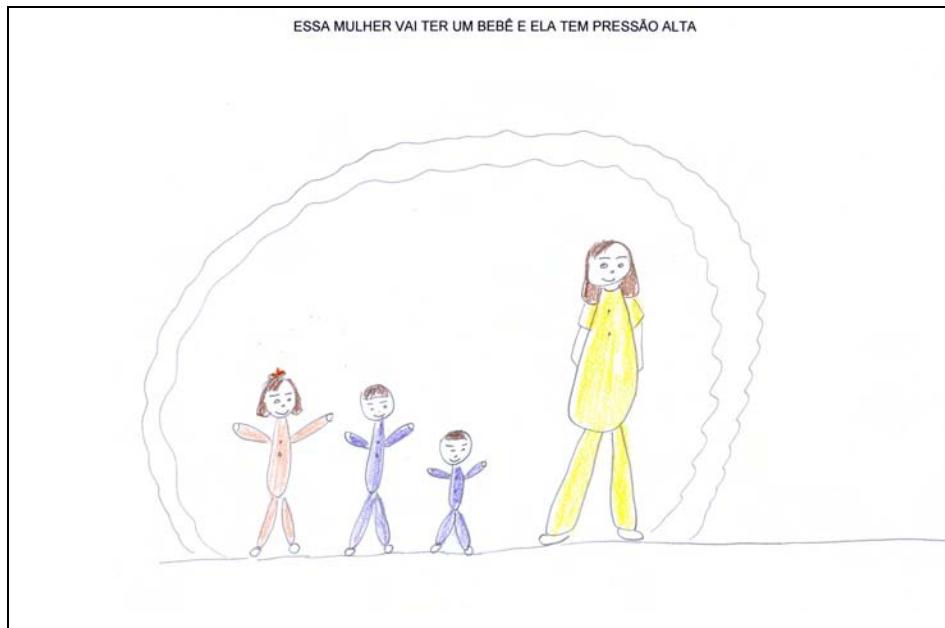
A paciente demonstra usar mecanismos de defesa bastante saudáveis (Porque estaria errado ela pensar somente no nenê e no que deu certo?).

Ela tem consciência de que existe um risco, mas a pulsão de vida surge e ela se dá o direito de viver tudo o que as outras mulheres podem viver.

Sua **fantasia inconsciente é a de que o bom prevalece**, de que os recursos da parte organizada dela podem dar conta da destrutividade.

A força de vida é maior que a de morte e por isso ela expressa sentimentos de felicidade, desejos construtivos (de que tudo dê certo) e seus impulsos são amorosos (só pensa no nenê)

## Caso n° 34



### Estória:

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Este é mais um nenê entre tantos outros no mundo. Ela já é mãe de três filhos. Ela é importante para esses filhos que dependem dela para cuidar deles. Ela faz tudo o que pode e o que não pode para proteger esses filhos, mas não sabe se consegue livrar eles do mal.

Ela tem muito medo da pressão alta, de que alguma coisa ruim possa acontecer com ela. As pessoas aí fora, na espera, ficam assustando ela contando problemas que aconteceram com outras pessoas que tiveram pressão alta na gravidez. Isso é uma coisa muito ruim. Essas pessoas não têm assunto e ficam falando de doença. Mas ela se afasta e isso é bom, ajuda.

Se com os outros filhos deu tudo certo com esse também vai dar. Não vai ser esse que vai dar problemas.

Eu queria operar pra não ter mais.

Acho que já está bom, é só.

### Inquérito:

Me explica como é fazer o que não pode.

R: É se esforçar mais que o normal, mais que as outras pessoas.

Porque ela não pede para as pessoas da espera não falarem de doença com ela?

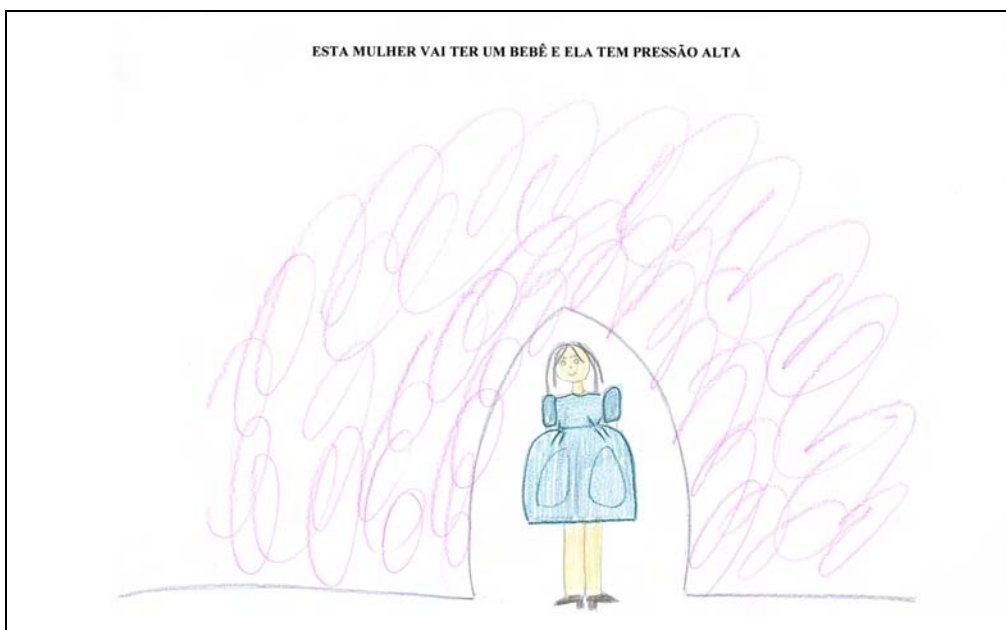
R: Ela não tem coragem. Acha que as pessoas não vão gostar. Pode dar discussão e ela não quer isso. Aqui ela tem que agüentar, mas lá fora não; lá fora ela se afasta das pessoas.

### **Interpretação:**

Nossa interpretação nos leva a percepção de que existe um objeto bom internalizado (ela é importante para esses filhos), mas é preciso mobilizar muita força para dar conta e poder lidar com as coisas ruins (ela já é mãe de três filhos / ela faz tudo o que pode e o que não pode para proteger esses filhos).

Tem angústias e sentimentos de perseguição e de morte. Tem o bom, mas este não preserva das ameaças e por isso usa todos os recursos para proteger tudo o que é bom. **A fantasie inconsciente e de que o mal tem muita força.**

### **Caso n° 35**



### **Estória:**

Esta mulher vai ter um bebê e ela tem pressão alta

Ela ainda é nova e tem toda a vida pela frente. Quando a mulher é nova a gravidez é menos perigosa, mas eu já perdi uma gravidez por causa da pressão alta.

Ela não entende muito desse negócio de pressão. Pressão é a vida; a vida e as pessoas é que são pressão alta.

Um nenê merece tudo de bom. A mãe acaba sendo protegida das coisas ruins por causa desse merecimento do nenê. Sinto que vai tudo bem com ele. Gostaria que fossem gêmeos. Eu acho lindo, gêmeos.

**Inquérito:**

A vida é que é pressão alta?

R: E como é!

Explique melhor isso.

R: Nossa! A vida é dura demais. É trabalho, falta de dinheiro, problema de família, de amizade. Cada hora é uma coisa, cada hora um problema; acaba um e começa outro, não tem fim.

As pessoa fazem pressão?

R: Fazem bastante. São terríveis; o ser humano é terrível. Não é bom pro outro ser humano.

Você é um ser humano.

R: Então sou terrível também.

E o bebê? Você disse que ele tem merecimento.

R: Ele é puro e inocente. Não faz nada para ninguém.

Você gostaria que fossem gêmeos somente porque acha bonito?

R: Não é só por isso. É para já ter dois e ficar livre de outra gravidez.

**Interpretação:**

Em suas produções a paciente revela uma visão de mundo bastante cindida (o ser humano é malvado e o bebê é puro). O bebê aparece como alvo das projeções da parte pura e inocente dela, da parte que merece a vida. A **fantasia inconsciente é a de que não existe merecimento próprio.**

### 3. Fantasias inconscientes das gestantes.

Caso nº.	Fantasias inconscientes
01	De que tem algo muito ruim dentro dela que afasta as pessoas e se espalha por tudo.
02	De rejeição. De que a raiva não pode ser expressa.
03	De que algo que possa vir de fora possa preenchê-la.
04	De ataque ao bebê
05	De integração. Onipotente de garantir que tudo vai dar certo devido sua bondade.
06	De que não pode sobreviver.
07	De que o objeto bom interno seja a garantia de que tudo vai dar certo.
08	De a maternidade ainda não representar algo interno. De que ter passado por outros problemas torna o problema da pressão menos significativo.
09	De que o pensamento é destrutivo.
10	De que o contato é algo sobre o qual não se tem controle.
11	De que talvez seu interior não possa preservar vida.
12	De que os objetos maus internos são muito poderosos.
13	De plenitude De que com o parto a mulher se esvazia.
14	De que ao se revelar, algo ruim acontece.
15	De que para ser saudável precisa de um ambiente que facilite.
16	De que se não deseja não acontece.
17	De que tem bondade e criatividade. Onipotentes (de acordo com o que pensa pode fazer bem ou mal para o nenê).
18	De que é condição feminina gerar o bem e o mal.
19	De que se ela tiver o controle nada de ruim irá acontecer.

Caso nº.	Fantasias inconscientes
20	De que o desejo é inatingível.
21	De que o bebê é o elemento que forma a família
22	De que tem algo tão incontrolável dentro dela que se não tiver sempre segurando, sai e estraga tudo.
23	De que se não é conhecido não existe.
24	De que se não controlar essa voracidade, ela vai matar a vida dentro dela.
25	De que um desligamento poderia trazer conforto.
26	De que se faz a vida como se quer (fantasia inconsciente de caráter onipotente muito grande).
27	De que se pudesse anestesiá-la ficaria menos desprotegida.
28	De que sob a aparência de submissão existe uma sensação de poder.
29	De que a doença é fruto de um pecado que ela cometeu.
30	De que o mundo pode ser dividido em bem e mal eternamente.
31	De que a força da vida está na relação simbiótica onde dois são um (fantasia de união)
32	De que não existe nela espaço mental suficiente para suportar o conhecimento da realidade.
33	De que o bom prevalece.
34	De que o mal tem muita força.
35	De que não existe merecimento próprio.

#### 4. Fantasias inconscientes das gestantes por categorias.

##### 4.1. Fantasias construtivas e amorosas:

##### 4.1.1. Necessidade de fortalecimento do objeto bom interno

<b>Caso nº.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
5	De garantir que tudo vai dar certo devido sua bondade
7	De que o objeto bom interno seja a garantia de que tudo vai dar certo
8	De que ter passado por outros problemas torna o problema da pressão menos significativo
17	De que tem bondade e criatividade
33	De que o bom prevalece

##### 4.1.2. Procura de harmonia e de equilíbrio na personalidade

<b>Caso nº.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
5	De integração
13	De plenitude

##### 4.1.3. De valorização do ambiente

<b>Caso nº.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
15	De que para ser saudável precisa de um ambiente que facilite.

##### 4.1.4. Inserção do bebê na história de vida do casal

<b>Caso nº.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
21	De que o bebê é o elemento que forma a família

##### 4.2. Fantasias destrutivas e persecutórias

##### 4.2.1. Angústias de ser possuidora de objetos maus internos (de ser destrutiva).

<b>Caso nº.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
1	De que tem algo muito ruim dentro dela que afasta as pessoas e se espalha por tudo

2	De que a raiva não pode ser expressa.
9	De que o pensamento é destrutivo.
11	De que talvez seu interior não possa preservar vida
12	De que os objetos maus internos são muito poderosos.
14	De que ao se revelar, algo ruim acontece.
22	De que tem algo tão incontrolável dentro dela que se não tiver sempre segurando, sai e estraga tudo.
24	De que se não controlar essa voracidade, ela vai matar a vida dentro dela.
34	De que o mal tem muita força.

#### 4.3. Fantasias de caráter onipotente:

<b>Caso n°.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
12	De que os objetos maus internos são muito poderosos
16	De que se não deseja não acontece
17	De acordo com o que pensa pode fazer bem ou mal para o nenê
18	De que é condição feminina gerar o bem e o mal
19	De que se ela tiver o controle nada de ruim irá acontecer
23	De que se não é conhecido não existe
25	De que um desligamento poderia trazer conforto.
26	De que se faz a vida como se quer
28	De que sob a aparência de submissão existe uma sensação de poder
34	De que o mal tem muita força.

#### 4.4. Fantasias inconscientes das pacientes estudadas relacionadas à dificuldade de expressão de sentimentos negativos:

<b>Caso n°.</b>	<b>Fantasia inconsciente</b>
2	De que a raiva não pode ser expressa.
14	De que ao se revelar, algo ruim acontece.
22	De que tem algo tão incontrolável dentro dela que se não estiver sempre segurando, sai e estraga tudo.
34	De que o mal tem muita força.

## **DISCUSSÃO**

## Da metodologia

O alto grau de complexidade e o caráter de inobservável das variáveis que devemos estudar tornam a investigação em psicologia especialmente particular em relação a outros campos da ciência. A Psicologia, como ciência humana de grande complexidade, sofre influências histórico-culturais tanto internas (do próprio indivíduo) como externas (do meio social e da cultura) que interferem na visão do pesquisador e na construção da pesquisa. Isto porque, de forma geral, a experiência consciente, imediata, empírica e, pode-se até dizer, sensorial do pesquisador, está envolvida na investigação, o que implica em importantes dificuldades no controle das variáveis, tornando a pesquisa científica complexa.

O ser humano pode pensar que o que ele não vê, não existe. Musso (1979) se refere à questão da necessidade de observação e generalização em ciências afirmando que: “A regra não prescreve que os conceitos científicos somente se refiram a coisas observáveis; o que a regra exige, é que dos conceitos, ainda que inobserváveis, possam deduzir-se conseqüências referidas a fatos observáveis”.

Os fenômenos chamados internos, relacionados com a consciência e mecanismos inconscientes que subjazem os atos humanos, são o objeto de estudo da psicologia. Segundo Ocampo et al (1985), a investigação psicológica tem como objetivo uma descrição e compreensão da personalidade do paciente, com a compreensão dos fatores envolvidos, incluindo aspectos psicológicos e adaptativos, frente aos quais o profissional pode sugerir encaminhamentos e recomendações terapêuticas.

Destes fenômenos, ocupa-se também a psicanálise. Ela não é considerada uma ciência natural, uma vez que suas demonstrações, justificativas e postulados não seguem uma metodologia hipotético-dedutiva.

Desde seus anos iniciais, a psicanálise inclui a pesquisa em sua própria definição, pois com tal nome Freud (1996/1923) propunha designar “1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro método; 2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos; e 3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas e que, gradualmente, se acumulam numa nova disciplina científica”.

Diferentemente de outras áreas do conhecimento, o objeto de pesquisa em psicanálise, a hipótese a ser verificada, não é algo que possa ser trabalhado através de

uma observação direta. O que marca uma pesquisa psicanalítica é o objeto de pesquisa que é o inconsciente, ou melhor dizendo, as manifestações do inconsciente.

Como sabemos, na clínica psicanalítica, o sintoma em si não é a questão central a ser analisada. O sintoma, como o próprio nome diz, é sintoma de algo; está no lugar de algo. Ele representa uma formação do inconsciente que traduz o conflito entre o recalçado e as defesas. Nesta perspectiva, fica difícil, senão impossível, falar de uma metodologia, no sentido de um "método lógico", em psicanálise.

O que interessa à psicanálise é a dinâmica psíquica que subjaz ao fenômeno observado. Ora, esta dinâmica não pode ser analisada por um método lógico, pois ela é, por hipótese, inacessível à observação: o que se observa são as manifestações desta dinâmica. Ainda que se montem questionários, que se façam pesquisas com perguntas cuidadosamente escolhidas e previamente testadas, as respostas do sujeito jamais poderão ser verificáveis por estarem subordinadas ao universo fantasmático. Este, por sua vez, é intimamente ligado aos conteúdos do recalçado próprio a cada ser humano: é no recalçado que se encontra a história das escolhas de objeto, a das pulsões, a dos alvos da libido, assim como os caminhos do desejo em suas tentativas de realização alucinatória. Isso significa que por mais que o sujeito se esforce para responder "objetivamente", os recalcamientos presentes desde o início de sua vida, impedem o acesso aos cenários fantasmáticos que alicerçam aquilo que ele está nos comunicando.

O que aqui se coloca em jogo é a cientificidade da psicanálise. Aliás, é por este caminho que, por vezes, se trava um debate entre os estudiosos homens das ciências juntos às instituições fomentadoras de pesquisa. Para muitos destes fica difícil conceber uma pesquisa, em vista da elaboração de uma tese de mestrado e/ou doutorado, feita, por exemplo, a partir da análise de um único sonho. No entanto, para a teoria psicanalítica, isso é perfeitamente concebível, como Freud bem o mostrou ao basear suas teorias - seja sobre a histeria, a fobia, a neurose obsessiva - em poucos, ou mesmo em apenas um, caso clínico.

De acordo com Bleger (1979), o método de estudo proposto pela psicanálise tem um de seus pilares na compreensão e outro na interpretação. Pode ser concebida como um método de investigação que procura o significado inconsciente de palavras, atos e produções imaginárias do ser humano. Segundo Ocampo et al (1985), a investigação psicológica tem como objetivo uma descrição e compreensão da personalidade do paciente, com a compreensão dos fatores envolvidos, incluindo aspectos psicológicos e

adaptativos, frente aos quais o profissional pode sugerir encaminhamentos e recomendações terapêuticas.

É importante deixar claro que a psicanálise tem um sério déficit quanto à precisão de seus dados e quanto à fundamentação, verificação e controle de suas interpretações, hipóteses, teorias e resultados terapêuticos. Porém essas insuficiências metodológicas, não a invalidam como método científico de descobrimento enquanto seu pilar fundamental reside na compreensão. Segundo Minayo (1994) nenhuma teoria, por mais bem elaborada que seja, dá conta de explicar todos os fenômenos e processos.

Entendemos ser necessário um novo modo de se pensar a cientificidade, onde cada área do conhecimento possa ser analisada a partir de seus objetivos, de sua metodologia e do grau de sucesso que obtém. Com isso, não queremos dizer que as diversas áreas de investigação não possam ter parâmetros, ser comparadas ou confrontadas com as demais.

Nesse estudo objetivando ganhar uma visão mais profunda do psiquismo humano nos utilizamos das contribuições da psicanálise como referencial para interpretação e transmissão do conhecimento obtido e adotamos o método qualitativo para a discussão dos resultados. A fim de possibilitar a investigação do objeto desta pesquisa, fantasias inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica nos utilizamos do procedimento do desenho-estória com tema.

Este procedimento se deriva dos instrumentos classificados como técnicas projetivas às quais Anastasi (1976) caracteriza como “Uma tarefa não estruturada que permite uma quase ilimitada variedade de respostas possíveis. Os estímulos são habitualmente vagos e equívocos e as instruções breves e gerais”.

O desenho-estória propõe a associação entre o desenho livre e a estória, tomando-se o desenho como estímulo para a estória.

Uma crítica constante à avaliação psicológica é a idéia de que os testes, técnicas ou o psicodiagnóstico rotulam as pessoas. Rosa (1995) enfatiza que diagnosticar é dar nomes, o que não é a mesma coisa que rotular. Nomes servem para classificar sim, mas também possuem a função de construir novos significados. O profissional, ao buscar nomear, está apoiado em teorias que o auxiliam a deixar o senso comum e a utilizar a ciência: diagnosticar não é uma opção, mas uma condição do conhecimento. Assim, ressaltamos a necessidade de que o psicólogo, a quem compete o diagnóstico psicológico, esteja ancorado em uma teoria, a partir da qual pensa a problemática do paciente.

O diagnóstico psicológico é uma forma interessante e eficaz na sondagem da personalidade e tem na psicanálise uma das suas principais fundamentações teóricas. De acordo com Scafati e Caride (1998), o psicodiagnóstico é uma atividade de pesquisa, que faz uso de técnicas cujo objetivo é proporcionar uma base empírica, indicadores ou dados observacionais, para que o profissional tenha condições de ligar a clínica e a teoria para interpretar dados relativos ao indivíduo que está sendo avaliado. Assim, entendemos que tal avaliação deixa de ser apenas aplicação de testes e técnicas, passando a ter o papel de ferramentas úteis que possibilitam ao profissional aproximar-se da problemática das pessoas em menor tempo do que o requerido por outros métodos.

Cunha et al (1991) consideram o psicodiagnóstico como um processo científico, que utiliza métodos e técnicas psicológicas, permitindo a avaliação de aspectos gerais e específicos da personalidade. Reconhecem o desenho, como instrumento de psicodiagnóstico, que pode ser um recurso facilitador da expressão da personalidade, especialmente quando existem barreiras para a verbalização. Os sentimentos e conflitos das pessoas, freqüentemente infiltram-se em seus desenhos, involuntária ou inconscientemente, isto é, são neles projetados.

Hammer (1981) define a projeção como a colocação de uma experiência interna ou de uma imagem interna no mundo exterior. Afirma que a projeção é o processo psicológico de se atribuir qualidade, sentimentos, atitudes e anseios próprios aos objetos do ambiente e que o conteúdo da projeção pode ou não ser conhecido pelo sujeito como parte de si próprio.

A linguagem do inconsciente é fundamentalmente imaginativa e simbólica e, emerge com bastante facilidade por meio dos desenhos. Tanto a linguagem simbólica quanto o desenho alcançam níveis primitivos da personalidade, permitindo o acesso ao mundo interno. Nesse sentido, a avaliação de gestantes hipertensas e normotensas, através de desenhos, pode fornecer uma visão das fantasias inconscientes das gestantes examinadas.

Fazendo uma distinção entre demonstrar e interpretar, Sigal (2000) recoloca o lugar das técnicas projetivas no processo psicodiagnóstico. Para ele, demonstrar é buscar uma certeza e interpretar é conjecturar, é, assim, possibilitar a historicização do sujeito porque, tanto na entrevista como nas técnicas projetivas, aquilo que o profissional faz é interpretar, construir e reconstruir laços, relações, sentidos; a história daquele sujeito específico.

Nosso estudo se apresenta como a primeira tentativa conhecida de utilização e verificação da capacidade do D-E na investigação de fantasia inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial. Ressaltamos a capacidade e utilidade da técnica neste tipo de investigação.

Considerando o pensamento de Deutsch (1981) de que a grávida não revela seu íntimo, pois dificilmente se dá conta de suas experiências psíquicas mais profundas, devido à intensificação da introversão nesse período, um fator que consideramos relevante é que esse instrumento se apresentou como eficiente pois nos possibilitou a obtenção de rico material referente às fantasias inconscientes das gestantes.

Os livros sobre metodologia científica se referem ao método qualitativo como aquele que fornece dados muito significativos e densos, mas, também, muito difíceis de analisar. Entretanto só se tem idéia da dimensão dessa afirmação quando se está diante de seu próprio material de pesquisa e se sabe que é preciso dar conta dele.

De acordo com Minayo (1992)

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares à medida que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...] A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

A metodologia qualitativa implica em um processo personalizado e dinâmico de investigação. Trata-se de um procedimento essencialmente construtivo-interpretativo, onde a neutralidade não é possível. Ela tem um importante papel no campo da ciência psicológica, mas seu uso fica limitado e até mesmo inviável quando nos deparamos com questões onde eliminar o viés do observador seja fundamental para a análise do fenômeno.

São diversas as formas de se investigar um fenômeno. A falta de exploração de nosso tema na literatura, e a intenção de compreender um fenômeno complexo como o

que nos propusemos investigar se constituíram nos elementos que nos levaram a optar pelo método qualitativo.

Dez gestantes se recusaram a participar do estudo. Acreditamos que um dos motivos que possam ter levado a essa recusa se deva à mobilização de conflitos intensos, com incremento do nível de ansiedade, onde lançaram mão de condutas resistenciais e defensivas, negando-se a realizar o procedimento.

Em relação às participantes tivemos a percepção de um empenho e envolvimento diante da tarefa que estavam realizando.

Os teóricos da escola psicossomática de Paris postularam sobre uma acentuada diminuição na capacidade de produzir fantasias, uma gigantesca negatividade simbólica e ausência de fantasia nos pacientes denominados de psicossomáticos. Porém, por meio do instrumento utilizado, o procedimento do desenho-estória com tema, e nossa interpretação dos mesmos, nos foi possível verificar a presença de fantasias inconscientes nas produções de todas as gestantes.

Nosso estudo revelou que, de modo geral, o Desenho-Estória é mobilizador de conteúdos internos com baixa vulnerabilidade de condutas resistenciais, emergindo conteúdos profundos da vida inconsciente.

Por ser a gravidez em si um processo onde a fertilidade e a criatividade se tornam mais evidentes, as produções se revelaram de uma forma que consideramos poética mostrando o contato profundo consigo mesma e com a força criadora.

## Dos resultados

O objetivo deste trabalho foi conhecer fantasias inconscientes de gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica.

Partiu-se do pressuposto de que as mulheres experienciam, sobretudo quando marcadas pelos fenômenos biológicos de quem está doente, desejos, expectativas e temores relacionados à gravidez, conscientemente ou não, manifestos em diferentes graus. Diante esta condição mental, estar sob um tratamento médico que exige controle poderia significar, para as pacientes, ter fantasias mais vivamente presentes na mente e muito provavelmente acompanhadas por uma especial, porém não anormal angústia.

Tendo escolhido a teoria psicanalítica na orientação de nossa atuação dentro da ciência psicológica, temos optado por escutar o “lado” infantil das pessoas para quem trabalhamos. Neste trabalho procuramos compreender as nossas gestantes como crianças, tivessem elas a idade que tivessem, pois acreditamos que o sofrimento psíquico do ser humano adulto está diretamente ligado ao infantil que se preserva nele.

No presente estudo, buscando uma categorização, constatou-se a presença de fantasias construtivas e amorosas, destrutivas e persecutórias, fantasias de caráter onipotente e fantasias relacionadas à dificuldade de expressão de sentimentos negativos.

As fantasias construtivas e amorosas expressaram-se como: **Necessidade de fortalecimento do objeto bom interno** (caso 5: De garantir que tudo vai dar certo devido sua bondade / caso 7: De que o objeto bom interno seja a garantia de que tudo vai dar certo / caso 8: De que ter passado por outros problemas torna o problema da pressão menos significativo / caso 17: De que tem bondade e criatividade / caso 33: De que o bom prevalece)

Para Parker (1997) as experiências de maternidade podem em si mesmas, criar, além de confirmar, a sensação em uma mulher de estar dotada de um objeto bom internalizado. Hinshelwood (1992) oferece uma clara definição do objeto bom interno:

“O senso de existência de uma figura boa e útil dentro da personalidade que sentimos abrigar-se ali, e que é tão intimamente amada a ponto de constituir a identificação primária básica em torno da qual está formado o conjunto de uma identidade. O objeto bom interno proporciona o contíguo

diálogo interno de encorajamento e auto-estima no qual se fundamentam a confiança e a segurança psicológica”.

De acordo com Klein (1996/1932) a gravidez representaria para a mulher a prova de que o interior de seu corpo e os bebês imaginários encontram-se ilesos. Além disso, a mulher que cuida e devota amor ao seu bebê compartilha dos prazeres que lhe proporciona, uma vez que se identifica com ele. Desta forma experimenta uma feliz renovação de suas mais primitivas ligações com a própria mãe e equipara-se a ela em capacidade geradora e conseqüentemente em sua feminilidade.

Dentre as **fantasias construtivas e amorosas temos, também, as que se expressam por procura de harmonia e de equilíbrio na personalidade** (caso 5: De integração – dos lados ambivalentes da personalidade - e caso 13: de plenitude).

A gravidez coloca a mulher em harmonia com a feminilidade. Langer (1981) afirma que gerar uma criança, saber-se fértil, ser mãe, dar um filho ao parceiro, à própria mãe, ao pai e à sociedade pode gratificar a realização de múltiplos desejos femininos e que o desejo da mulher de dar à luz um filho provém de sua necessidade psicobiológica de desenvolver todas as suas capacidades latentes. Para a autora a gravidez é uma busca de experiência de plenitude e de completude; é o desejo inconsciente feminino mais profundo.

Nas produções da paciente de n<sup>o</sup> 13 a gravidez é aceita e vista como um objeto que atrai a atenção das pessoas. Trata, assim, a gravidez como um estado importante e agradável, que possibilita o prazer de receber atenção das pessoas.

É por meio da integração dos aspectos bons e maus do objeto que o sujeito pode alcançar o equilíbrio da personalidade. Não é uma tarefa fácil para o psiquismo alcançar essa integração, pois ela implica na aceitação da ambivalência e na desidealização. Nas produções da paciente de n<sup>o</sup> 5 entendemos que a paciente expõe a cisão entre objetos bons e maus dentro de si (é boa, mas se acha uma tonta) revelando uma auto-imagem marcada pela ambivalência e desejo de integração dos objetos; dos lados ambivalentes da personalidade (sol e sombra). A paciente de n<sup>o</sup> 13 desenhou pessoas pequenas, o que pode refletir o conhecimento que tem da condição humana diante da realidade, pois ao se referir a uma parte feia que fica escondida a paciente revela um entendimento de que o mal existe e que na realidade a plenitude não existe.

As produções da paciente de n<sup>o</sup> 13 nos permitem, ainda, nos referirmos às ansiedades diante do parto. Para Soifer (1986) o parto tem o significado de uma

separação entre dois seres que até então viviam juntos, um dentro do outro. É um momento de grande alteração, com perda de um espaço e passagem a outro, o que provoca na mulher profundas ansiedades. Tais ansiedades, que se estruturam sobre a reativação do trauma do nascimento, são de perda, de esvaziamento, de castração, de castigo pela sexualidade e de defrontação com um desconhecido, o filho. No caso da paciente referida constata-se a fantasia inconsciente de que “com o parto a mulher se esvazia”. A autora fala da fantasia de esvaziamento que pode ser determinante de certos processos somáticos como, por exemplo, os edemas. Esta gestante se refere ao inchaço em sua estória (“uma mulher grávida, quando não fica muito inchada é muito bonita”) o que entendemos como a expressão de que se não há edemas, não há porque do esvaziamento – o edema como oposição ao esvaziamento.

**Valorização do ambiente é outra expressão de fantasia construtiva e amorosa.** Nas produções realizadas pela gestante n<sup>o</sup> 15 podemos perceber sua fantasia de que para ser saudável e para que se possa viver uma vida integrada precisa de um ambiente que facilite. Temos, então, a percepção do valor do ambiente. Existe também um desejo de que a vida pudesse ter uma condição mágica, ideal e talvez isso explique sua desconsideração a real gravidade da pressão arterial.

**Inserção do bebê na história de vida do casal também aparece como expressão de fantasias construtivas e amorosas** (caso21: De que o bebê é o elemento que forma a família).

Para Mannoni (1985) é em nome do desejo, é no lugar de uma falta que surge a criança, seja esta adotiva ou de nascimento. O homem e a mulher trazem dentro de si o desejo de ter um filho, que vai pertencer à sua história, através das gerações futuras (o filho idealizado) e que realizará seus projetos pessoais. Quando um casal gesta um filho, este bebê real, às vezes encarna o ideal dos pais, e possui uma missão. A vida do casal se transforma de forma criativa e, entre altos e baixos, a parentalidade se configurará. Perante a lei, uma família somente existe, a partir da existência de um filho; um casal, por si só, não é considerado família. De acordo com Costa (1997) podem ocorrer muitas mudanças na vida do casal após o nascimento de um filho, e isto pode ser explicado, pelo fato de que o casal deixa de ser apenas marido e mulher e se tornam pai e mãe.

Observando e analisando as produções da paciente de n<sup>o</sup> 21 parece-nos que não existe, ainda, um casal combinado. No caso, não é o casal que forma o terceiro e sim o terceiro é quem forma o casal. Segundo a teoria de Melanie Klein para que se possa formar uma relação fértil é preciso ter diminuído ou afastado os aspectos persecutórios.

Na estória dessa paciente é o bebê quem vai fazer a integração dos objetos e afastar os perseguidores (é um bebê Messias, o salvador que vai poder afastar os objetos persecutórios projetados na família).

As **fantasias destrutivas e persecutórias** caracterizaram-se por angústias de ser possuidora de objetos maus internos, de ser destrutiva. (caso 1: De que tem algo muito ruim dentro dela que afasta as pessoas e se espalha por tudo / caso 2: De que a raiva não pode ser expressa / caso 9: De que o pensamento é destrutivo / caso 11: De que talvez seu interior não possa preservar vida / caso 12: De que os objetos maus internos são muito poderosos / caso 14: De que ao se revelar, algo ruim acontece / caso 22: De que tem algo tão incontrolável dentro dela que se não tiver sempre segurando, sai e estraga tudo / caso 24: De que se não controlar essa voracidade, ela vai matar a vida dentro dela / caso 34: De que o mal tem muita força).

Considerando os dados apresentados acima, parece existir a fantasia de um objeto interno mal e destruidor. Entendemos que essas fantasias possam ser reveladoras da presença de medos de não ser capaz de ser boa mãe, de não saber criar o filho, de tornar-se mãe má. Frases extraídas das estórias e dos inquéritos correspondentes nos levam a esse entendimento:

Caso 1: “Ela tem medo de não ser uma boa mãe para o seu filho”

Caso 2: “Não sei se vou saber proteger esse filho disso tudo”.

Caso 9: “E ela queria muito um filho, mas agora não sabe se vai dar conta de cuidar dele direitinho”.

Caso 11: “Fica sempre imaginando se, por causa da pressão subir, o nenê pode passar mal. Ele pode sofrer por culpa por uma coisa ruim que é da mãe”.

Caso 12: “O nenê pode acabar sofrendo por causa das coisas da mãe”.

Caso 14: “Pode se fazer muita coisa ruim”.

Caso 22: “Tinha medo de morrer e deixar a criança sozinha. De por no mundo e não conseguir criar”.

Caso 24: “Pensa que o tempo poderia passar logo para ver logo o bebê. Para livrar o bebê da doença da mãe”.

Caso 34: “Ela faz tudo o que pode e o que não pode para proteger esses filhos, mas não sabe se consegue livrar eles do mal”.

**Fantasias de caráter onipotente** também estão presentes nas produções das gestantes: (caso 12: De que os objetos maus internos são muito poderosos / caso 16: De que se não deseja não acontece / caso 17: De acordo com o que pensa pode fazer bem

ou mal para o nenê / caso 18: De que é condição feminina gerar o bem e o mal / caso 19: De que se ela tiver o controle nada de ruim irá acontecer / caso 23: De que se não é conhecido não existe / caso 25: De que um desligamento poderia trazer conforto / caso 26: De que se faz a vida como se quer / caso 28: De que sob a aparência de submissão existe uma sensação de poder / caso 34: De que o mal tem muita força).

Algumas frases pronunciadas por essas gestantes nos indicam que as fantasias inconscientes de caráter onipotente podem, muitas vezes, servir ao propósito de defesa contra idéias e sentimentos desagradáveis e também ao intuito de estabelecer uma recusa de determinados aspectos de realidade objetiva:

Caso 12: “Ela pode ser um pouco complicada e complicar as coisas”.

Caso 16: “No começo tinha medo, agora não” / “Quando as idéias ruins sobem na cabeça, ela imediatamente pensa em outra coisa e dá certo”.

Caso 17: “Na gestação passada pensava coisas ruins e nessa não, pensa só coisa boa”.

Caso 18: “As mães, sozinhas, não podem acalmar o mundo”.

Caso 19: “A maternidade efetuou os exames no bebê e percebeu que ele precisava fazer banho de luz. Esse banho foi feito ao lado do leito da mãe” / “É bom para o nenê ficar ao lado da mãe a maior parte do tempo possível”.

Caso 23: “Nem sei se quero saber e ninguém fala”.

Caso 25: “Ela se sente cansada, um pouco sem forças. Às vezes sente um peso de responsabilidade. Tem muita coisa em cima dela. Mas ela agüenta, ela é o máximo!”.

Caso 26: “Ela toma remédio pra pressão alta, mas não sente nada. O bebê também não sente nada. Ela não pensava muito na pressão alta porque não tem nada de diferente por causa da pressão. A pressão é no corpo da mãe e não passa para o corpo da criança”.

Caso 28: “Por um lado andam em cima dela, pisando nela, por outro é ela que sabe onde tudo vai dar”.

Caso 34: “Ela faz tudo o que pode e o que não pode para proteger esses filhos, mas não sabe se consegue livrar eles do mal” / “Se com os outros filhos deu tudo certo com esse também vai dar. Não vai ser esse que vai dar problemas”.

As fantasias onipotentes podem justificar, ainda, o esforço de algumas gestantes em conseguir o controle necessário para mantê-las afastadas das pessoas. Falas obtidas nas produções:

Caso 16: “As pessoas até falavam que ela estava errada, mas ela não acreditava e não dava bola para o que ouvia. Não ligava a mínima para as pessoas”.

Caso 25: “Tem muita coisa em cima dela. Mas ela agüenta, ela é o máximo!” / “As pessoas só atrapalham e por isso é melhor desligar”.

Caso 34: “Essas pessoas não têm assunto e ficam falando de doença. Mas ela se afasta e isso é bom, ajuda”. / “Se com os outros filhos deu tudo certo com esse também vai dar. Não vai ser esse que vai dar problemas”.

Entendemos controle como uma tentativa exagerada de manejar ou regular os acontecimentos ou o ambiente externo com o objetivo de minimizar a ansiedade e resolver conflitos internos. Nas diversas relações que o indivíduo faz na sociedade, pode deparar-se com problemas, entre eles, os de ordem psicológica, social, familiar ou econômica que podem ser difíceis de suportar e uma das defesas contra esses problemas pode ser o controle. Geralmente, sobre qualquer excitação interna ou externa, que seja incompatível com o equilíbrio, e por isso, desagradável para o ego, surgem defesas. A defesa assume muitas vezes um aspecto compulsivo e opera, pelo menos parcialmente, de forma inconsciente. A eficiência de cada pessoa no uso de certas defesas tem muito a ver com quão bem sucedidas elas são em lidar com as tensões e o estresse da vida diária.

Na introdução de nosso trabalho incluímos a revisão de literatura feita por Chiozza (1998), onde Alexander se refere à pessoa portadora de hipertensão como possuidora de um conflito no relacionamento com as pessoas, um conflito estabelecido entre as tendências receptivas, passivas, dependentes, femininas e os impulsos agressivos, hostis e competitivos; Mittelman sustenta que a pessoa com hipertensão arterial sofre de agressão reprimida que pode provir de fontes diversas como os desejos frustrados de dependências, dos danos sofridos na auto-estima, da ameaça a determinada posição dominante, da rebeldia contra a autoridade ou certos inconvenientes sexuais; Reiser afirma ser o hipertenso uma pessoa hostil, que teme as pessoas das quais depende. São pessoas que, a partir de uma infância marcada pela insegurança na relação com seus pais, sofrem um intenso temor dirigido ao pai, temor de serem abandonados ou de serem vítimas de sua hostilidade. De acordo com o autor, o hipertenso, ainda que seja muito sensível à hostilidade, tende não obstante a incitar contra si condutas hostis. Esses autores relacionam a tentativa de controle dos conflitos relativos ao relacionamento interpessoal da pessoa hipertensa com o aumento dos

níveis de pressão arterial.

No caso apresentado como n.º 18 entende-se que a fantasia (De que é condição feminina gerar o bem e o mal) é de caráter onipotente e que está ligada à condição da mulher como geradora de vida.

Em nossa revisão de literatura encontramos que Alexander e outros representantes da escola de Chicago tentaram, assim, definir para cada tipo de afecção os perfis específicos de personalidade (Jeammet e cols., 1982). Em estudo anterior (Bormio, 2004), quando investigamos as características da vida emocional de gestantes hipertensas, observamos serem as hipertensas, pessoas com dificuldades em lidar com a realidade objetiva e com o ambiente. Segundo a literatura, estes conflitos estariam relacionados com a expressão de sentimentos como a raiva, a hostilidade, a agressividade e a insegurança. Dentre as razões apresentadas pelas gestantes hipertensas, para a ocultação dessa emoção, estão: o medo do descontrole, de ofender as pessoas e criar um mal-estar com elas. Segundo Thalemborg (1997), o temor é exatamente o oposto: que o outro acabe com elas, punindo exemplarmente a ousadia cometida. Este autor afirma que a pessoa hipertensa tem sérios problemas em lidar com a própria agressividade e que a inibição da agressividade dificulta a obtenção de um relaxamento efetivo, mantendo elevado o nível da pressão arterial. No presente estudo verificamos **fantasias inconscientes das pacientes estudadas relacionadas à dificuldade de expressão de sentimentos negativos** (caso 2: De que a raiva não pode ser expressa / caso 14: De que ao se revelar, algo ruim acontece / caso 22: De que tem algo tão incontrolável dentro dela que se não estiver sempre segurando, sai e estraga tudo / caso 34: De que o mal tem muita força). Algumas frases obtidas nas produções das gestantes apontam para essa dificuldade:

Caso 2: “O pior deles é a raiva, porque faz um estrago danado”.

Caso 14: “Parecem meio misteriosas, parece que escondem alguma coisa e fazem isso com muito esforço” / “Acho que não são boas” / “Pode se fazer muita coisa ruim”.

Caso 22: “Ela era muito nervosa. Era calma na aparência porque se segurava muito”.

Caso 34: “Ela não tem coragem. Acha que as pessoas não vão gostar. Pode dar discussão e ela não quer isso. Aqui ela tem que agüentar, mas lá fora não; lá fora ela se afasta das pessoas”.

Nosso estudo nos possibilitou verificar a presença de fantasias que não se encaixaram em categorização. Optamos por discuti-las, pois as consideramos como um importante dado na compreensão que pretendemos.

No caso de n<sup>o</sup> 31 (De que a força da vida está na relação simbiótica onde dois são um) entendemos que as produções sugerem a fantasia de unidade. Para Beauvoir (1972/1949) a mãe encontra no filho, tal como quem ama encontra na pessoa amada, uma plenitude carnal. Parker (1997) estabelece uma equação entre separação e castração e propõe que a força existe na simbiose com a mãe. Para Langer (1981), ainda que não exista gravidez isenta de conflito e angústia, normalmente ela é acompanhada de um grande sentimento de felicidade. A mulher se sente serena e tranqüila, identificada com o seu ideal de mãe e com seu filho bem protegido por ela. Vive, neste estado, a união mais íntima que possa existir entre dois seres.

Acreditamos ter encontrado, aqui, um material que nos permite abordar o ideal cultural de união que converte união em mutualidade. Encontramos na estória elaborada por esta gestante uma evidência desse desejo: “Algumas coisinhas um pouco chatas até podem atrapalhar, mas ninguém pode atingir o bebê porque ela o protege. Ela se sente forte com ele dentro da barriga, lá ele também se sente forte. Se ele é forte, ele também a protege”. De acordo com Parker (1997) o ideal materno, construído sobre o retrato mítico de uma relação de unidade, deixa um espaço muito reduzido para a presença de um parceiro na relação com a criança. É uma fantasia de que se ela pudesse ter uma relação totalmente fusional, ela e seu bebê estariam protegidos do mundo. É uma fantasia pré-edipiana onde não entra o pai.

As idéias de Klein expostas em nossa revisão de literatura ajudam a compreender as gratificações e sensações prazerosas que são obtidas pela mulher através de sua gestação. Em muitos casos, estar grávida pode dar a mulher uma sensação de valor próprio. Mas para que a gravidez possa ser assim percebida é necessário que os conflitos psíquicos não tenham ocupado a vida mental da grávida não possibilitando espaço mental para o filho. O caso de n<sup>o</sup> 8 é o exemplo de uma gestante cuja fantasia inconsciente é a de “a maternidade ainda não representar algo interno”. No desenho podemos perceber que o espaço desse bebê está projetado ainda no concreto (na parede, nos móveis), não está contido internamente, no espaço interno da gestante (ainda não tem nada dentro do berço). Observado as produções dessa gestante parece que o seu conflito está relacionado a uma dúvida quanto ao amor que possa dar e medo

de ser cobrada mais tarde (“Tenho medo que depois de tanta espera e de tanto trabalho, este nenê cobre alguma coisa que não fizemos por ele”).

No caso de n.º. 32 verifica-se a presença da fantasia inconsciente de que “não existe nela espaço mental suficiente para suportar o conhecimento da realidade”. Em sua estória coloca que: “Pensando bem, é melhor que ela não saiba do futuro porque podem vir coisas ruins e ela não teria como mudar, tudo já está no destino. Ela teria que ficar esperando uma coisa ruim até que ela acontecesse. Seria uma agonia”. No caso de n.º. 27 a fantasia inconsciente é de que “se pudesse anestésiar a lucidez ficaria menos desprotegida”. Segundo Bion (1991/1962), além do conflito entre amor e ódio, trava-se na mente um choque decisivo entre o conhecimento ou o desejo de compreender, e a aversão ao conhecimento e à compreensão. Entendemos que, aqui, conhecer sobre a realidade seria conhecer sobre a hipertensão arterial, seria dar-se conta da ameaça à concretização do desejo.

O tempo do crescimento do feto é também o tempo da criação do bebê imaginário no psiquismo materno. Mathelin (1999) descreve esse tempo de elaboração como “indispensável, pois permite à criança tomar corpo não só no ventre da mãe, mas também em seu fantasma”. Nessa criação imaginária do bebê pela mãe é possível levar em conta as modificações fundamentais que precisam se dar em seu narcisismo, de modo a permitir a criação do espaço, não só em seu corpo, mas também em seu psiquismo, onde esse novo ser possa se alojar. Nas produções da paciente número 10 observa-se que ela ainda não realizou psicologicamente a gravidez, parece estar dissociada dentro dela (corpo com cintura, longe do bebê e sem olhar para ele). Para Soifer (1983) esses sinais podem atestar rejeição por parte da gestante. Nessa gestante a fantasia inconsciente parece ser a de que o contato é algo sobre o qual não se tem controle. Novamente nos deparamos com questões ligadas ao controle. A gravidez é uma experiência que pode levar a grávida à percepção de estar vivenciando uma situação sobre a qual não tem controle, onde muita coisa não depende de sua vontade ou desejo.

Observamos no caso de n.º. 4 a fantasia inconsciente de ataque ao bebê. Dentre as evidências que contribuem para essa nossa interpretação destacamos a fala: “Será que ele tem medo de tudo acabar?”. Soifer (1980) descreve o sentimento de rejeição da mãe para com o bebê com uma experiência comum entre as grávidas e que tem sua origem nas relações da grávida com sua própria mãe desde a vida intra-uterina. Langer (1981) dedica um capítulo de seu livro à imagem da mãe má que trata como um mito moderno.

A autora nos esclarece de que todos nós levamos junto à imagem da mãe boa outra terrível, a imagem de uma mãe que mata, destrói e devora a criança.

A teoria psicanalítica do desenvolvimento humano propõe que em determinada época de nossa infância todos experimentamos desejos canibalísticos em relação ao seio de nossa mãe. Freud (1915) demonstrou que nosso inconsciente se rege pela lei cruel e inflexível de Talião: “Olho por olho, dente por dente”.

Langer (1981) aponta que:

“Seguindo a lei de Talião, a pessoa que crê nos desejos canibalísticos da mãe e se identifica com a vítima, teme sofrer da mãe má o que ela mesma, em sua primeira infância, quis fazer-lhe. Atribui-lhe seus próprios desejos perversos, para poder condenar na mãe o que se nega a recriar em si mesma”.

Joseph Rheingold (1964, apud Parker 1997) escreve que “a maioria das mães não assassina nem rejeita inteiramente seus filhos, mas a morte perpassa as relações entre a mãe e os filhos”. Sentimentos hostis, embora presentes em todas as gravidezes e ainda que vividos inconscientemente, geram culpa (que também pode ser inconsciente) e podem imobilizar as paixões maternas. Nas produções da gestante de n.º 4 percebe-se uma forte ambivalência, uma dúvida em relação ao amor e ao ódio, o que do ponto de vista psíquico pode gerar uma mente sob alta pressão.

A gravidez pode remeter também a grávida às fantasias originárias, fantasias das origens. Para uma das participantes do nosso estudo (caso n.º 29) sua fantasia é expressa pelo sentir que a doença é fruto de um pecado que ela cometeu. Entendemos que, inconscientemente, ela poderia estar fazendo referência ao pecado original, da sexualidade, o pecado de querer, como Deus, criar vida.

Outra fantasia inconsciente encontrada no presente estudo (Caso n.º 30) foi “De que o mundo pode ser dividido em bem e mal eternamente”. Nosso exame das produções da gestante nos leva ao entendimento de que essa fantasia inconsciente possa estar ligada ao desejo de dissociar o bom e o mau dentro dela para proteger o bebê da destrutividade. Consideramos ser necessária recorrer à teoria de Klein que nos auxilia a entender que o mecanismo da dissociação é uma das formas que o ser humano tem de lidar com a experiência.

Klein (1996/1958) concebeu dois modos básicos de dar significado às experiências emocionais, conforme as chamadas posições esquizo-paranóide e depressiva, com base na maneira do aparelho psíquico lidar com a pulsão de morte, portanto com a destrutividade. Pode-se dizer que essa autora observou que a ação da pulsão de morte no psiquismo inicial (primitivo) é sentida como uma ameaça à sobrevivência da pessoa, sob a forma de uma ansiedade de aniquilamento. A maneira mais rudimentar, mais inicial, de lidar com essa ansiedade, é ignorar que ela vem de dentro, concebê-la como vindo de fora, portanto do objeto, constituindo um sentimento de perseguição, e uma ansiedade de aniquilamento. O não atendimento de uma necessidade do bebê gera um estado de frustração, desperta ódio, não reconhecido como próprio, e que é cindido da personalidade e projetado no exterior, toda a situação de desconforto sendo agora concebida como resultante da ação agressiva de um objeto perfeitamente mau. A este modo de atribuir significado à experiência Klein chamou posição esquizo-paranóide. A atividade do psiquismo consiste, entre outras coisas, em manter separadas as pulsões de vida e de morte, face ao terror de que a pulsão de morte domine o psiquismo, destruindo o organismo. Por meio desse sistema, ou seja, da cisão e da projeção da pulsão de morte para o exterior, é possível conseguir uma instável separação dessas pulsões. Evidentemente, se não há reconhecimento da destrutividade como própria, não há culpa nem remorso, de modo que a ansiedade predominante, nessa posição, é de aniquilamento (medo de ser destruído).

Se, dada à dotação genética e um ambiente de razoável satisfação das necessidades, o desenvolvimento é normal, pode-se passar para um outro modo de conceber o mundo e a relação com ele, chamado por Klein, de posição depressiva. Nesta outra maneira de atribuir significado à experiência, há maior consciência da separação entre sujeito e objeto, há o reconhecimento da destrutividade como própria, e, portanto dos danos dela decorrentes ao objeto, que despertam culpa e remorso, e a atitude predominante é de procurar reparar os danos causados pela destrutividade, procurando dessa maneira evitar a perda ou destruição do objeto concebido como satisfatório.

Há predominâncias e oscilações constantes de uma posição para a outra. Elas são formas de entender e lidar com a experiência, atuantes durante toda a vida do sujeito. Porém, quando a integração dos objetos nos seus aspectos bons e maus é motivo de sofrimento para o psiquismo, a pessoa pode permanecer num modo mais primitivo

de funcionamento, precisamente no da posição esquizo-paranóide. A clivagem preserva as partes da mistura.

## **CONCLUSÕES**

A análise e interpretação dos resultados obtidos no presente estudo em que foi utilizada a técnica projetiva do Desenho-estória com tema para o conhecimento das fantasias inconscientes das gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica, permite as seguintes conclusões:

- No presente estudo constatou-se a presença predominante de fantasias construtivas e amorosas, destrutivas e persecutórias e fantasias de caráter onipotente.
- As fantasias amorosas expressaram-se como necessidade de fortalecimento do objeto bom interno, procura de harmonia e de equilíbrio na personalidade, inserção do bebê na história de vida do casal e de valorização do ambiente.
- As fantasias destrutivas e persecutórias caracterizaram-se por angústias de ser possuidora de objetos maus internos, de ser destrutiva.
- As fantasias inconscientes de caráter onipotente podem, muitas vezes, servir ao propósito de defesa contra idéias e sentimentos desagradáveis e também ao intuito de estabelecer uma recusa de determinados aspectos de realidade objetiva. Podem, ainda, justificar o esforço de algumas gestantes em conseguir o controle necessário para mantê-las afastadas das pessoas.
- Fantasias inconscientes das pacientes apontam para a dificuldade de expressão se sentimentos negativos.
- Verificou-se que a negação é um mecanismo defensivo frequentemente utilizado.
- Os resultados indicam que o Procedimento de Desenhos-Estórias, usado como técnica auxiliar na investigação psicológica da grávida, é de grande valia, por oferecer uma série de vantagens: é um instrumento bem aceito, mobilizador de conteúdos inconscientes e com baixo nível de condutas resistenciais.

Conhecer o que as pessoas adoecidas imaginam sobre suas doenças pode facilitar uma relação mais harmoniosa entre elas e os profissionais envolvidos em seu tratamento. É indispensável conhecer o que as coisas, em geral, significam para as pessoas, porque os significados simbólicos têm uma crucial função estruturante na vida nos indivíduos. Em torno do que as coisas significam para si, elas então organizam suas vidas, incluindo aí os cuidados com a saúde e de si próprias.

Entendemos que um bom atendimento às pessoas doentes requer do terapeuta a capacidade de compartilhar da experiência da doença para poder compreendê-la, de não somente acolher, como também conter o desamparo e o desequilíbrio do doente provocado por aquilo que os exames e o diagnóstico revelam. O atendimento às pessoas, põe em jogo a disponibilidade de se deixar utilizar, de modo que ela possa encontrar e expressar suas dores, até então indizíveis.

A possibilidade de vencer as angústias e as resistências mobilizadas na contratransferência torna a função terapêutica similar à função materna, assumindo imaginariamente, junto ao paciente, o que este não pode suportar ou elaborar por si mesmo. É preciso fazer do encontro terapêutico um espaço de repouso no qual a pessoa fragilizada encontre condições para se refazer e consolidar novas dinâmicas psíquicas. Segundo Volich (2000), é necessário ao terapeuta um exercício permanente de liberdade que lhe permita entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções mobilizadas em si pelo paciente e tomá-las como informações importantes a respeito daquilo que ocorre com o paciente.

O doente, não é constituído somente do seu corpo no sentido biológico. A este corpo constituído através de uma herança, misturam-se desejos, atributos, vivências afetivas, na medida em que as pessoas vão tornando-se filhos, pais, mães, maridos, esposas, homens, mulheres, um ser social inserido na cultura, portanto fazendo laço com o outro, portador de uma moral e de uma ética. Temos, juntamente com o corpo fisiológico, o corpo erógeno, formado desde os primórdios da infância, e que contribui para a constituição do sujeito.

Nestes termos, este trabalho propõe que se amplie essa visão do ser humano, do “doente”, no contexto da relação com o profissional da saúde. A questão dos efeitos da doença sobre o psiquismo e vice-versa permanece aberta, pois há muito que se conhecer no estudo do humano.

## **REFERÊNCIAS**

Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática*. Porto Alegre: Artes Médicas

Anastasi, A. (1976). *Testes psicológicos*. São Paulo: EPU.

Arantes M. A. A. C.; Vieira M. J. F. (2003). *Estresse*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Araujo, A., Quayle, J., Kahhale, S., Souza, M. D.C., Zugaib, M. (1998). *Um estudo sobre gestantes hipertensas e a adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva*. *Rev. Ginecol. Obstet*; 9, n.º 4, 191-1988.

Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.

Azambuja, S. C. (1986). A mitologia e a realidade da maternidade. *Revista. Bras. Psicanal*, São Paulo, n.º 20, 601-609.

Baldino, O. (1998). O significado inconsciente da hipertensão arterial essencial. Em: Chiozza, L. A. (1998). *Os sentimentos ocultos em Hipertensão essencial*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Beauvoir, S. (1980). *O Segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (texto original publicado em 1962)

Bleger, J. (1979). Cuestiones metodológicas del psicoanálisis. Em: Ziziemsky, D. *Métodos de investigación en psicología y psicopatología* (pp.113-31). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Bormio, S. N. G. (2004). *Emoção e personalidade em gestantes portadoras de hipertensão arterial crônica*. Dissertação de mestrado. FMB- UNESP.

Bowlby, J. *Formação e Rompimento dos Vínculos Afetivos*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Ltda., 1982. Cap. 7. p. 120-133.

Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. Em: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje* (pp.234-252). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Cardoso, N. M. P. (1995). *Doença oncológica e alexitimia*. Contributo Pessoal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.

Chiozza, L. A. (1998). O significado inconsciente da hipertensão arterial essencial. Em Chiozza L.A. (org.): *Os sentimentos ocultos em hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorróidas, esclerose, doenças auto-imunes* (pp.33-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Costa, G. (1997). *Conflitos da vida real*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cunha, N. J. et al. (1991). *Psicodiagnóstico*. 3.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

De Felice, E. M. (2000). *A psicodinâmica do puerpério*. São Paulo: Vetor.

Dejours, C. (1988). *O corpo entre a biologia e psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Deutsch, H. (1981). *La psicologia de la mujer*. 5.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Editorial Losada,. (Trabalho original publicado em 1960).

Dias C. A. (1981) *Psicossomática e Reumatologia*. Separata do “Jornal do Médico”. CV (1921): 215-221, Fev.

Dias C. A. (1992). *Aventuras de Ali-Babá nos túmulos de Ur. Ensaio Psicanalítico sobre somatopsicose*. Lisboa – Portugal: Fenda Edições Ltda.

Freud, S. (1996). *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos – carta 69*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.I. (trabalho original publicado em 1887).

\_\_\_\_\_ (1996). *Estudos sobre a histeria*. Casos clínicos (srta. Anna O). Rio de Janeiro: Imago Editora – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I. (Trabalho original publicado em 1891). – afasia

\_\_\_\_\_ (1996). *Rascunho M*. Rio de Janeiro: Imago Editora – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I. (Trabalho original publicado em 1897).

\_\_\_\_\_ (1996). *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.II. (trabalho original publicado em 1893).

\_\_\_\_\_ (1996). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. III. (Trabalho original publicado em 1893).

\_\_\_\_\_ (1996). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago Editora – Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.I. (Trabalho original publicado em 1895).

\_\_\_\_\_ (1996). *A Interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. IV e V (trabalho original publicado em 1900)

\_\_\_\_\_ (1996). *Fragmento da análise de um caso de histeria - Caso Dora*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII. (Trabalho original publicado em 1905).

\_\_\_\_\_ (1996). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. VII. (Trabalho original publicado em 1905).

\_\_\_\_\_ (1996). *Cinco lições de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XI (trabalho original publicado em 1910).

\_\_\_\_\_ (1996). *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX. (Trabalho original publicado em 1910).

\_\_\_\_\_ (1996). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XII. (trabalho original publicado em 1911)

\_\_\_\_\_ (1996). *Totem e Tabu*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XIII. (trabalho original publicado em 1913).

\_\_\_\_\_ (1996). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX. (Trabalho original publicado em 1914).

\_\_\_\_\_ (1996). *O inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV. (Trabalho original publicado em 1915).

\_\_\_\_\_ (1996). *Conferencias introdutórias sobre psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XV. (trabalho original publicado em 1916).

\_\_\_\_\_ (1996). *Uma dificuldade no caminho da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XVII (trabalho original publicado em 1917).

\_\_\_\_\_ (1923 a). *Dois Verbetes de Enciclopédia*. Rio de Janeiro: Imago Editora – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII. (Trabalho original publicado em 1923).

\_\_\_\_\_ (1996). *O ego e o id*. Rio de Janeiro: Imago Editora. - Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX. (Trabalho original publicado em 1923).

\_\_\_\_\_ (1996). *Inibições, sintomas e ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XX. (Trabalho original publicado em 1926).

\_\_\_\_\_ (1996). *O Mal- Estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XXI. (trabalho original publicado em 1930).

\_\_\_\_\_ (1996). *Novas Conferências Introdutórias*. Rio de Janeiro: Imago – Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XXII. (trabalho original publicado em 1932).

Grassano, E. (1996). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Groddeck, G. (1991). *O livro D'Isso*. 3ª.ed. São Paulo: Perspectiva. (trabalho original publicado em 1923)

Hammer, E.F. (1991). *Aplicações Clínicas dos Desenhos Projetivos*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Hinshelwood, R.D. *Dicionário de pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Isaacs, S. (1986). *A natureza e a função da fantasia*. Em: Klein, M. et al. Os progressos da psicanálise. 3ª. ed. Rio de Janeiro : Guanabara. p. 79 – 135. (trabalho original publicado em 1948)

Jeammet, P. ; Reynaud, M. ; & Consoli, S. (1982) *Manual de Psicologia médica*. Rio de Janeiro: Masson.

Klein, M. (1996). *Os efeitos das primeiras situações de angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina*. Em: A psicanálise de crianças. Porto Alegre: Artes médicas. (trabalho original publicado em 1932)

\_\_\_\_\_ (1996). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco depressivos. Em: *Amor, culpa e reparação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1935).

\_\_\_\_\_ (1996). *Inveja e Gratidão*. Em: *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1957).

\_\_\_\_\_ (1996). Sobre o desenvolvimento do funcionamento mental. Em: *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).

\_\_\_\_\_ (1996). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. Em: *Inveja e gratidão*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).

La Taille, I. (1992). O lugar da interação social na concepção de Jean Piaget. In LA TAILLE; OLIVEIRA, M.K; DANTAS,H. *Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*. 13.ed. São Paulo: Summus.

Langer, M. (1981). *Maternidade e Sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. 3<sup>a</sup>. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Laplanche, J. e Pontalis, J. B. (1995). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Lipp, M & Rocha, J. C. (1996). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas, SP: Papyrus.

Mannoni, M. (1985). *A criança retardada e a mãe*. (Duarte, M. R. G. trad.) São Paulo: Martins Fontes.

McDougall, J. (1983). *Em defesa de uma certa anormalidade* (C. E. Reis, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- \_\_\_\_\_. (1991). *Teatros do corpo* (P. H. B. Rondon, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- \_\_\_\_\_. (1994). *Corpo e linguagem: da linguagem do soma às palavras da mente*. Rev. Brasileira de Psicanálise, v.28, p 12.
- Marty, P & M'Uzan, (1984). *O pensamento operatório*. Rev. Brasileira de psicanálise, v.28, p.1.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Mathelin, C. (1999) *O sorriso da Gioconda*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minayo, M. C. S. et al. (1994) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes.
- Musso, J. R. (1979). Los métodos de investigación en psicología. Em: Bleger, J. *Métodos de investigación em psicología y psicopatología*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Nemiah, J. C. e Sifneos, P. E (1973). *The prevalence of "Alexithimic" Characteristics in Psychosomatic Patients*. Psychotherapie and Psychosomatics. Vol. 22, pg. 255-262.
- Ocampo, M. L. S. et al. (1985). *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. 4ª. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Parker, R. (1997). *A mãe dividida: a experiência da ambivalência na maternidade*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos.
- Quinodoz, J-M. (2007). *Ler Freud*. Porto Alegre; Artmed.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Rocha, F.(1989). *Introduzindo o tema: A linguagem do corpo*. Reflexões 2. Revista IDE, nº. 19, p. 102-108.

Rodrigues, L. A.; Gasparini, A. C. L. F. (1992). *Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho*. Em Mello Filho, J. *Psicossomática Hoje* (1992). Artes Médicas: Porto Alegre.

Rosa, D. P. (1995). *Atuação Psicológica com a Gestante Cardiopata*. Em: Oliveira, M. F. P., Ismael, S. M. C. (org.) *Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia*. Campinas, SP: Papyrus.

Rosa, M. D. (1995). Considerações sobre a polêmica do diagnóstico na psicologia. *Psicologia*, v.1, (pp.61-67).

Sami-Ali. (1992) *Pensar o Somático: Imaginário e Patologia*. Guide-Artes Gráficas Ltda.

Sami-Ali. (1993). *Corpo Real, Corpo Imaginário*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Scafati, L. E. S. & Caride, M. R. (1998). Precisiones teóricas y processo interpretativo. *Revista Del Instituto de Investigaciones de la Facultad Del Psicologia/ U. B. A.*, v.3, (pp. 17-25).

Segal, H. (2003). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

Sigal, A. M. (2000). Considerações sobre o psicodiagnóstico: provocando o inconsciente. *Psicanálise*. v.12-13, (pp. 27-43).

Szejèr, M., Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, A. F. R.; Caldeira, G. (1992). *Alexitimia e Pensamento Operatório*. A questão do afeto em Psicossomática. Em: *Psicossomática Hoje*. Melo Filho, J. de. Porto Alegre: Artes médicas.

Soifer, R. (1980). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Taylor, G. J.(1990) *La pensée opératoire et le concept d'alexithymie*. Document. International Universities Press, Madison, Conencticut, 1988. Rev. Franç. Psychanal, n° 3.

Teixeira, J. A. C. (1991). Psico-Imunologia: Alguns Pontos de Vista Psicológicos e Psicopatológicos. *Análise Psicológica*, n° 2 - (IX) - Abril-Junho 1991, 239-242.

Teixeira, J. A. C. e col. (1996). *Alexitimia, saúde e doença*. Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crônica. *Revista Análise Psicológica*, 1996, 2.3 (XIV): 305-312.

Thalernberg, I. M. (1997). *Aspectos psicossomáticos da hipertensão arterial essencial*. Em: Ferraz, F. C.; Volich, R. M. (org.) *Psicossoma: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trinca, W. (1976) *Investigação clínica da personalidade*. Belo Horizonte: Interlivros.

Trinca, W (1997) *Formas de investigação clínica da personalidade*. São Paulo: Vetor

Volich, R. M. (2000). *Psicossomática - de Hipócrates à psicanálise*, São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed.

**ANEXOS**

**Anexo n<sup>o</sup> 1**

**Parecer do comitê de ética em pesquisa**

**Anexo n.º 2**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu , ....., gestante atendida no ambulatório de pré-natal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu , registrada sob o número ( RG).....,fui convidada a participar da pesquisa sobre Hipertensão Arterial , que busca conhecer as fantasias inconscientes de gestantes hipertensas. Antes de assinar este termo, e de livre vontade, aceitei o convite, tendo sido esclarecida sobre os seguintes aspectos :

1. Esta pesquisa tem a orientação do médico e acadêmico o Prof. José Carlos Peraçoli e como pesquisadora a psicóloga Silvana Nunes Garcia Bormio.
2. A pesquisa é realizada se utilizando um teste projetivo através de desenho, o Desenho-Estória, e de um inquérito que serão aplicados em um encontro, na data marcada para consulta do pré-natal.
3. A gestante poderá se recusar a participar da pesquisa sem que isto se constitua em prejuízo ou dispensa do programa de acompanhamento pré-natal na Faculdade de Medicina de Botucatu.

Tendo lido e sido devidamente esclarecida sobre os objetivos da referida pesquisa, e por aceitar que os resultados possam ser utilizados para ajudar outras gestantes e serem divulgados (sem que eu seja identificada), concordo em participar.

.....

Data : ...../...../.....

Assinatura da paciente

Responsável pelo esclarecimento : .....

Pesquisadora : Silvana Nunes Garcia Bormio

Endereço: Rua Rodrigo Romeiro, n. 4-45, apto 31 - Bauru – SP

Telefone : (14) 3234 2254.

Orientador: Dr. José Carlos Peraçoli

**Anexo n<sup>o</sup> 3**  
**Técnica do Desenho-estória com tema**

ESTA MULHER VAI TER UM BEBÊ E ESTÁ COM A PRESSÃO ALTA.